



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
53/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

Tertialrapport 1. tertial 2017 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport for april

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2017* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for 1. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Tertialrapporten skal vise framdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. KVR oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå. I tillegg rapporteres status tertialvis på oppdragsdokumentet for 2017. Dette legges frem i egen rapport til styret. UNN har valgt å presentere rapportene i samme styresak da mange av punktene er sammenfallende.

Formål

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

Saksutredning

Rapporteringer som bare gjelder tertialrapporten.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innfrir tilfredsstillende på de langt fleste rapporteringskrav i 1. tertialrapport 2017. Det er igangsatt arbeid på de fleste oppdragspunkter

og på de aller flest vil man komme i mål innen utgangen av 2017. Utvalgte områder fra tertialrapporten beskrives under.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Oppdragsdokumentet beskriver fem indikatorer for å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse både for den samlede aktivitet, og for definerte fagområder. UNN har ikke kommet langt i arbeidet med å rapportere på disse indikatorene, og har relativt få konkrete tall i rapporteringen for første tertial. Det er behov for å definere en del av disse indikatorene mer spesifikt, og dette må etter UNNs syn gjøres i en regional prosess for å sikre ensartet rapportering og sammenlignbare data. Det er også viktig å prioritere at disse indikatorene, som det forventes at skal rapporteres fortløpende, fremstilles i ledelsesinformasjonssystemet HNLIS. UNN vil følge opp dette internt og med RHF.

UNN følger opp arbeidet med overordnet ernæringsstrategi og implementering av denne, og arbeidet med barn som pårørende. På begge disse områder er det behov for å sikre implementeringen i tråd med arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Innen *somatikk* har UNN Tromsø nå høy måloppnåelse på andel pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling, både totalt sett og andel som får denne behandlingen kort tid etter innleggelse. Det er behov for å arbeide videre for å oppnå tilsvarende resultater i UNN Harstad og UNN Narvik. UNN har også høy måloppnåelse for andel dialysepasienter som får hjemmedialyse, og for andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp. Som det fremgår av de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene er det imidlertid fortsatt utfordringer med å gjennomføre en del av pakkeforløpene innen anbefalt forløpstid. UNN deltar i regional, klinisk fagrevisjon på behandling av pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI), og vil bidra i videre arbeid med å sikre gode og stabile pasientforløp for disse pasientene.

Innen *psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* arbeides det strukturert og planlagt med oppfølging av handlingsplanen for oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøksrapport. UNN leverer ifølge NPR data på tvangsbruk med tilfredsstillende kvalitet, men det er hittil i år ingen nedgang i tvangsbruken. Innen TSB arbeides det systematisk for å redusere antall avbrudd i behandling, herunder implementere tiltak fra det nasjonale drop-out prosjektet. Så langt i år viser tallene noe nedgang i både i andel ikke møtt, og i andel pasientbestemte avbestillinger.

UNN oppfyller hittil i år den gylne regel, med høyere vekst innen VOP/BUP og TSB enn i somatikk både innenfor kostnader totalt sett, kostnader eksklusive avskrivninger, medikamenter og pensjon, innen aktivitet og innen antall månedsverk.

Innen *samhandling* er UNN av kapasitetsårsaker forsinket i arbeidet med å etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene, og UNN ser svært gjerne at RHF tar styring og ledelse med disse prosessene.

Innen *kvalitet* oppnår ikke UNN målet om å ikke ha korridorpasienter. I forhold til krav om økt bruk av avvikssystemet arbeides det på mange fronter i UNN, og det ses en vedvarende økning i antall meldte avvik på alle områder over tid. UNN er i ferd med å implementere ny elektronisk løsning for GTT-granskning. UNN er sentral i det regionale arbeidet med å utvikle et modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid. UNN har i slutten av 2016 startet med å gjennomføre hendelsesanalyser etter enkelte alvorlige og uønskede hendelser, og har gjennomført 4 slike analyser i første tertial.

I forhold til oppdragsdokumentets krav om arbeid med *pasientsikkerhet* er pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inkludert i foretakets ordinære aktivitet på de aller fleste områder. Det er særskilt fokus på legemiddelsamstemming som er krevende og utfordrende å få til i alle enheter. Arbeidet inngår i UNNs satsing på kontinuerlig forbedring, og rapporteres regelmessig i kvalitets- og virksomhetsrapportene. Antibiotikastyringsprogram er innført i UNN, og arbeidet følges systematisk opp. UNN teller forekomst av sykehusinfeksjoner i tråd med krav i oppdragsdokumentet, og fra andre tertial 2017 to ekstra målinger utover det nasjonale kravet. Oppfølgingen av målingene for å følge med på forekomst av postoperative sårinfeksjoner for definerte kirurgiske inngrep er god o hele foretaket, og andelen dype sårinfeksjoner var lav i 2016.

I forhold til krav om gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) på området *Personvern og informasjonssikkerhet* er UNN forsinket i arbeidet med å gjennomføre det store antall ROS som skal gjennomføres.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Det arbeides systematisk med å redusere sykefravær, primært ved å følge opp IA-handlingsplan i alle enheter. Oppfølging av medarbeiderundersøkelsen har stort fokus i hele organisasjonen, og er tatt inn i dialogavtalen på alle ledernivå. Gjennomføring av utviklingssamtaler er også en del av handlingsplanen, men dette viser seg utfordrende å få gjennomført årlig i alle enheter, særlig der leder har stort kontrollspenn. Enheter med sykefravær over 7,5 % skal identifiseres, og årsaker til fravær skal analyseres.

Sykefravær

Det totale sykefraværet ved UNN i april 2017 er på 8,2 %, og er høyere enn plantallet på 7,5 %. Korttidsfraværet er fortsatt stabilt. Langtidsfraværet er derimot redusert sammenlignet med tidligere år. Reduksjonen har skjedd fra juli til september, og utviklingen har siden oktober fulgt trenden fra tidligere år, men med en ny reduksjon fra mars til april 2017. 5 av 14 klinikker/sentrer har i april måned sykefravær som er lik eller lavere enn plantall. De aller fleste enhetene har utarbeidet IA handlingsplaner. I underkant av halvparten av lederne har tatt kurs i IA arbeid.

Varsel om AML brudd

Hittil i år er det 11450 varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML. Dette er en økning på 6 % i forhold til samme periode i fjor. Økningen er størst i Psykisk helse- og rusklinikken, der antall varsel om brudd er fordoblet sammenlignet med samme periode i fjor. AMLs bestemmelser om arbeidstid gir grenser for lovlig arbeidstid pr dag, pr uke, pr 4. uke og pr år. Loven gir også mulighet for å gjennomsnittsberegne alminnelig arbeidstid og søn- og helligdager og gir grenser for alminnelig hviletid. Bestemmelsene i AML kan avtales utvidet enten i overenskomst eller i avtale mellom arbeidsgiver og ansatt eller arbeidsgiver og tillitsvalgt. Arbeidsgiver kan også søke Arbeidstilsynet om utvidet overtidsgrenser. Søknad må drøftes med tillitsvalgte. Dersom det inngås avtaler om utvidet overtid skal denne avtalen registreres i arbeidsplansystemet. En slik registrering hindrer at overtid registreres som brudd før den avtalte timegrensen er overskredet. En undersøkelse foretatt av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Personal- og organisasjonsavdelingen, tillitsvalgte og vernetjeneste i UNN høsten 2016 viste at det var lagt inn svært få avtaler om utvidet overtid i foretakets arbeidstidssystem.

Risikostyring

UNN følger opp risikovurderinger i tråd med kravene i oppdragsdokumentet. Risiko for manglende måloppnåelse vurderes som lav i forhold til krav til ventetid, middels i forhold til de definerte krav til forekomst av sykehuspåførte infeksjoner, gjennomføring av pakkeforløp for kreftpasienter, for reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika og å nå målene i den gyldne regel. Risiko for manglende måloppnåelse anes som høy for mål om at mer enn 80 % av pasientene skal få gjennomført legemiddelsamstemming og at dette kan måles fra andre halvår 2017, og for målet om null fristbrudd.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg 15.5.2017, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten 18. s.m. Referater og protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 1.6.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg etterlyser egen indikator for psykisk helsevern samt oversikt over utskrivningsklare pasienter på lik linje med somatikken. I tillegg ble det uttrykt ønske om konkretisering av oppfølgingstiltak knyttet til sykefraværet, og hva som gjøres for å få ned tallene. Bekymringen er spesielt knyttet til sommersesongen med lavdrift og eventuelt mye innleid personell.

Drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av den negative økonomiske utviklingen, og stilte spørsmål ved tiltaksgjennomføring i relasjon aktivitetsveksten i forhold til plantallene. Økt innleie den siste perioden ble spesielt vektlagt, særlig på lege- og sykepleiesiden.

For øvrig sluttet alle møtene seg til at saken forelegges styret til endelig behandling og oversendelse av rapporten til Helse Nord RHF – også arbeidsmiljøutvalget som ikke hadde merknader til saken.

Vurdering

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for april er noe høyere enn foregående måneder, og like under måltallet på 90 %. Det pågår arbeid med å styrke vaktssystemene i indremedisin og kirurgi i akuttmottaket, for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje. Det iverksatte hastetiltaket med frikjøp av en erfaren overlege til arbeidet med å støtte de indremedisinske forvaktssystemene, for å understøtte det systematiske arbeidet med å sikre tilstrekkelig kvalitet og robusthet i disse viktige funksjonene er positivt mottatt i organisasjonen, og kan være bidragende til resultatet for denne indikatoren i april.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet, men fortsatt historisk sett lavt. Det er som tidligere innen dagkirurgi og håndkirurgi de fleste fristbrudd oppstår. De tidligere beskrevne tiltak med fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd arbeides det videre med. Også systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det fokuseres på.

Styret vedtok i februarmøtet at *bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne* skulle måles i formtråd med ny, nasjonal indikator for tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne (> 16 år). Denne nasjonale indikatoren vil bli publisert tertialvis, men det er foreløpig betydelig

forsinkelse i publisering av denne. Det er nå etablert lokalt uttrekk i tråd med den nasjonale indikatoren, men det foreligger ikke nasjonale tall for sammenligning.

Sykefravær

UNN har ikke lyktes å redusere sykefraværet til 7,5 %. Flere av enhetene som har høyt sykefravær rapporterer om høyt arbeidspress. Enkelte har i tillegg store rekrutteringsutfordringer, noe som fører til økt overtid hos fast personale, økt sykefravær og økning i antall varsel om AML brudd. Disse enhetene er kommet inn i en situasjon der leder bruker all sin tid på å få driften til å gå best mulig. Et systematisk sykefraværarbeid oppleves å måtte vike plassen for oppgavene som skal løses i den enkelte enhet.

I IA-handlingsplan for UNN er det spesielt to mål som fokuserer på sykefravær. Det første målet er systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Svangerskapsrelaterte sykdommer utgjør ca. 10% av det legemeldte fraværet i UNN. Gravide arbeidstakere skal følges opp både som forebyggende tiltak for å hindre sykefravær og ved evt. fravær. I IA-handlingsplan anbefales det at ledere søker bistand hos BHT i konkrete oppfølgingssaker av gravide arbeidstakere. BHT har i alt bistått i 15 oppfølgingssaker totalt i UNN HF i perioden april 2016 til april 2017. Det har vært gjennomført undervisning om temaet og temaet har også vært oppe på onsdagsmøtet. BHT mener at det er behov for å øke omfanget av denne oppfølgingen. I oppfølgingsmøter med klinikkene har derfor stabsleder oppfordret ledere til å søke støtte hos BHT i den enkelte oppfølgingssak.

Det andre målet i IA handlingsplan på foretaksnivå er at enheter med sykefravær over 7,5% skal ha et spesielt fokus på nærvær- og fraværarbeid. Enhetene skal identifisere, analysere og gjennomføre målrettede tiltak for å fjerne eller redusere faktorer som kan føre til fravær. BHT er, i samarbeid med NAV arbeidslivssenter en viktig ressurs i enhetenes arbeid med å identifisere mulige årsaker til sykefravær, og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere dette. I perioden april 2016 til april 2017 har BHT bistått med å gjennomføre 54 karlegginger av psykososiale og organisatoriske, fysiske, kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer i UNN HF. Dette gir et bilde på hvilke klinikker som søker bistand fra BHT for å kartlegge faktorer som kan gi arbeidsrelatert fravær. I samme periode er det gjennomført 57 arbeidsplassvurderinger og BHT har deltatt i 84 dialogmøter. Det foregår også kartlegginger og dialogmøter i klinikkene uten at BHT er tilstede.

I november 2016 ble det gjennomført Medarbeiderundersøkelse i foretaket. I alle klinikker pågår det nå et oppfølgingsarbeid med å utarbeide handlingsplaner. Et godt forbedringsarbeid basert på funn i Medarbeiderundersøkelsen kan bidra til å forebygge sykefravær. Dette arbeidet blir tett fulgt opp i oppfølgingsmøter og dialogmøter med klinikkene.

I perioden 2013 til 2016 var det 409 personer som hadde et sykefravær over 24 dager hvert av disse årene. Gjennomsnittlig tapte dagsverk pr person pr år var 70 dagsverk. 70 av de 409 personene var ansatt i Psykisk helse- og rusklinikken. Klinikken planlegger nå tiltak for å redusere fraværet hos personer som har gjentakende korte fravær og/eller gjentakende lange fravær i en tre års periode. Personal- og organisasjonsavdelingen og NAV Arbeidslivssenter skal bistå klinikken i dette arbeidet.

Brudd på overtidbestemmelsene

Unntaksvis vil brudd på overtidbestemmelsene kunne oppstå som følge av at foretaket i akutte situasjoner ikke kan innfri forpliktelser om et forsvarlig behandlingstilbud uten å gå ut over rammene i AML. I arbeidsplansystemet registrerer leder årsak til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Kategoriene katastrofe og utrykning utgjør 8,3 % av årsakene til brudd på arbeidstidsbestemmelsene hittil i år. Kategoriene annet og tom (ingen registrering)

utgjør 47 % av årsakene. Den høye andel «annet» og «tom» gjør det vanskelig å bruke disse data som forbedringsarbeid innen arbeidstidsplanlegging. For å bedre datagrunnlaget knyttet til årsaker til AML brudd skal det settes ned en arbeidsgruppe bestående av representanter fra stabssenteret, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten som får i mandat å revidere hvilke kategorier som skal inngå i årsaker til brudd i vårt arbeidsplasssystem, og hvordan registreringspraksis skal være. Dette vil gi data som kan brukes i forbedringsarbeid innen arbeidstidsplanlegging.

Det er et lederansvar å planlegge aktivitet og sørge for at lovens bestemmelser følges. Den enkelte medarbeider har også et ansvar for å ikke bryte bestemmelsene i AML. Leder blir varslet umiddelbart om eventuelt lovbrudd ved registrering av overtid i arbeidsplasssystemet. For å hindre brudd må leder sørge for å fordele og pålegge overtidsarbeid slik at belastningen fordeles mest mulig jevnt på medarbeiderne. Dersom bestemmelsene i AML avtales utvidet, må dette legges inn i arbeidsplasssystemet slik at bruddene som oppstår faktisk er reelle. Ledere må også benytte AML rapportene i arbeidsplasssystemet for ytterligere kontroll og oppfølging. For å styrke opplæringen skal tillitsvalgte og vernetjeneste inngå i teamet som sammen med ledere får opplæring i hvordan reglene om arbeidstid skal overholdes i foretaket, hvilke tiltak og avtaler som skal brukes for å unngå brudd samt registrering av disse arbeidsplasssystemet og hvordan rapportene i arbeidsplasssystemet kan brukes i systematisk forbedring.

Økonomi

Direktøren er ikke fornøyd med den økonomiske utviklingen. Det store negative avviket på 22,7 mill kr i forhold til internt styringsmål for april måned som er et resultat av for lav budsjettering på helligdagstillegg og variabel lønn, lave ISF-inntekter og delvis manglende tiltaksgjennomføring har økt behovet for nye tiltak. Dette arbeidet har hatt full oppmerksomhet de siste ukene og klinikkene har utviklet både permanente nye tiltak, i tillegg til kortsiktige midlertidige tiltak for å hente inn det opparbeidede underskuddet pr april. Tiltakene som er utviklet gjelder konkret nytt arbeid med kodeforbedring, aktivitetsstyring, reduksjon av innleie og variabel lønn (bemanningsstyring) i tillegg til innføring av strenge vurderinger ifm ansettelser innkjøp og reisevirksomhet. Den samlede prognosen for klinikkene og sentrene er på omlag -55-70 mill kr for 2017 forutsatt full effekt av nye tiltak som allerede er utviklet, inkludert 10 mill kr i forventet underskudd for gjestepasientkostnader rus. Klinikkene har fått i oppdrag å fortsette identifisering og utvikling av nye tiltak i tråd med egen underskuddsprognose, og direktøren vil fortsette den tette oppfølgingen fremover. Det er risiko tilknyttet gjestepasientkostnader rus, nytt legemiddel (og behandling) for lungekreft, og kostnadsdekning for oppussing Åsgård etter Sivilombudsmannens besøk. Oppussingen er igangsatt, men finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Nord RHF. I tillegg er det generell risiko i gjennomføringsgrad av nye tiltak, men alle nye tiltak er risikovurdert ihht Helse Nord RHF's modell for risikovurdering.

Arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak sammen med overskuddsprognose på fellesområdet gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål.

Månedsværk

Pr april er det i gjennomsnitt brukt 30 månedsværk mer enn planlagt pr måned. 10 av disse er i Kvalitets- og utviklingssenteret og gjelder eksterntfinansierte stillinger (med en tilhørende inntektside). Øvrig økning i forhold til plan er fordelt på flere klinikker og henger sammen med aktivitetsøkning utover plan, samt manglende tiltaksgjennomføring.

Økningen i forhold til i fjor er i hovedsak, med unntak av 30 månedsværk, planlagt. Det er størst økning i pasientrettede stillinger (terapeuter med mer), sykepleiere, drifts-/teknisk personell (ombyggings- og byggeprosjekter) og administrativt personell (eksterntfinansierte prosjekter).

Generelt

I forhold til de punkter i oppdragsdokumentet som rapporteres i tertialrapporten er det nødvendig at UNN øker innsatsen for å kunne rapportere på de ønskede indikatorene som har til hensikt å legge til rette for reduksjon i variasjon og kapasitetsutnyttelse, som etter direktørens syn er et viktig og nødvendig utviklingsområde dersom spesialisthelsetjenesten skal kunne møte de utfordringer man står overfor. Det er imidlertid her også behov for regionale prosesser for å sikre ensartet definisjon av indikatorene og sammenlignbare tall på tvers av foretakene.

Øvrige forhold

Den økte måloppnåelsen på indikatorene for behandling av *hjerneslagpasienter med trombolyse* innen kort tid etter innleggelse i UNN Tromsø er et godt eksempel på et vellykket systematisk forbedringsarbeid i tråd med satsingen på kontinuerlig forbedring. Det er nødvendig å undersøke nærmere hvorfor resultatene i UNN Harstad og UNN Narvik ikke er like gode, og gjennomføre tilsvarende forbedringsarbeid her. Likeledes er det gledelig at UNNs resultater i forhold til forekomst av sykehusinfeksjoner totalt sett, og dype postoperative sårinfeksjoner i særdeleshet er bedret de siste årene, som et resultat av et systematisk, godt og langsiktig arbeid med bedret smittevern. Det er viktig og nødvendig at dette fortsatt følges opp. Selv om det også i forhold til tvangsbruk i psykisk helsevern arbeides systematisk og planlagt i tråd med handlingsplanen for oppfølging etter Sivilombudsmannens besøk, er det hittil i år ikke nedgang i tvangsbruken. Dette er et langsiktig arbeid som det er stort fokus på å følge opp.

Antall meldte avvik fortsetter å øke i UNN. Dette er en ønsket utvikling, i tråd med det store fokuset organisasjonen har på åpenhet og kontinuerlig forbedring. Et svært viktig element i det videre arbeidet med dette er å få etablert mer kunnskap om hva kontinuerlig forbedring innebærer i hele organisasjonen, og da først på ledernivået. Melding av avvik og uheldige hendelser er viktig, men det er helt sentralt at avvik følges opp med konkret forbedringsarbeid dersom melding av avvik skal oppfattes som viktig, og dermed dersom vi skal oppnå en virkelig god meldekultur og tilstrekkelig åpenhet. Derfor vil opplæring særlig av ledere være hovedfokuset på dette området i 2017, i tillegg til arbeidet med konkrete forbedringer på en rekke ulike områder. Avvikssystemet i seg selv byr også på utfordringer, og det arbeides med å bedre dette parallelt med det øvrige arbeidet som pågår.

Den vedlagte rapporten på status i gjennomføring av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet viser at dette arbeidet er kommet langt i mange enheter, men at det må fokuseres kontinuerlig på oppfølging av de ulike innsatsområdene. Mange enheter har etablert tavlemøter der også tiltaksområdene i pasientsikkerhetsprogrammet følges opp. Dette er et godt tiltak, i tråd med arbeidet for kontinuerlig forbedring. Det er ikke tilfredsstillende at ikke alle enheter har rapportert status på dette arbeidet, og direktøren forutsetter at dette ikke gjentar seg. Legemiddelsamstemming er fortsatt et svært viktig område der tiltaksgjennomføringen ikke er god nok i mange enheter, og direktøren imøteser et regionalt arbeid for å etablere omforente rutiner og målinger på dette området. Dette arbeidet vil imidlertid med sikkerhet ikke være ferdig til målingene etter planen skal iverksettes fra andre halvår i år, og det må derfor etableres en midlertidig løsning med manuelle målinger, sannsynligvis i form av stikkprøver, for å kunne rapportere data for samstemming fra og med andre halvår.

Direktøren er fornøyd med at UNN i første tertial oppfyller den gylne regel med høyere vekst innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken for økonomi, aktivitet og månedsverk. Dersom dette skal vedvare er det en forutsetning at budsjettet holdes i den somatiske virksomheten, og at aktiviteten på dette området ikke øker mer enn planlagt. Disse forholdene er gjenstand for oppfølgingen med klinikkene.

Det er ikke tilfredsstillende at fremdriften i arbeidet med å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av foretakets kliniske ikt-systemer vedvarende blir forsinket. Det arbeides med å styrke personvernombud- og ikt-sikkerhetsfunksjonene i UNN, lokalisert i Kvalitets- og utviklingssenteret. Det er en betydelig økning i kravene og arbeidsoppgavene på dette området, men her er ikke måloppnåelsen god nok. Direktøren vil følge opp dette tettere med Kvalitets- og utviklingssjefen, og forventer at fremdriften i dette arbeidet bedres.

Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten og tertialrapporten gir samlet en god oversikt over status på viktige områder i UNN, og peker på viktige områder som vil være i fokus i det videre arbeidet i foretaket. Direktøren anbefaler at styret tar kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering, og vedtar tertialrapporten for oversending til Helse Nord RHF.

Tromsø, 19.5.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Tertialrapport 1 – 2017 for UNN
2. Vedlegg til tertialrapporten – Status PSP
3. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2017
4. Vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2017 – Økonomisk resultat pr april, tiltak og prognose 2017



Tertialrapport for 1.tertial 2017 fra UNN HF

Til Helse Nord



Innhold

1	Om rapporteringen	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3.2	Somatikk.....	8
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	13
3.5	Kvalitet	14
3.6	Pasientsikkerhet.....	16
3.7	Andre områder	18
3.7.1	Klima- og miljøtiltak.....	18
3.7.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	18
3.7.3	Forskning og innovasjon	19
4	Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....	19
5	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	20
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	20
6	Innfri økonomiske mål i perioden	21
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	21
6.4	Anskaffelsesområdet.....	21
7	Risikostyring og internkontroll.....	22

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

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

3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Rapporteringstekst 1. tertial

- a. *Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.*

Indikatoren er noe uklar og det arbeides med å definere denne nærmere. Fristbrudd rapporteres det på i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene, og indikatoren oppdateres kontinuerlig i HN-LIS. For kreftpakkeforløpene

- b. *Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*

Andel vurdert ikke til behov for helsehjelp finnes i HN-LIS, men det hersker betydelig usikkerhet om hvorvidt definisjonene er ensartet og riktige, og det trengs videre undersøkelser for å se om dette stemmer.

- c. *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*

Her trengs en nærmere beskrivelse på hva som skal inkluderes i «nyhenviste». Det kan gjøre flere ulike valg her. Nærmere definisjoner må diskuteres.

- d. *Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*

Dette ligger ferdig i HN-LIS.
Andel kontrollandeler kan delvis hentes fra HN-LIS (ikke psykisk helsevern siden seksjon/fag faktisk er seksjonsnavn i DIPS for psykiatrien og ikke fag som for somatikk). Eksempel hentet fra HN-LIS (utvalgte fagområder merket med gult – i tillegg har Hjertekirurgi en kontrollandel på 12 %).

Rapportering på OD 2017

År_periodiseringX ▲	2017
Seksjon Navn ▲	Kontrollandel
Kjevekirurgi - UNN	74 %
Smerte - UNN	60 %
Endokrinologi - UNN	55 %
Lungemedisin - UNN	54 %
Revmatologi - UNN	52 %
Barnemedisin - UNN	51 %
Audiologi - UNN	46 %
Nevrologi - UNN	44 %
Hjertemedisin - UNN	42 %
Nyre - UNN	41 %
Øye - UNN	39 %
Karkirurgi - UNN	39 %
Håndkirurgi - UNN	38 %
Øre-nese-hals - UNN	38 %
Infeksjon - UNN	38 %
Kvinnekreft - UNN	36 %
Ortopedi - UNN	34 %
Nevrokirurgi - UNN	34 %
Arvelig kreft - UNN	32 %
Ernæringsfysiologi - UNN	31 %
Muskulær nevrologi - UNN	31 %
Plastikkirurgi - UNN	30 %
Blod - UNN	29 %
Fordøyelse - UNN	27 %
Urologi - UNN	27 %
Kreft - UNN	27 %
Endokrinkirurgi - UNN	27 %
Habilitering barn og unge - UNN	25 %

e. Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted

Det er uklart hva som regnes som fast behandlingssted. UNN har derfor ikke kunnet fremstille data for denne indikatoren.

Fra HN-LIS har vi følgende oversikt per behandlingssted, dvs. arbeidssted:

År_periodiseringX ▲	2015	2016	2017
Arbeidssted ▲	Konsultasjoner ▼	Konsultasjoner	Konsultasjoner
Sum	343 439	352 289	134 025
Tromsø	210 600	216 372	82 237
Harstad	62 749	64 086	24 483
Narvik	34 493	34 258	12 566
Silsand	10 212	10 537	4 147
Longyearbyen	9 437	9 676	3 111
Storslett	5 454	5 147	2 435
Storsteinnes	3 950	3 782	1 184
Sjøvegan	3 062	3 961	2 052
Finnsnes	2 992	3 243	1 405
Mangler Forretningsnøkkel	490	335	1
Bardu	.	878	404
Åtms	.	14	.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Rapportering på OD 2017

UNN har foreløpig ikke fremstilt data for disse indikatorene på de enkelte fagområder.

Det er stort behov for et felles regionalt arbeid med å definere alle disse nye indikatorene entydig, og fremstille disse i HN-LIS på en ensartet måte. Dersom de enkelte foretak rapporterer inn verdier med bakgrunn i disse etter vårt syn lite entydige definisjoner, vil det være ulike definisjoner som legges til grunn, og indikatorene vil ikke bli sammenlignbare mellom foretakene. Det foreslås derfor at dette defineres nærmere og at det lages felles indikatorer for området i HN-LIS. Da kan man også enes om betydningen av formuleringen «*forskjeller i den enkelte indikators relevans*», som etter UNNs syn gir grunnlag for tvil. Noe av dette ligger ferdig i HN-LIS, og noe må utarbeides og settes sammen. Forvaltningen sentralt i Helse Nord på HN LIS har p.t en underkapasitet og dette må inn på prioriteringslisten sentralt.

UNN anser det som ikke formålstjenlig å kjøre DIPS rapportering på disse indikatorene da dette forventes å være en kontinuerlig rapportering, og at DIPS-rapportering derfor vil medføre unødvendig dobbeltarbeid.

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN avventer initiativ til dette arbeidet fra Sykehusapoteket.

3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har gitt slik tilbakemelding innen fristen:

UNN HF ved styringsgruppen for raskere tilbake anbefaler videreføring av følgende tjenestetilbud:

1. Muskel-skjelett tilstander
 - a. Tverrfaglig avklaringspoliklinikk for uspesifikke og sammensatte smertetilstander. F.eks. problemstillinger i skulder, nakke, rygg, albuer, hofter og knær.
 - b. Avklarte smertetilstander hvor det er god dokumentasjon for konservativ behandling som første valg, inkludert lærings og mestringsstilbud / pasientskoletilbud. F.eks. hofte- og kneleddsartrose og rygglidelser.
2. Tverrsektoriell og tverrfaglig tiltak rettet mot arbeidsplassen (iBedrift.)
3. Lettere psykiske helseplager
 1. Avklaringspoliklinikk og korttids jobbfokusert kognitiv terapi til lettere psykiske tilstander (angst og depresjon)

4. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 1. tertial

Det er ikke skrevet særskilt rapport på bruk av eksisterende løsninger. Implementeringer av kjernejournal og e -resept er gjennomført, men det finnes fortsatt huller der elektronisk kommunikasjon ikke er tilgjengelig. Det vises til regionale prosesser.

5. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»¹.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN HF har egen ernæringsstrategi, men mangler dog et komplett dokument som beskriver denne. Ernæringsstrategien består av forskjellige dokumenter som beskriver vedtatt ny organisering av ernæringsfeltet, organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå og forskjellige prosedyrer som beskriver metode for kartlegging av ernæringsstatus, oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko og hvordan dette dokumenteres til journal i både tekst og diagnose-/prosedyrekoder.

Ernæringsrådet har siden 2009 ledet arbeidet med implementering av ernæringsstrategien i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. I forhold til organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå skal hver avdeling ha en ernæringsansvarlig lege og sykepleier med hovedansvar for implementering av ernæringsstrategien i sine respektive avdelinger. Dette ble vedtatt av direktørens ledergruppe i 2010 (sak 96/10).

6. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial

Foretakskoordinator for barn som pårørende, Kvalitets- og utviklingscenteret, Klinisk utdanningsavdeling har koordineringsansvar for dette arbeidet. UNN har p.t. klinikkbarneansvarlige i alle klinikker bortsett fra OPIN klinikken.

Mange klinikker setter nå av tid og ressurser med 10-20% stilling til dette arbeidet. Dette har gitt resultater i form av større fokus på pasientens barn/søsken som igjen skal sikre at UNN følger sin lovpålagte plikt. Målet er at alle klinikker følger etter. Fagprosedyrene og lovverket er tema på felles fagdager og opplæringsdager. Klinikken har også tema på internundervisning/fagdager. Arbeidsgruppe med klinikkbarneansvarlige jobber også aktivt ift implementeringen.

Manglende tid, ressurser og forankring i klinikken er en av de største utfordringene. Det er fortsatt manglende kartlegginger, mangelfull dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder informasjon til barn og oppfølging av barna og familien. Dette er et kontinuerlig arbeid der ytterligere tiltak er nødvendig. UNN har i likhet med andre foretak i for liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at lovendringene følges opp. Barn som pårørende er et ansvar for alle i UNN, og det skal være en naturlig del av helsehjelpen til pasienten å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt.

¹ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Rapportering på OD 2017

7. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har ikke mottatt det beskrevne brev der oppgave og ansvarsforhold skal utdypes, og har derfor ikke fulgt opp dette punktet spesifikt i første tertial. UNN har mottatt en henvendelse fra Finnmarkssykehuset om å delta i et arbeid for å etablere system for registrering av hvilke pasienter som ønsker informasjon tilsendt på samisk, og dette er under oppfølging.

8. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Rapporteringstekst 1. tertial

Styret i Helse Nord har i sak 74-2016 besluttet å anbefale at det blir etablert et døgntilbud for pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse i Helse Nord. Administrerende direktør Lars Vorland har besluttet at de to første døgnplassene skal lokaliseres til Nordlandssykehuset, og at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) kunne etablere et slik tilbud på et senere tidspunkt.

Helse Nord har gjennom henvendelse (e-post fra Jon Tomas Finnsson 29.03.17) bedt om en redegjørelse «for om UNN ser behov for etablering av flere enn de to plassene som er etablert i regionen. Hvis UNN ser behov for etablering av flere døgnplasser ber vi om en beskrivelse av faglig innhold og behandlingsmetodikk som planlegges i det nye tilbudet».

I denne forbindelse er det igangsatt arbeid m.h.t. avklaring av hva slags behov en ser for døgntilbud på dette området i UNN i samarbeid med Habiliteringsavdelingen i sykehuset.

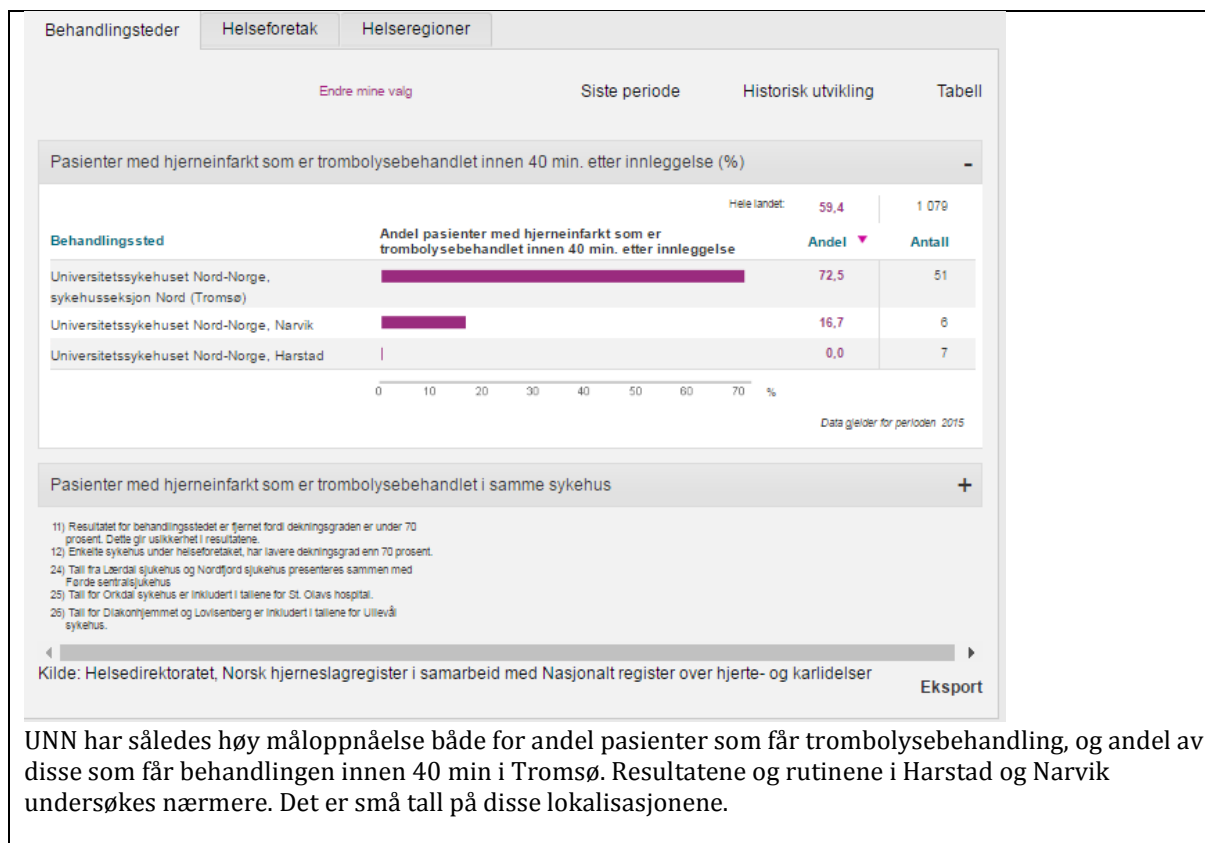
3.2 Somatikk

1. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

På Helsenorge.no fremstilles data for andel pasienter under 80 år som får trombolys ved hjerneinfarkt. For UNN var denne andelen i siste tertial 2016 (som er siste periode indikatoren er oppdatert for), 25 %. Dette er betydelig høyere enn tidligere. Det foreligger dog kun data for UNN Tromsø, og ikke for UNN Harstad og UNN Narvik. På samme nettside fremkommer nedenstående data for hvor stor andel som får trombolysbehandlingen innen 40 minutter etter innleggelse:

Rapportering på OD 2017



2. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

For 1. tertial 2017 er det registrert følgen tall for hjemmedialyse.

Pasienter som har hjemmedialyse.

Januar	34,4 %
Februar	34,2 %
Mars	36,2 %
April	36,6 %

UNN har således høy måloppnåelse for denne indikatoren.

3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere²)

Rapporteringstekst 1. tertial

Andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp er 87,5 % og rapporteres månedlig i kvalitet og virksomhetsrapport.

² Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føyflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

Rapportering på OD 2017

4. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette registreres i avvikssystemet i UNN, og brukes i kvalitetsforbedring. Målet er i stor grad nådd, muligens på bekostning av annen aktivitet på føde og barselavdelingen.

Tiltak: Prioritering, fleksibilitet og beredskap.

Vi har alltid prioritert tilstedeværelse av jordmor på fødestuen og klarer dette i stor grad. Sist registrerte avvik på samtidighet var i juni 2016.

Vi er en liten universitetsklinikk når det gjelder volum. Det krever mye opplæring og fleksibilitet slik at personale kan jobbe både på fødestuen, poliklinikk, barselhotell og barsel avdeling. På hver vakt vurderes behov for bemanning og kompetanse av vaktleder og av avdelingsjordmor på dagtid.

Personalet fordeles der behovet er størst. Kvinner i aktiv fødsel prioriteres alltid. Vi har gjennomsnittlig 3-4 fødsler per døgn av ulik lengde.

I en avdeling med lite planlagt aktivitet kan det komme til samtidighetskonflikt. Når dette skjer kan det være aktuelt å leie inn ekstra personale eller holde ansatte igjen på arbeidsstedet om vi ikke klarer å få tak i ekstravakt. Lederne har telefonberedskap i helgene og er behjelpelig til å vurdere bemanning og skaffe personale.

5. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI³ innen 90 minutter.

Rapporteringstekst 1. tertial

Avventer mer informasjon

6. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har langt på vei hatt standardiserte pasientforløp for disse pasientene i mange år, i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer. UNN har den siste tiden igjen økt fokuset på gjennomføring av prosedyrene for prehospital trombolyse.

UNN deltar i den regionale kliniske fagrevisjonen på behandling av pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI), og vil naturligvis bidra positivt i det videre regionale arbeidet med å bedre og standardisere dette ytterligere i regionen.

³ Perkutan koronar intervensjon

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

Rapporteringstekst 1. tertial

Antall tvangsinnleggelseser pr 1000 innbyggere i UNNs opptaksområde er tilnærmet uendret sammenliknet med samme periode i 2016. UNN har 1,25 vedtak pr 1000 innbyggere i 1. tertial 2017 og 1,24 vedtak pr 1000 innbyggere i 1. tertial 2016.

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Rapporteringstekst 1. tertial

Til tross for stor oppmerksomhet omkring egen praksis, øker pasienter med tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere noe, fra 0,23 i 1. tertial 2016 til 0,28 i 1. tertial 2017.

Det er et betydelig fokus på tvangsmiddelbruk gjennom handlingsplanen for oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøksrapport. Her arbeides det konkret og målrettet med en rekke tiltak for redusert tvangsmiddelbruk. Under fremkommer lenke til oppdatert status for arbeidet pr. 26.04.17. Det vises til redegjørelsen her.

http://intranett.unn.no/getfile.php/UNN%20INTRA/Enhet/Psykisk_helse_INTRA/Avdelinger/Avdeling%20s%C3%B8r/Status%20handlingsplan%2026.4.17.pdf

3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringstekst 1. tertial

Fra Rusavdelingens enheter har man jobbet strukturert gjennom flere år for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-outprosjektet. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy (OQ-45, KOR, Kunnskapscenterets brukerundersøkelse), samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene våre for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandling.

Tall fra poliklinisk aktivitet tyder på at tiltakene har ønsket effekt; andelen ikke møtt ble redusert fra 20 til 17 % fra 2015 til 2016, og andelen pasientbestemt avbestillinger ble redusert fra 7 til 6 % i samme periode. Historisk har andelen ikke møtt i TSB poliklinikk ligget på omkring 30 %.

4. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelseser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

Klinikken har etablert en systematisk oppfølging av registrerte data knyttet til tvunget psykisk helsevern. Dette skjer bl.a. gjennom daglig gjennomgang av innleggelseser med tilhørende tvangsvedtak. Tilbakemeldingene fra NPR er at klinikken leverer tilfredsstillende kvalitet. Avvik følges opp løpende.

Rapportering på OD 2017

Styringsparametere:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"⁴ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

Gyldne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	1,0 %
BUP	6,4 %
RUS	-10,4 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader eksl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	7,5 %
BUP	12,9 %
RUS	-6,0 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	0,1 %
BUP	7,0 %
RUS	-0,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsværk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	3,3 %
BUP	15,6 %
RUS	6,0 %
Somatikk	3,3 %

⁴ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

Rapportering på OD 2017

Gyldne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	-0,7 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader eksl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	5,3 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	1,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsværk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	5,5 %
Somatikk	3,3 %

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁵.

Rapporteringstekst 1. tertial
UNN har ikke fått invitasjon eller kunnskap om slike nettverk – dette vil bli undersøkt og fulgt opp av samhandlingsenheten.

2. Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Avventer koordinering / innspill fra Helse Nord RHF

3. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Rapporteringstekst 1. tertial
Dette arbeidet er forsinket i UNN. Som anført tidligere, vil vi anse det som svært hensiktsmessig og naturlig at dette arbeidet ledes og styres fra Helse Nord RHF, slik at avtalene mellom foretakene og avtalespesialistene i størst mulig grad blir lik i regionen, med mindre lokale forhold skulle tilsi behov for lokale løsninger. Imidlertid er behovet for samarbeid rundt prioriteringer, ventelister, faglige standarder etc. i utgangspunktet like i hele regionen. Vi vet at dette i andre helseregioner ledes og styres fra RHF, og anmoder Helse Nord RHF om å kjøre regionale prosesser på dette i nært samarbeid med helseforetakene. UNN vil ikke kunne oppfylle målet om å ha slike avtaler på plass innen 1.6.17.

⁵ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Rapportering på OD 2017

4. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Rapporteringstekst 1. tertial

Legemiddelhåndteringen er tatt med i revisjon av tjenesteavtalene. Har vært eget tema på møter i samarbeidsfora mellom kommuner og UNN. Eget KSU (Klinisk samarbeidsutvalg) er opprettet for å lage prosedyrer, flytskjema og opplæringstiltak knyttet til inn- og utskrivning av pasienter. Dette inkluderer oppdaterte medikamentlister og medikamenthåndteringen.

3.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har fortsatt korridorpasienter på noen sengeposter og innfrir ikke kravet om ingen korridorpasienter. Status rapporteres månedlig i kvalitet og virksomhetsrapporten. 8-12 pasienter ligger i gjennomsnitt på korridor i UNN. En av hovedutfordringene er at det fortsatt er mange utskrivningsklare pasienter i våre avdelinger, både i somatikk og psykiatri. Dette vedvarer til tross for en rekke initiativ overfor både kommuner og Fylkesmannen.

Internt i UNN arbeides det videre med lokalsykehusprosjektet i UNN Breivika, og det pågår et omfattende og krevende arbeid med å planlegge arealbruken i UNN Breivika helhetlig når A-fløy og PET-senter tas i bruk. Situasjonen ventes å bedre seg når innflytting i a-fløya er overstått og rokaden av sengeposter/avdelinger er gjennomført, forutsatt at problemstillingen med utskrivningsklare pasienter blir vesentlig mindre enn i dag.

2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har en økning i antall meldte avvik på alle områder. Nytt klassifiseringsystem er innført, noe som gjør at meldingen blir standardiserte etter kategorier. Det er et økt fokus på avviksmeldinger, læring og analyser i avvikssystemet. UNNs strategi om kontinuerlig forbedring og læring innføres som et langsiktig arbeid der avviksmeldinger inngår som en del av faktagrunnlag.

Det er økt bruk av avviksmeldingene som informasjonskilde ved evalueringer av tjenestene. Det er ønskelig med bedre rapportfunksjoner i DOCMAP for å enklere ha tilgjengelige data. UNN imøteser en prosess for eventuell felles regional anskaffelse av nytt dokumentstyringsystem og avvikshåndteringssystem.

Rapportering på OD 2017



3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT⁶-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

Elektronisk løsning er implementert (NCAF). GTT-teamet ved unn får sin opplæring i systemet i løpet av mai 2017. Løsningen vil da være i operativ bruk. Siste manuelle granskning ble utført i uke 18.

- Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har årlige revisjonsprogram og deltar i de fagrevisjoner som Helse Nord RHF initierer.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN leder utviklingen av modulbasert opplæringsprogram og har inkludert stillingen i Kvalitets- og utviklingssenterets miljø. Stillingen inngår som en del av teamet i Kvalitetsavdelingen. Erfaringer og kunnskap deles og man drar nytte av synergier.

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har i 2017 starte med hendelsesanalyser og hatt opplæring på ca 20 personer i metodikk. Det er i løpet av 1. tertial 2017 gjennomført 4 hendelsesanalyser og den 5 er igangsatt.

⁶ Global Trigger tool

Rapportering på OD 2017

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN leder utviklingen av modulbasert opplæringsprogram og har inkludert stillingen i Kvalitets- og utviklingssenterets miljø. Stillingen inngår som en del av teamet i Kvalitetsavdelingen. Erfaringer og kunnskap deles og man drar nytte av synergier.

3.6 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Rapporteringstekst 1. tertial

Pasientsikkerhetsprogrammet er inkludert i sykehusets ordinære aktivitet på de aller fleste områder. Det er særskilt fokus på legemiddelsamstemming som har vært utfordrende å få til. De aller fleste tiltakspakker er implementert i de aktuelle avdelinger. Arbeidet inngår i UNNs satsning på kontinuerlig forbedring og har vært rapportert i Kvalitet og virksomhetsrapporten månedlig. Som vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2017 og til denne tertialrapport rapporteres status på gjennomføring av tiltakspakkene i programmet.

1. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har siden 2011 rapportert antibiotikabruk fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og Antibiotikateam (A-team) ble konstituert høsten 2016. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogram. Det er avholdt felles informasjonsmøte for UNN og man starter i februar 2017 med avdelingsvise besøk.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har system for rapportering av antibiotikagrupper og avdelingenes forbruk av antibiotika. Mikrobiologisk avdeling er ansvarlig for rapportering av forbruket. UNN hadde en 20 % reduksjon i disse midlene fra 2012 til 2015. For 2016 ser vi igjen en liten økning. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogrammet som også har som et av målene at de bredspektrede midlene skal reduseres med 30 % innen 2020 sammenlignet med 2012.

Rapportering på OD 2017

2. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial

Prevalensundersøkelser gjennomføres 2 ganger årlig og rapporteres til RHF, og UNN vil fra og med andre tertial 2017 gjennomføre prevalensregistrering fire ganger årlig. UNN gjennomfører smittevernrunder med samtaler og intervjuer som oppfølging av smittevernarbeidet. Avdelingene følges opp i smittevernrunder. Resultater fra runden dokumenteres. Systemet for gjennomføring av smittevernrunder er nylig revidert og forbedret.

3. NOIS⁷-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Rapporteringstekst 1. tertial

Frist for innlevering av NOIS tall tredje tertial 2016 til FHI var 1. april 2017. Med unntak av aortakoronar bypass (94,9 %) har alle inngrep over 95 % oppfølging.

4. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Rapporteringstekst 1. tertial

NOIS rapporteres til folkehelseinstituttet og er tilgjengelig på Helsenorge.no.

Keisersnitt 2,8 % - hele landet 4 %

Totalprotese hoft 2,7 % - hele landet 2,3 %

Hemiproteese hoft 0 % - hele landet 3,3 %

Fjerning av galleblære 0 % - hele landet 4,3 %

Aortakoronar bypass 0 % - hele landet 0,5 %

Siste data er fra perioden juni-august 2016

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012⁸.

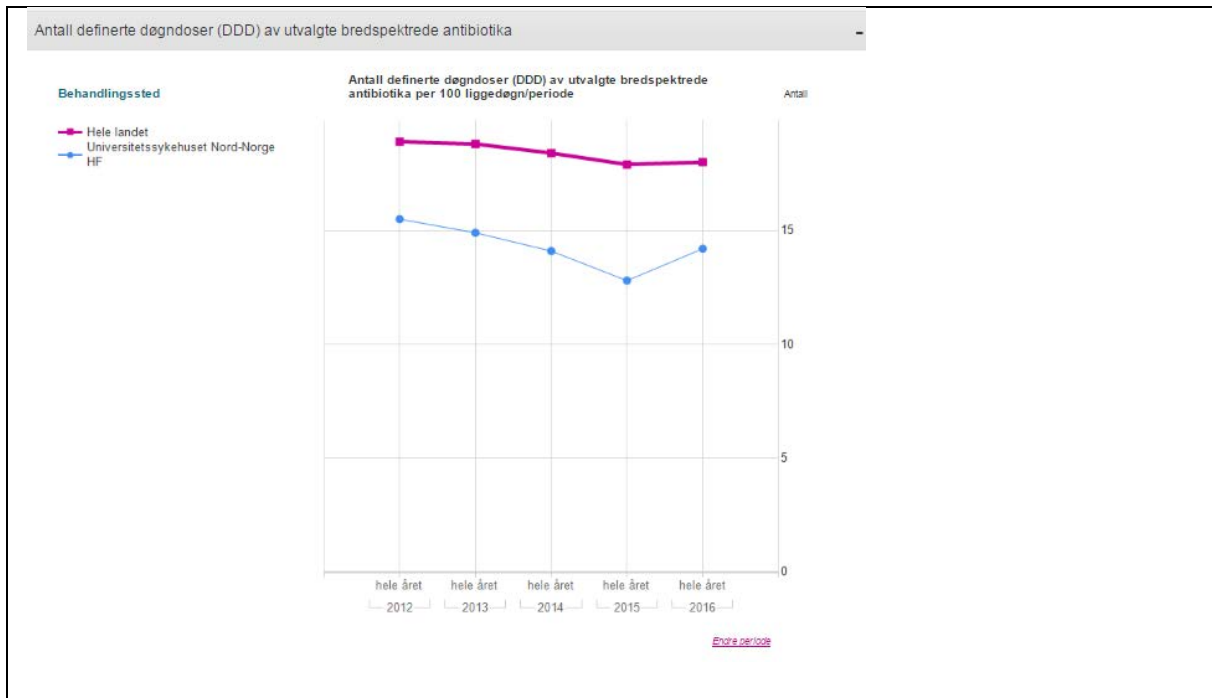
Rapporteringstekst 1. tertial

Bredspekteret antibiotikabruk er redusert fra 15,5 DDD (2012) til 14,2 DDD (2016) det er en reduksjon på nær 10 %. Det har imidlertid vært en økning fra 2015 til 2016, slik at den nedadgående trenden er brutt. Sammenlignet med hele landet ligger UNN betydelig under i bruk av bredspekteret antibiotika (3. lavest pr DDD pr 100 døgn)

⁷ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

⁸ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

Rapportering på OD 2017



3.7 Andre områder

3.7.1 Klima- og miljøtiltak

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Rapporteringstekst 2. tertial

Arbeide med resertifisering er igangsatt og det er planlagt gjennomført i juni 2017. Revidering av målsetninger og risikovurderingen av disse har vært et pågående arbeid i 1.tertial. Nye mål som omhandler pasientbehandling og miljømessig konsekvens av disse utarbeides. Dette omhandler unødvendig behandling, unødvendig transport, vurdering av engangsartikler mm.

3.7.2 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Rapporteringstekst 1. tertial

Rapportering på OD 2017

Risikovurderinger (ROS) skal gjennomføres når nye tjenester/systemer eller endringer i eksisterende tjenester/systemer skjer. Plan for 2016 var å gjennomføre 29 ROS og 11 i 2017. Inkludert i dette er det også tjenester/systemer som ikke er en del av EPJ.

18 av de 29 ROS som skulle gjennomføres i 2016 er gjennomført.

UNN har valgt å gjennomføre risikovurdering av bruk av EPJ (DiPS) klinikkvis med deltakelse fra avdelingene fordelt på merkantil-, sykepleier- og legepersonell. Det har vært og er en utfordring å gjennomføre ROS hvor nøkkelpersoner fra avdelingene må være involvert. Avdelingene må prioritere pasientbehandling slik at tilgang på ressurser til ROS blir skadelidende (vanskelig å gå samlet nødvendige personell). I tillegg har Sikkerhetssjefen begrensede ressurser og mange oppgaver som ofte må prioriteres på bekostning av disse risikovurderingene.

I oppfølging av etablering av Kvalitets- og utviklingssenteret er det igangsatt arbeid med å styrke personvern og informasjonssikkerhet gjennom å etablere en egen enhet med flere ressurser. Gjennomføring av de resterende ROS vil bli prioritert i 2017.

3.7.3 Forskning og innovasjon

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har deltatt i arbeidet med en implementeringsstrategi for verktøyet Induct. Arbeidet er et samarbeidsprosjekt i Helse Nord og det utarbeides planer for hvordan verktøyet kan tas i bruk. Verktøyet er ikke ferdig implementert.

4 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

1. Følge opp resultatene fra PasOpp⁹-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste

Rapporteringstekst 1. tertial

⁹ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Rapportering på OD 2017

Utskrivingsamtalen er et tema prosessen med kontinuerligforbedring, særlig fokus vektlegge på de ovennevnte punktene gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Medisinbruk og legemiddelsamstemming er tema i programmet og dekker alle relevante avdelinger.

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNNs avvikssystem sikrer systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Gjennomgang viser en økning i antall avvik. Det er et potensiale å gå inn på nærmere analyser og undersøke de forskjeller som fremkommer i «like» virksomheter. KVAM strukturen skal fange opp trender og iverksette tiltak på systemnivå. Dette fungerer ulikt og her er fortsatt rom for forbedring.

2. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

IA-handlingsplan har satt fokus på mål og tiltak for å redusere sykefravær. Overordnede mål og tiltak har vært følgende:

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

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange enheter som har utarbeidet og fulgt opp siste medarbeiderundersøkelsen (MU) fra 2014. Stikkprøver indikere at mange har gjennomført oppfølging, men det er fortsatt potensiale for forbedring i oppfølgingsarbeidet. Derfor har det blitt lagt trykk på at oppfølgingsarbeidet etter Medarbeiderundersøkelsen i 2016 skal gjennomføres av alle enheter. Det er også en av målsetningene for IA-handlingsplan for 2017.

Utviklingssamtalen er et verktøy for å kartlegge medarbeiders potensiale for utvikling, samtidig som det er en metode for å fange opp arbeidsmiljøforbedringer på individnivå. Da tiltaket setter individuelt arbeidsmiljø på dagsorden vil tiltaket kunne være med på å forbygge risiko for fremtidig sykefravær. Det foreligger i likhet med MU ikke statistikk som kan påvise at utviklingssamtalen er gjennomført i alle enheter. Erfaringer viser at det kan være spesielt utfordrende for ledere med store kontrollspenn å gjennomføre dette tiltaket.

Obligatorisk IA-opplæring (heldagskurs) omhandler temaene helsefremmende arbeidsplasser, forebygging og oppfølging av sykefravær. Tiltaket er rettet mot ledere, tillitsvalgte og verneombud og har som hensikt å

Rapportering på OD 2017

forbedre arbeidet med forebygging, og oppfølging av sykefravær. I 2016 er det gjennomført 9 kurs med 298 deltakere.

Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Det er utarbeidet prosedyrer for oppfølging av gravide arbeidstakere og bedriftshelsetjenesten (BHT) bistår arbeidsgivere på forespørsel å være med i trekantsamtaler med den gravide ansatte. Ved UNN Narvik har BHT gjennomført opplæring til ledere i oppfølging av gravide arbeidstakere. Kurs er planlagt ved UNN Tromsø, men ikke gjennomført.

Da rundt 10% av sykefraværet i UNN¹⁰ er relatert til svangerskap er det hensiktsmessig å ha fokus på denne gruppen for å redusere fravær. Ved Akershus universitetssykehus har lederopplæring i oppfølging av gravide og bistand fra BHT i trekantsamtaler resulterte i at gravide, som var involvert i tiltaket, sto 12 uker lengre i jobb.

Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette. Bedriftshelsetjenesten (BHT) har vært involvert i 31 saker for å bistå i gjennomføring av dette tiltaket. De sakene BHT ikke har vært involvert i foreligger det ikke statistikk over.

Forebygging av trusler og vold har vært et av temaene i de skreddersydde IA-kurs i psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg har BHT i samarbeid med Ole Greger Lillevik fra UIT arrangert heldagskurs med temaet systematisk forebygging av og miljøterapeutisk tilnærming til trusler og vold. Eksponering for trusler og vold på arbeidsplassen øke risiko for sykefravær radikalt ifølge forskning fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det er derfor viktig å jobbe med forebyggende tiltak rettet mot denne faktoren.

6 Innfri økonomiske mål i perioden

6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

6.4 Anskaffelsesområdet

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har ennå ikke startet dette arbeidet. Er prioritert igangsatt så snart sak om full implementering av Clockwork er vedtatt av direktøren. Saken skal opp som egen sak i direktørens ledermøte før sommeren i år, men må ses i sammenheng med en rekke andre innføringsprosjekter som «treffer» virksomheten samtidig, og som til sammen medfører en betydelig arbeidsbelastning særlig på mellomledernivået.

¹⁰ Tall fra NAV 2014

Rapportering på OD 2017

2. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
 - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sak om full implementering av CWL skal opp som egen sak i direktørens ledermøte før sommeren 2017. Saken inneholder blant annet utrullingsplan for CWL samt utarbeidete arbeidsprosesser og arbeidsrutiner for bruk og vedlikehold av CWL. De utarbeidete arbeidsprosessene og arbeidsrutinene er nettopp lagt inn i Docmap. Utrulling av CWL starter opp i slutten av mai og vil skje suksessivt. Forventes ferdig i løpet av uke 45.

Fra regionalt hold jobbes det med å legge til rette for tjenestekjøp (vikartjenester) via CWL. Det er uklart når denne er på plass.

UNN er i rute i forhold til innen 30. november å kunne levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.

7 Risikostyring og internkontroll

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹¹.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

¹¹ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Rapportering på OD 2017

Gjennomførte risikovurderinger¹², i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

Rapporteringstekst 1. tertial

1. Andel sykehuspåførte infeksjoner målt med prevalensdata er 4,2 i 2016 noe som er lavere enn det nasjonale målet på maksimum 4,5 %. Selv om det har vært en klar nedadgående trend i forekomst av sykehusinfeksjoner i UNN anses risikoen for at UNN i fremtiden skal komme over 4,5 % som **Middels**.

Tiltak er oppfølging med reviderte rutiner på smittevernrunder og spesiell oppmerksomhet der det er stor infeksjonsfare.

2. Gjennomsnittlig ventetid er under 60 dager i UNN. Data viser en sterk nedadgående trend over tid og det ansees som **liten** risiko for ikke å klare styringskravet. Det kreves ikke nye tiltak på dette området i UNN.
3. UNN har 20-50 fristbrudd pr mnd. Etter en sterk nedgang over tid er antall fristbrudd nokså stabilt. Det er særskilt 2 klinikker som har fristbrudd. Dette henger blant annet sammen med operasjonskapasiteten i UNN, særlig dagkirurgi, og kapasitet innen håndkirurgi. Risikoen for ikke å klare styringskravet på null fristbrudd ansees som **stor**.

Tiltak: Bedre rapportfunksjoner i og overvåking i HN-LIS. Tavlemøter og hyppigere ledelsesoppfølging. Vedvarende fokus på opplæring av alle de hundretalls leger og merkantile som håndterer henvisninger og ventelister for å redusere feilregistreringer.

4. Pakkeforløp viser en nedadgående trend for diagnoser med få pasienter. UNN ligger samlet sett innenfor kravet både på inkludering av pakkeforløp og gjennomsnitt tid til behandlingsstart. Ved siste rapportering ligger UNN på 70% men flere av forløpene faller utenfor kravet. Risikoen for ikke å klare kravet ansees som **middels**.

Tiltak er tettere oppfølging av forløpsledere og forløpskoordinatorer. Nærmere analyser på individnivå hvor man ikke klarer kravene.

5. Gjennomføring av den gylne regel har historisk sett vært vanskelig å gjennomføre, men i virksomhetsplanleggingen for 2017 er dette fokusert tydeligere enn før. Utvikling i 2017 er langt bedre på dette området enn tidligere år. Risikoen for ikke å klare styringskravet er **middels**.

Viktigste tiltak er at de somatiske klinikkene ikke overskrider sine budsjett, og at aktiviteten ikke øker mer enn planlagt i somatikk. Dette følges opp fortløpende, men er krevende å oppnå.

6. Hvordan denne indikatoren skal måles er ikke klart. Det må etter UNNs syn gjennomføres et felles arbeid i Helse Nord slik at dette måles likt. Risikoen for at dette ikke er gjennomført i 1. halvår er **stor**. UNN avventer gruppens resultat, men vil forsøke å etablere en midlertidig, manuell og ikke komplett måling fra andre halvår.
7. Bruk av bredspektret antibiotikabruk har hatt en nedadgående trend i 4 år. Denne trenden er brutt i 2016 hvor bruken har gått opp. UNN er innenfor styringskravet men har nå en økende tendens. Risikoen for å ikke klare styringskravet ansees som **middels**.

Tiltak: Antibiotikabruken monitoreres fortløpende og følges opp med A-team som tidligere beskrevet.

¹² Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Rapportering på OD 2017

8. Unn ligger under kravet til økonomisk overskudd. Risikoen for å ikke nå de økonomiske rammer anses som **middels**.

Tiltak: det jobbes systematisk i alle klinikker med å utarbeide tiltaksplaner for å bringe økonomien i tråd med styringskravet. Tiltakspakkene vil bli en del av foretakets satsninger fremover.

Krav:

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN styret har behandlet strategi om langsiktig kontinuerlig forbedring i sak 61- 2016 og sak 5- 2017 (11.2.17) Sakene er orientert rundt de målsettingene og krav som settes til ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. UNN justerer sin forbedringsstrategi i tråd med forskriftene og har et langsiktig perspektiv på forbedringsprosessene.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:
 - Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
 - Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
 - Informasjonssikkerhet.
 - Klima og miljø.
 - Beredskap.
 - Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har gjennomført rutinemessig tertialvise ledelsens gjennomgang (LGG). Denne prosessen justeres nå inn til å tilpasses de krav som stilles til samlet gjennomgang av styringssystem. Arbeidet er igangsatt og sak om hvordan dette konkret skal gjennomføres i UNN vil bli behandlet i direktørens ledermøte i 2.tertial eller tidlig i 3. tertial 2017.

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 1. tertial 2017 – Vedlegg til Tertialrapport 1 - 2017

De enkelte innsatsområdene:

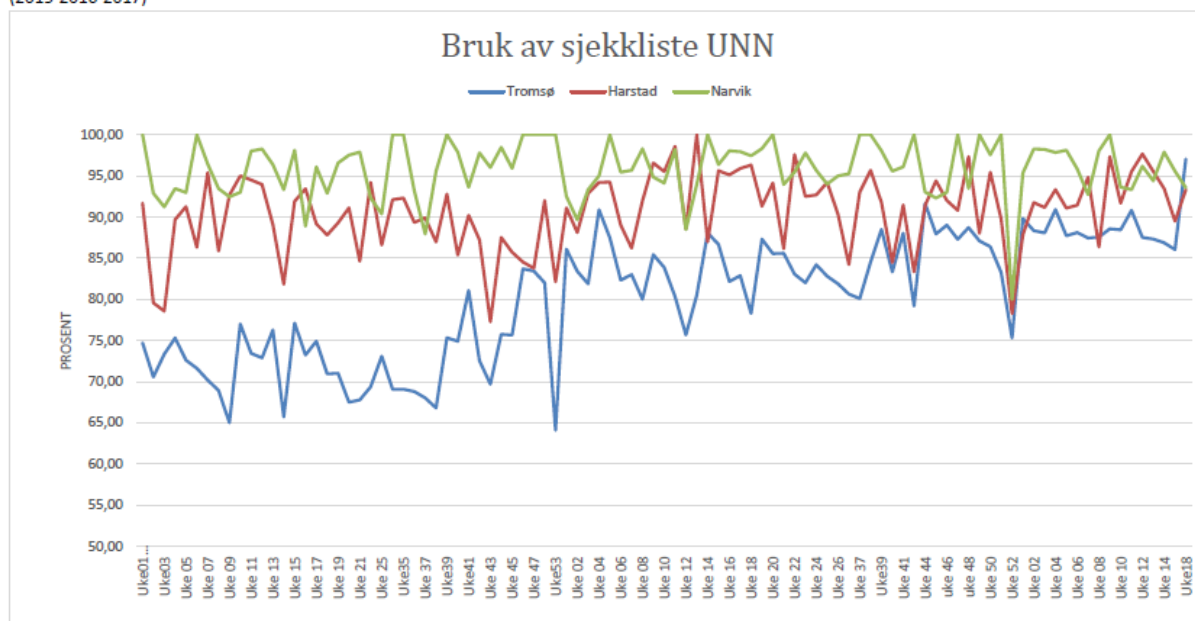
Trygg kirurgi: Tiltakspakken er delt mellom de avdelingene som forbereder pasientene til kirurgiske inngrep og operasjonsavdelingene, men oppfølgingen skjer ved Operasjons- og intensivklinikken, og resultatene publiseres ukentlig. De kirurgiske avdelingene får tilbakemeldt sine resultater på korrekt hårfjerning, forbehandling med antibiotika og temperaturkontroll og er oppfordret til å følge opp disse resultatene tettere.

Sjekklisten er også i bruk ved intervensjonsradiologisk laboratorium ved Røntgenavdelingen.

Bruk av sjekkliste viser til operasjoner der alle deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt, da dette er et krav fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Utregning: Antall operasjoner der alle tre deler av sjekklisten er dokumentert brukt/alle operasjoner x 100. Vi inkluderer både ø-hjelp og elektive.

(2015-2016-2017)



Legemiddelsamstemming: Denne tiltakspakken er den siste som er implementert. Andel pasienter som får samstemt legemiddellisten ved ankomst varierer imidlertid mye mellom sengepostene. Det kreves fortsatt god lederoppfølging og legeinvolvering ved alle enheter for at samstemming kan sies å være en del av rutinen når pasienter innlegges på UNN. Andel pasienter samstemt er valgt som en av UNNs og Helse Nords hovedindikatorer for 2017, men det må defineres regionalt hvordan og hvor dette skal måles.

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI): Her er alle sengeposter i gang. En rekke sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn 6 mnd. og kontrollmålert ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK): Alle relevante enheter har startet og kun to av de som har rapportert, er ikke helt i mål. Dette er også et innsatsområde som følges opp ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av fall: Kun en enhet som ikke er i gang med tiltakspakken, men en del enheter går fra grønt til gult, da de ikke har implementert alle tiltakene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall som avvikshendelser og benytte hendelsene til læring for å forebygge nye fall.

Forebygging av trykksår: Kun en enhet som ikke er i gang med tiltakspakken, men en del enheter går fra grønt til gult, da de ikke har implementert alle tiltakene.

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

Pasientsikkerhetstavler: Stadig flere enheter tar i bruk pasientsikkerhetstavler, hvor de følger opp sine resultater med jevnlig møter ved tavlen, diskuterer uønskede hendelser og ser på hvordan man kan lære av disse. Det er også flere enheter som har innført/innfører risikotavler, hvor man følger opp den enkelte pasient i forhold til avdekkede risikoområder.

Tidlig intervensjon ved livstruende tilstander er et innsatsområde for å følge opp pasienter med sikte på å oppdage evt. forverring så tidlig som mulig ved hjelp av et standardisert scoringsverktøy (på UNN TILT), og iverksette relevante tiltak. Dette er et nytt innsatsområde og UNN har et sammensatt team fra Harstad som deltakere på det nasjonale læringsnettverket. Selve skåringssystemet er imidlertid innført på tilnærmet alle sengeposter i UNN. Det diskuteres å bytte skåringssystem fra TILT/MEWS til NEWS for å ha samme system i hele Helse Nord.

Forebyggelse av underernæring: Nytt innsatsområde hvor kreftavdelingen deltar på nasjonalt læringsnettverk. De har også involvert klinisk ernæringsfysiolog og kostvert.

Brukermedvirkning: Kampanjen *Bare spør* ble gjennomført i Harstad, Narvik og Tromsø en uke i januar. Kampanjen var todelt – ett mål var å få pasientene til å spørre mer, og ett mål var å få helsepersonell til å åpne opp for spørsmål. Ett team fra sengepost for gynekologi, urologi, endokrin kirurgi og plastikk-kirurgi har meldt seg på nasjonalt læringsnettverk i

Opplæring: UNN har fått antatt to kandidater til Nordisk forbedringsagentutdanning, en kandidat til Forbedringsutdanning for leger og en kandidat til Scottish Patient Safety Fellowship.

Status ved de enkelte klinikker:

Status fra klinikkene er denne gang basert på nytt rapporteringsdokument, hvor de angir detaljert hvilke tiltak som er innført ved enheten. Denne rapporteringen er her «oversatt» til fargekodene som er benyttet tidligere. En del enheter har som en følge av dette rapporteringssystemet gått fra grønt til gult, enten fordi de ikke har iverksatt alle tiltakene i innsatsområdet eller ikke benytter målinger for å følge med på sine prosesser og resultater.

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

Barne- og ungdomsklinikken:

Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
BUK								
Ungdomspsykiatrisk avd		Tilpasset						
Barne- og ungdomsseksjonen	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset		PeuSAFE
Nyfødt intensiv		Tilpasset	Tilpasset					
Reg. senter for spiseforstyrrelser		Tilpasset						
Barnehabiliteringen		Tilpasset						

Hjerte- og lungeklinikken:

De fleste innsatsområdene er innført i klinikken. En enhet har ikke svart på de to siste rapporteringene.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken								
Hjertemed sengepost								Tavle
MIHO		Tilpasset						Prosjekt: Mobilt int.team
Lab								
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost	Tilpasset							TILT, tavle
Lungemed								

Medisinsk klinikk:

Alle innsatsområder er iverksatt, men noen enheter mangler noen tiltak/målinger og er derfor markert gul. Medisinsk avdeling Harstad har tatt en «restart» på innsatsområdene. De har også innført risikotavler. Geriatrik avdeling har hatt fagdager med fokus på fallforebygging. Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

Medisinsk avdeling Harstad har med representant i pilotgruppen for *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*. Avdelingsleder Gastro-/nyreavdelingen er tatt opp på *Scottish Patient Safety fellowship*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk								
Hematologisk								TILT, visittstol
Inf med								TILT, tavle
Fordøyelse/Nyre								TILT, tavle
Geriatrik								TILT, PEWS, tavle
Medkir Narvik	Tilpasset			Tilpasset, PVK				TILT, tavle
Med A Harstad								ernæringscreening
Med B Harstad								ernæringscreening

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

Kreftavdelingen er pilotavdeling på det nye innsatsområdet *Forebygging av underernæring*. En lege fra Gastrokirurgisk avdeling er tatt opp på Forbedringsutdanning for leger. Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
K3K								
Føde/Barsel	Tilpasset	Tilpasset						Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Harstad	Tilpasset	Tilpasset						Tavle, 6 pas.sikkerh. prosjekter
KK Narvik	Tilpasset	Tilpasset						
Kreft								Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset							TILT, tavle
Uro, endo, gyn	Tilpasset							Tavler, bare spør, TILT
Kir. Harstad	Tilpasset							TILT, tavle

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

Tre sengeposter har innført alle innsatsområdene, en enhet har ikke rapportert.

Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

Klinikken gjennomfører jevnlige møter for de som «holder i» Pasientsikkerhetsprogrammet ved de enkelte enheter, men oppmøtet er noe varierende.

Ortopedisk sengepost har en sykepleier som er tatt opp på Nordisk forbedringsagentutdanning.

Ortopedisk sengepost i Harstad er pilot på *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken								
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling								Tavle, Tilt
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen								
Ortopeden Tø								Tavle
Ort. Harstad	Tilpasset							Tavle, UNN-pilot LN TILT
FRMA Tromsø (døgn)		Tilpasset						Tavle
FRMA Harstad(døgn)								Tavler

Operasjons- og intensivklinikken:

Denne klinikken jobber godt og systematisk med innføring av innsatsområder, tilpassede innsatsområder, egne pasientsikkerhetsprosjekter og tavler. De har også med representanter og veileder i teamet i Harstad som er pilot for *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Operasjons- og intensivklinikken								
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Forebygging av overfylt urinblære, tavle
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Hypotermi-forebygging plast., pasientflyt på dagkirurgen, tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Pårørende prosjekt, slag, tavle
ANOP Akuttinntak Harstad		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle, overfylt blære, smittvern
ANOP Akuttinntak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Intensiv/peri Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		visittsjekklister, tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tavle

Diagnostisk klinikk:

Denne klinikken gjennomfører deler av Trygg kirurgi i samarbeid med OpIn. De er også viktige for å oppfylle deler av innsatsområdet Behandling av hjerneslag.

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi
Diagnostisk klinikk	
Radiologisk avdeling, invasiv seksjon	

Akuttmedisinsk klinikk:

Legemiddelsamstemming i Obs.post er startet. Her har de problemer med at enkelte leger ikke følger opp samstemmingsarbeidet som gjøres av sykepleierne.

Ambulansetjenesten følger UNNs prosedyre for trykksårforebygging og skifter fortløpende ut madrasser til en bedre type. Akuttjournalen er revidert og har tatt inn screening for trykksårrisiko. Dersom avdekket risiko, følges dette opp på obs.posten.

En sykepleier ved AMK er tatt opp på Nordisk forbedringsagentutdanning.

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk								
Ambulansetjenesten		Tilpasset				Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Obspost			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	TILT

Psykisk helse og rusklinikken:

Innsatsområdene **forebygging av selvmord** og **forebygging av overdosedødsfall** er implementert ved aktuelle avdelinger. Legemiddelsamstemming er under innføring.

Psykisk helse- og rusklinikken kjører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken.

Forbedringsområdene rapporteres også på ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Har hatt ny læringsnettverkssamling i februar.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 1. tertial 2017	Legemiddel-samstemming	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				
Akuttpost sør				Sjekkliste
Akuttpost Tromsø				Fysisk helse
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes		Tilpasset		Pårørendearbeid
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Pårørendekontakt
SPHR Ofoten		Tilpasset		Tavle + risikotavle
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing		Tilpasset		Krisemestringsplan, HLR, Rusdata
Rusbehandling Narvik	Ikke måling men sjekkliste			Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

April 2017



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventelister	7
Ventetid	7
Fristbrudd	8
Korridorpasienter	10
Strykninger	10
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern	11
Oppholdstid i akuttmottaket	12
Aktivitet	13
Somatisk virksomhet	13
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær	25
AML-brudd	27
Kommunikasjon	28
Sykehuset i media	28
Økonomi	29
Resultat	29
Gjennomføring av tiltak	31
Prognose	32
Investeringer	33
Byggeprosjekter	33
Gylne regel	34

Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;">Infeksjoner</p>	<p>Måles kvartalsvis. Første gang i mai 2017.</p>
<p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p>	<p>Måles fra annet halvår 2017.</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak, april</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 89 %</p> <p>Antall over 4 timer: 178</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av april</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">36</p>	

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, 1. kvartal</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,5 %</p>	
<p>Sykefravær, april</p> <p>8,2 %</p>	
<p>AML brudd, april</p> <p>Antall AML-brudd: 4319</p>	
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>April: 43 %</p> <p>Hittil i år: 44 %</p>	

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per april 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	254	236	92	70
Hode- halskreft	68	61	89	70
Kronisk lymfatisk leukemi	11	8	72	70
Myelomatose	17	13	76	70
Akutt leukemi	19	18	94	70
Lymfom	84	77	91	70
Bukspyttkjertelkreft	74	63	85	70
Tykk- og endetarmskreft	220	205	93	70
Blærekreft	103	92	89	70
Nyrekreft	84	72	85	70
Prostatakreft	257	214	83	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	29	28	96	70
Livmorkreft	74	66	89	70
Eggstokkreft	46	38	82	70
Livmorhalskreft	42	38	90	70
Hjernekreft	52	34	65	70
Lungekreft	189	184	97	70
Kreft hos barn	15	13	86	70
Kreft i spiserør og magesekk	67	64	95	70
Primær leverkreft	19	17	89	70
Skjoldbruskkjertelkreft	45	44	97	70
Føflekkreft	113	91	80	70
Galleveiskreft	29	21	72	70
Totalt	1916	1701	89	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per april 2017

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	195	141	72	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	54	48	88	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	65	53	81	20	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	32	19	59	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	12	100	7	8
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	20	18	90	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	71	49	69	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	29	17	58	33	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	6	66	29	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	35
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	178	114	64	30	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	3	50	35	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	30	18	60	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	101	75	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	20	13	65	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	55	23	41	48	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	66
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	107	48	44	70	37
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	96	48	50	37	66
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	6	50	51	37
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	31
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	36
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	66	53	80	27	30
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	70	60	85	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	7	53	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	10	66	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	5	71	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	12	85	27	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	17	85	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	52	30	57	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	28	25	89	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	77	65	84	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	10	76	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	9	75	31	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	21	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	11	84	31	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	1	11	45	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	70	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
SKJOLDBRUSKKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	44	26	59	34	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	123	111	90	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	24	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	11	11	100	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	1	33	43	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	124	92	74	16	22

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

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres tertialvis. Se eget vedlegg for rapportering for første tertial.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	15 301	8 959	8 077	-882	-10
...herav med fristbrudd	72	25	36	11	44
...herav med ventetid over 365 dager	1 094	106	67	-39	-37
Gjennomsnittlig ventetid dager	115	68	58	-10	-15
Ikke møtt til planlagt avtale	1 274	1 379	1 492	113	8

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

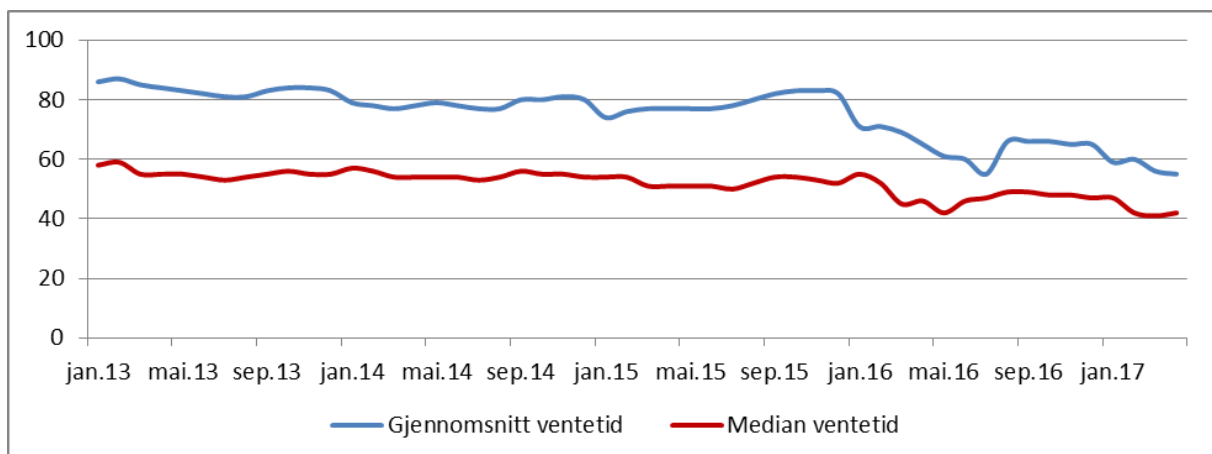
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	18 571	17 957	16 594	-1 363	-8
...herav med fristbrudd	475	171	229	58	34
Andel - avviklet ordinært	47	89	100	11	12

Ventetid

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

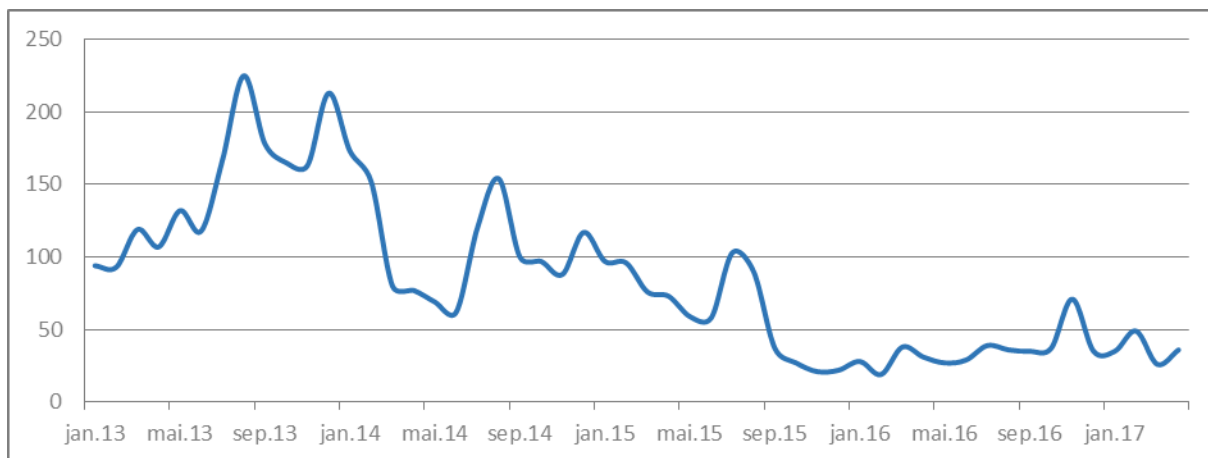
	2015	2016	2016	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	77	65	55	-10	-15
Median ventetid i dager	51	46	42	-4	-9

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

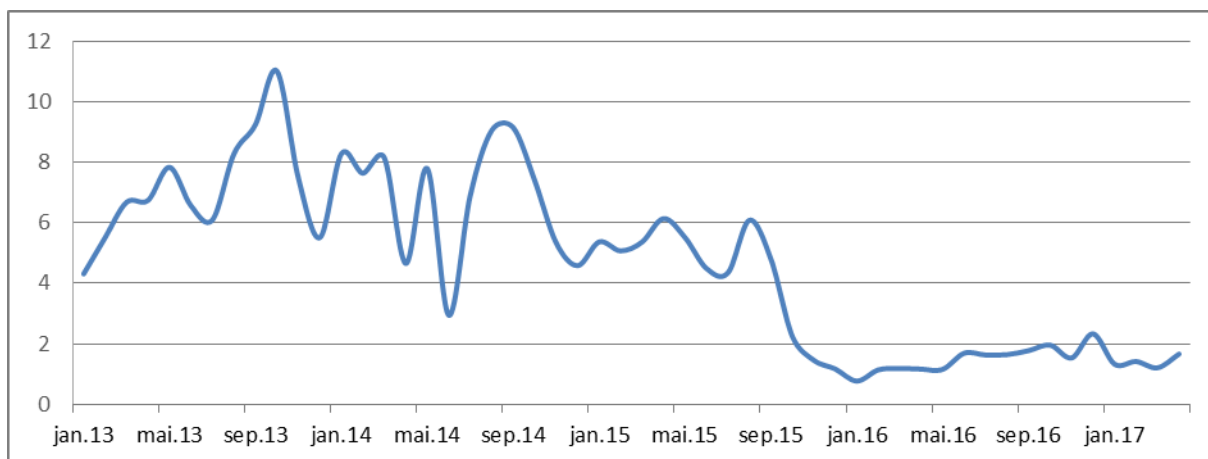


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av april 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	304	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	1 970	0
Medisinsk klinikk	4	791	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	435	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	22	4 279	1
UNN	36	8 345	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

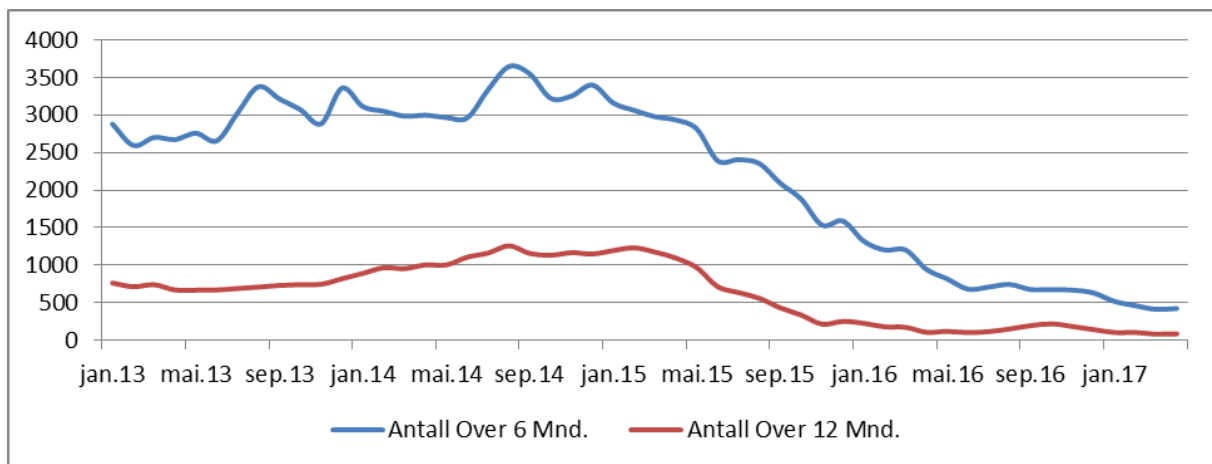
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



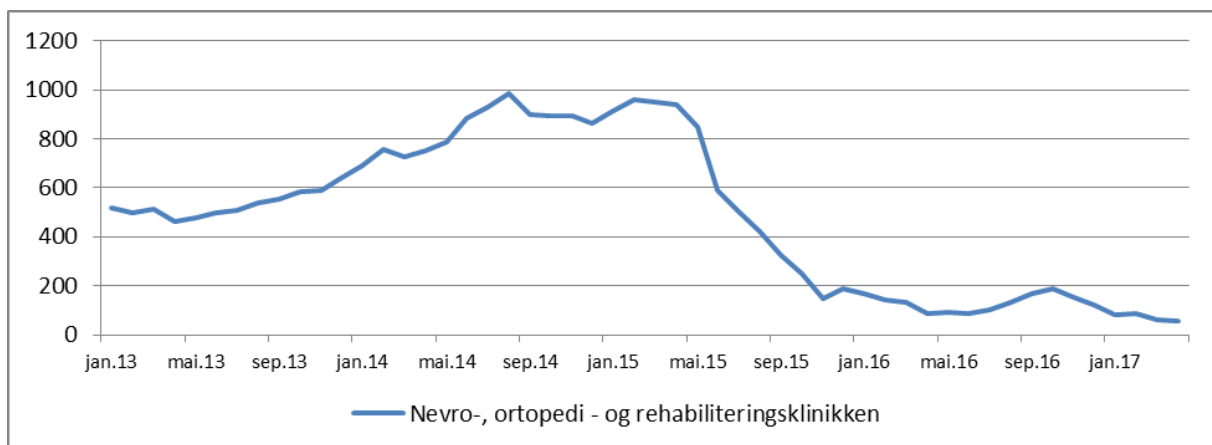
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	mar.17	apr.17
Barne- og ungdomsklinikken	1	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	2
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	19
Medisinsk klinikk	3	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35	19
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
UNN	61	44

Figur 4 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 5 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



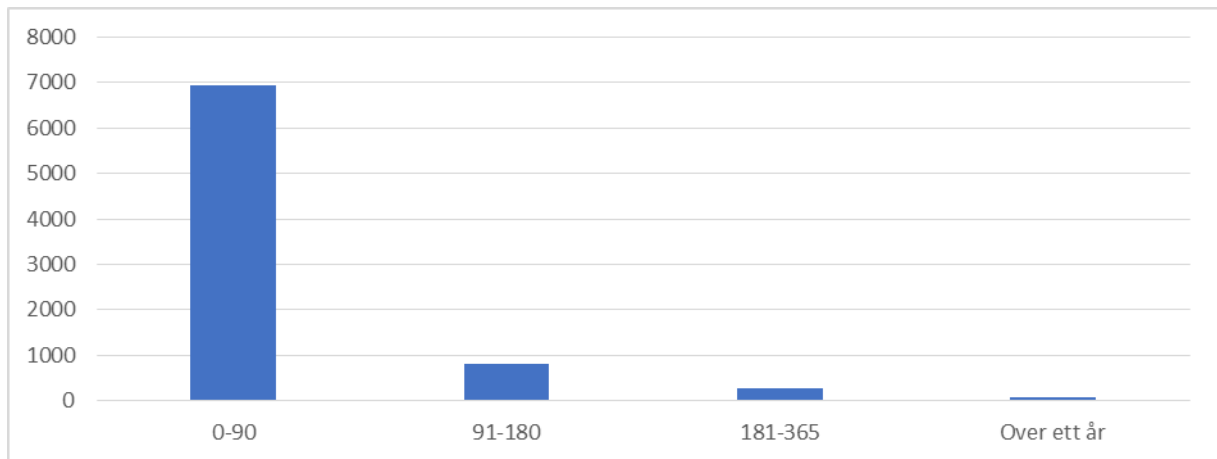
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av april 2017

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21	1
Medisinsk klinikk	6	1
Hjerte- og lungeklinikken	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	56	1
UNN	85	1

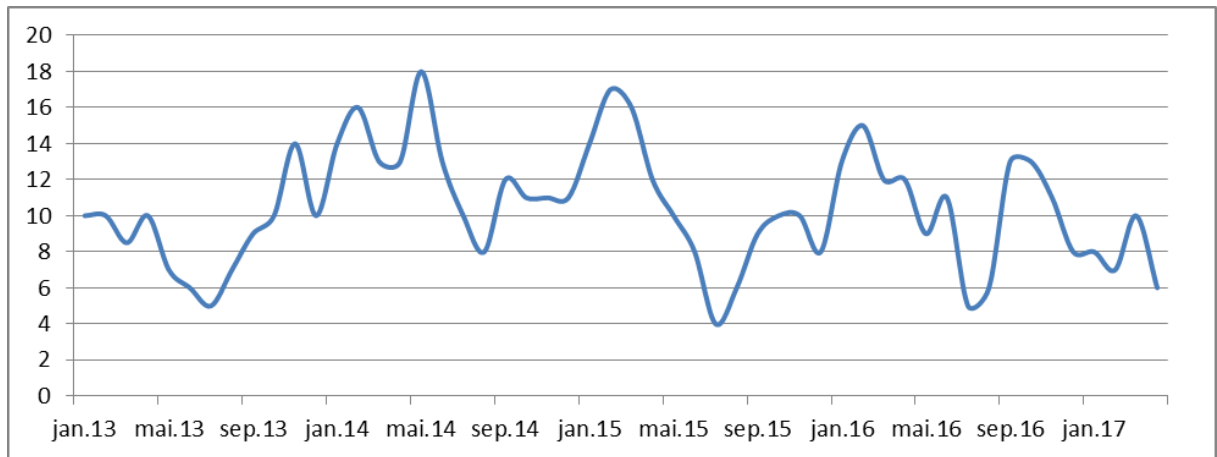
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 6 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



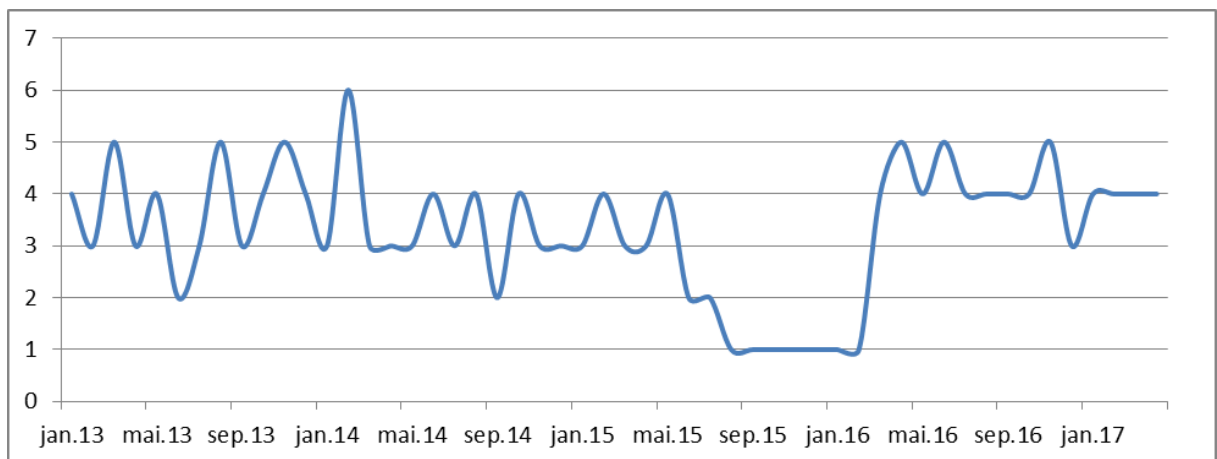
Korridorpasienter

Figur 7 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



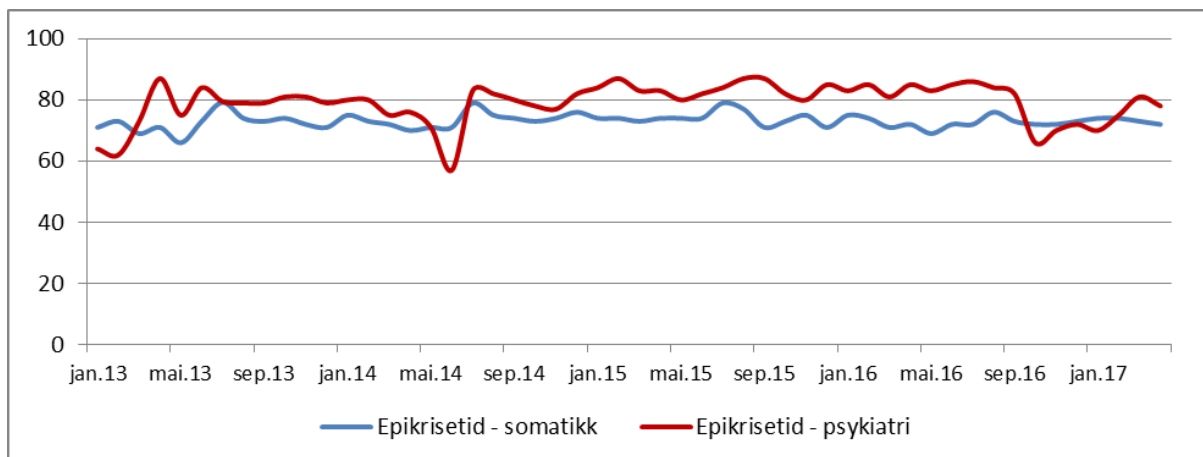
Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



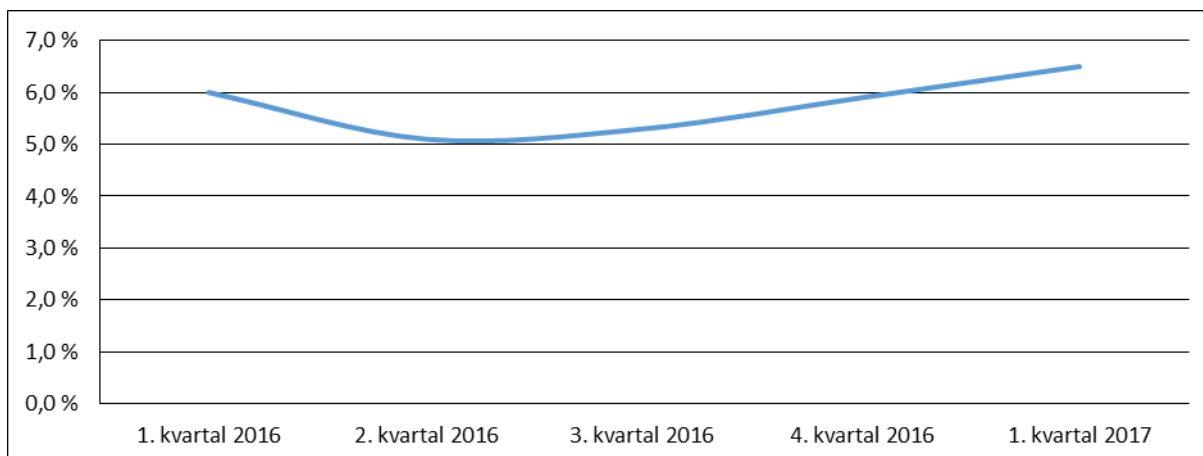
Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



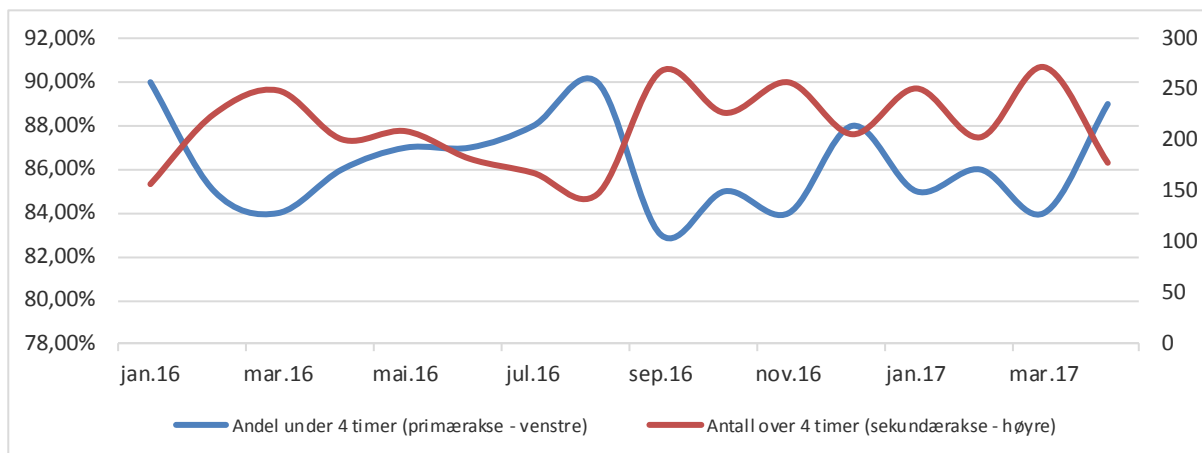
Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

Figur 10 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 11 Oppholdstid i akuttmottaket (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Dette gjelder innlagte pasienter, ikke pasienter som kun er i akuttmottak for poliklinikk og som sendes ut igjen.

Tabell 9 Oppholdstid i akuttmottaket fordelt per lokalisasjon

Oppholdstid i akuttmottaket			
Andel under 4 timer	Tromsø	Harstad	Narvik
Januar	84 %	87 %	87 %
Februar	87 %	86 %	86 %
Mars	84 %	86 %	82 %
April	89 %	91 %	88 %
Antall over 4 timer	Tromsø	Harstad	Narvik
Januar	162	53	36
Februar	118	52	33
Mars	158	59	55
April	110	37	31

Aktivitet

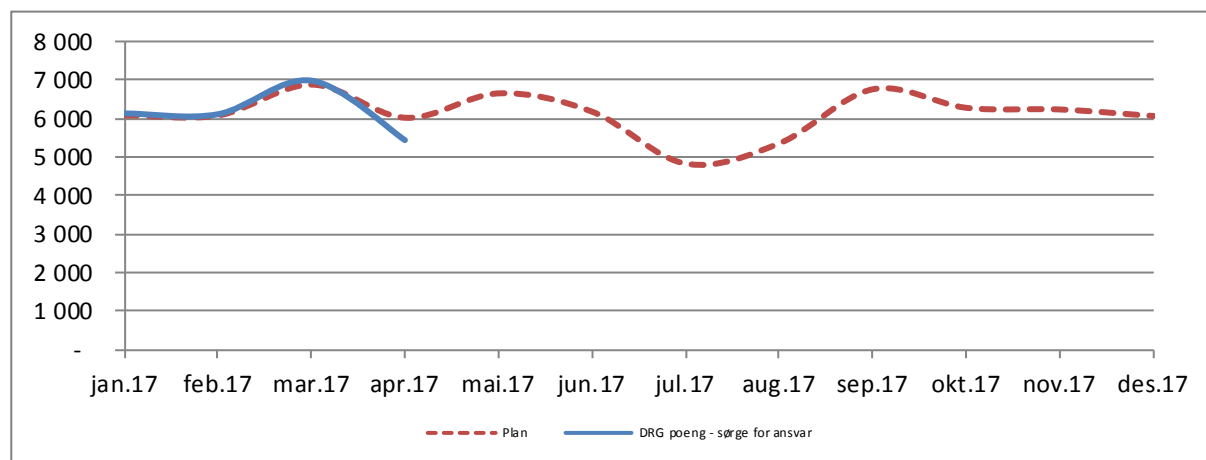
Tabell 10 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	13 767	13 970	14 257	203	1,5	-287	-2,0
Innlagte dagopphold	2 302	2 158	2 358	-144	-6,3	-200	-8,5
Polikliniske dagbehandlinger	9 390	8 746	10 729	-644	-6,9	-1 983	-18,5
DRG poeng (2017 logikk)	22 407	24 650	25 001	2 243	10,0	-351	-1,4
Liggedager i perioden	60 615	60 645	59 507	30	0,0	1 138	1,9
Polikliniske konsultasjoner	92 467	91 530	88 989	-937	-1,0	2 541	2,9
Herav ISF	77 367	78 087	78 426	720	0,9	-339	-0,4
Kontrollandel poliklinikk	31 %	31 %	31 %	0 %	0,0	0 %	0,0
Laboratorieanalyser	1 874 066	2 104 465	1 872 430	230 399	12,3	232 035	12,4
Røntgenundersøkelser	58 658	54 277	53 385	-4 381	-7,5	892	1,7
Fremmøte stråleterapi	4 272	4 191	4 396	-81	-1,9	-205	-4,7
Pasientkontakter	108 536	107 658	105 604	-878	-0,8	2 054	1,9
VOP							
Utskrivelser heldøgn	1 042	1 147	1 142	105	10,1	5	0,4
Liggedager i perioden	14 652	16 225	15 377	1 573	10,7	848	5,5
Polikliniske konsultasjoner	21 926	21 956	23 818	30	0,1	-1 862	-7,8
Pasientkontakter	22 968	23 103	24 960	135	0,6	-1 857	-7,4
BUP							
Utskrivelser heldøgn	67	82	101	15	22,4	-19	-19,1
Liggedager i perioden	947	1 283	1 178	336	35,5	105	8,9
Polikliniske konsultasjoner	9 003	9 637	9 225	634	7,0	412	4,5
Pasientkontakter	9 070	9 719	9 327	649	7,2	392	4,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	229	242	273	13	5,7	-31	-11,4
Liggedager i perioden	7 023	7 015	8 379	-8	-0,1	-1 364	-16,3
Polikliniske konsultasjoner	3 874	3 844	4 046	-30	-0,8	-202	-5,0
Pasientkontakter	4 103	4 086	4 319	-17	-0,4	-233	-5,4

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2017

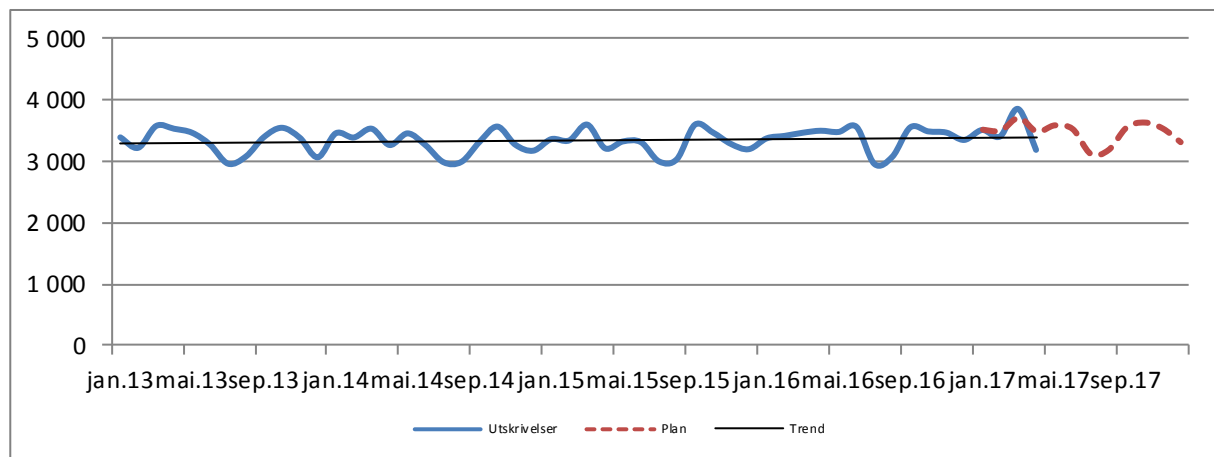


Tabell 11 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

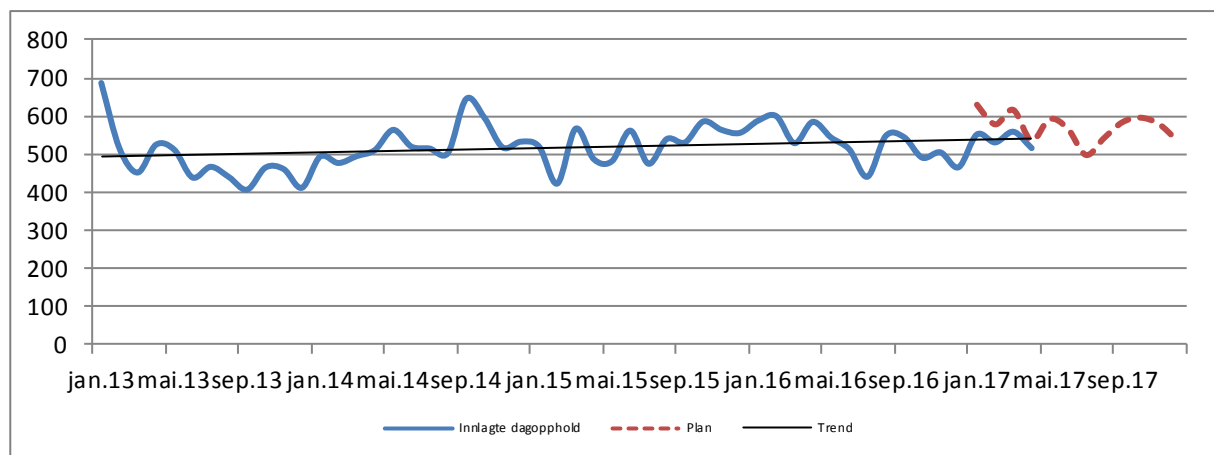
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	523	515	8
Barne- og ungdomsklinikken	1 147	1 039	108
Hjerte- og lungeklinikken	4 170	4 061	109
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6 220	6 780	-560
Medisinsk klinikk	4 524	4 238	286
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6 108	6 391	-283
Operasjons- og intensivklinikken	129	137	-8
Totalt	22 820	23 160	-340

DRG-poeng – egen produksjon.

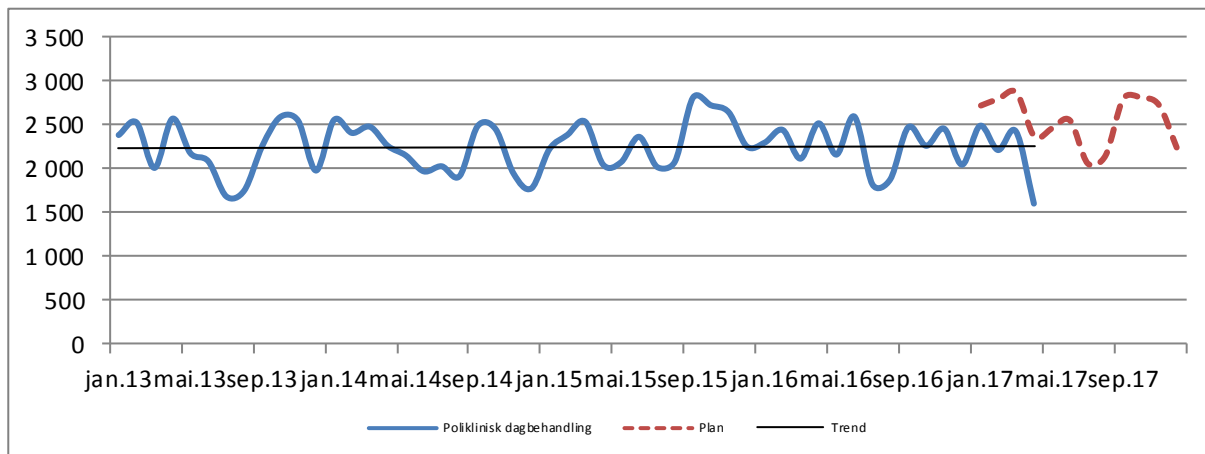
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



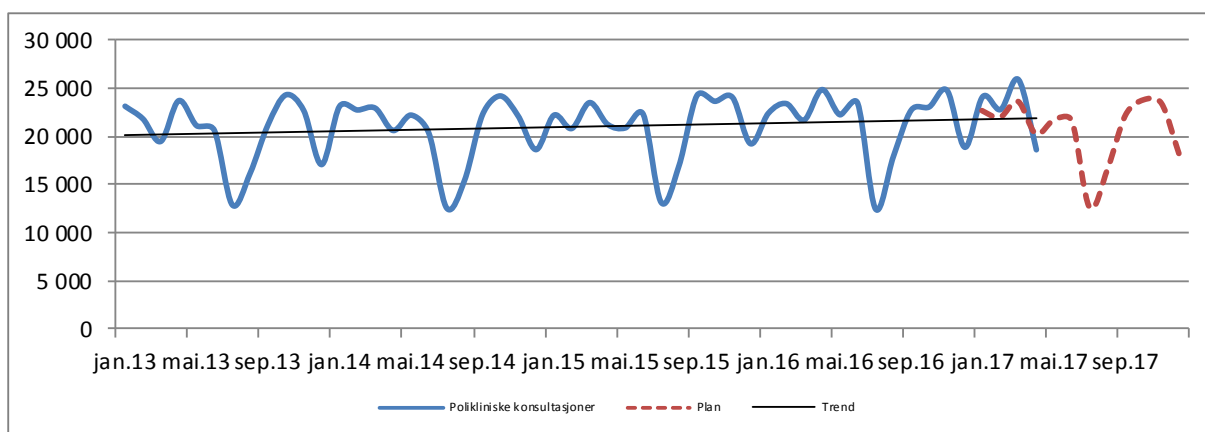
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



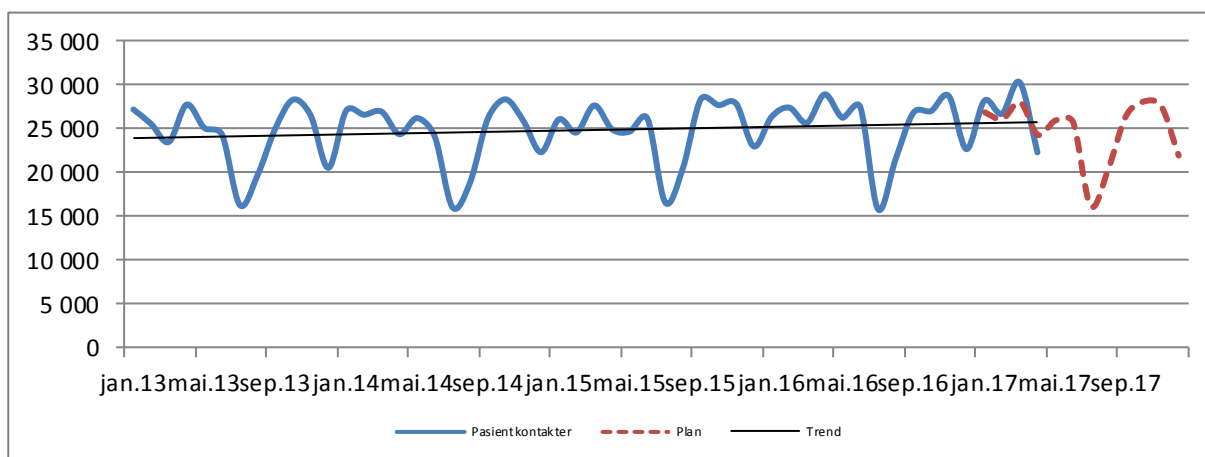
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



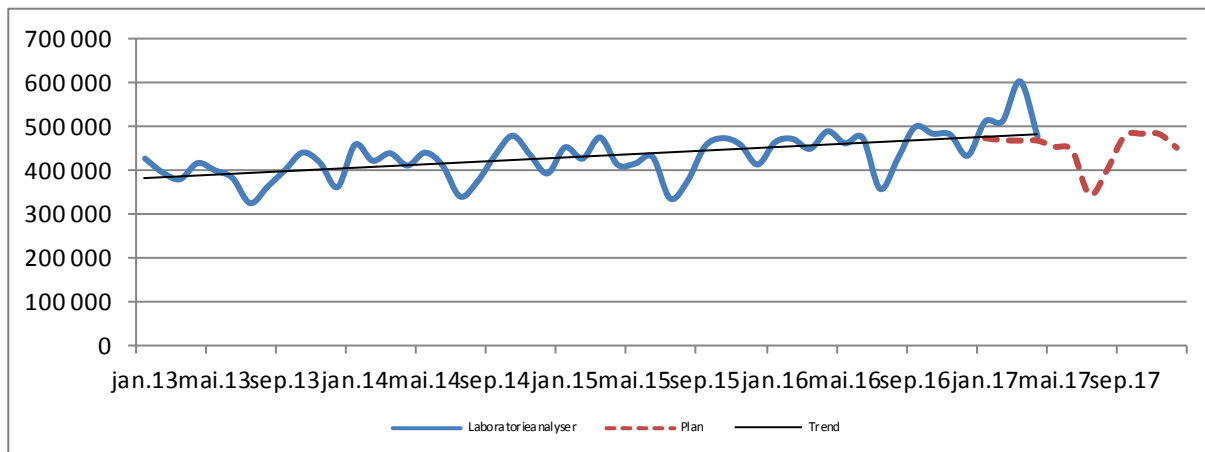
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



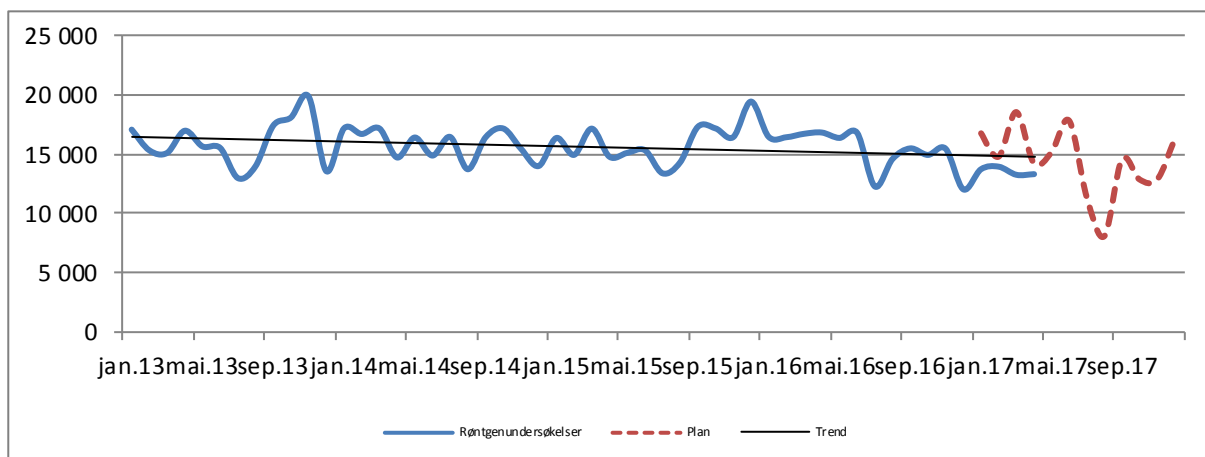
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

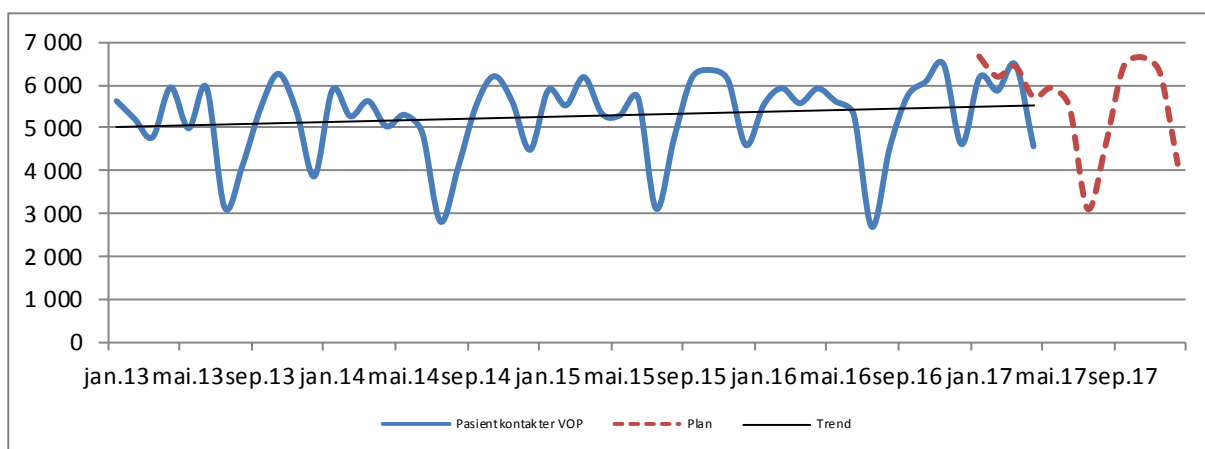


Figur 19 Røntgenundersøkelser



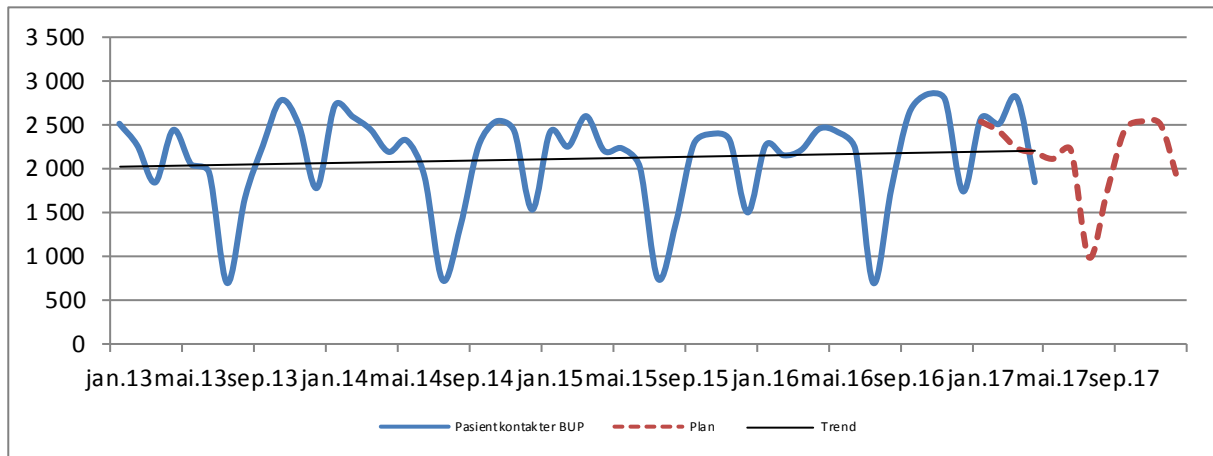
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



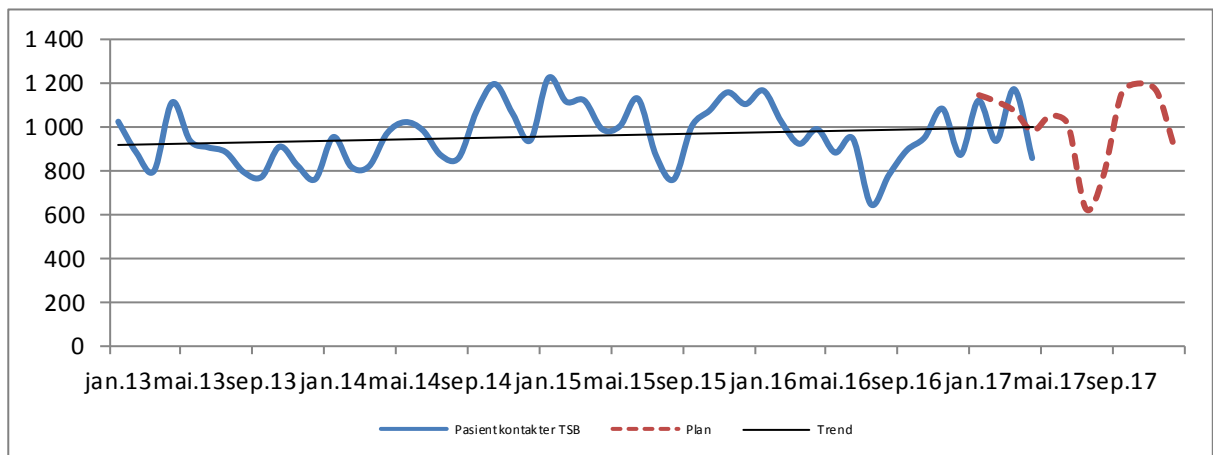
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

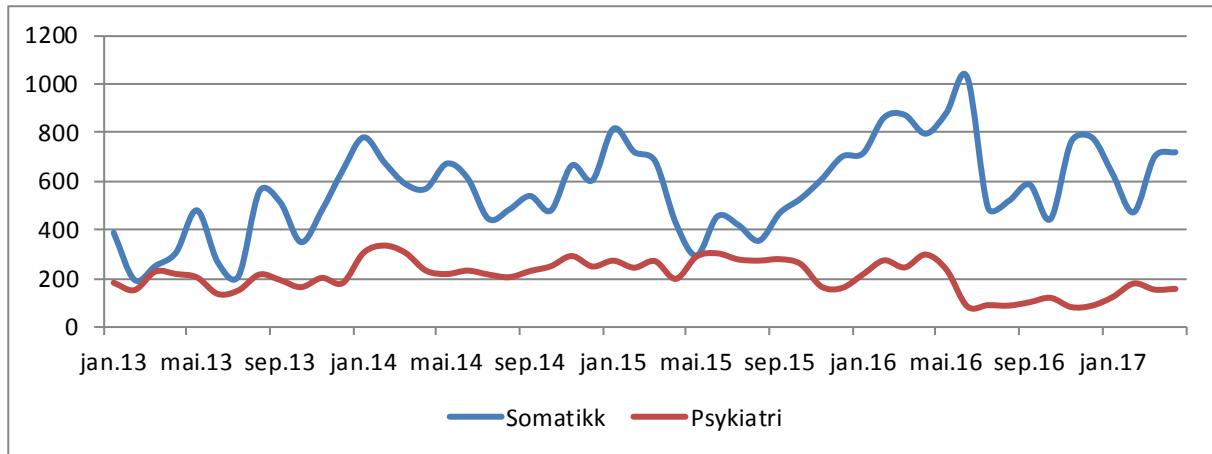


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 23 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

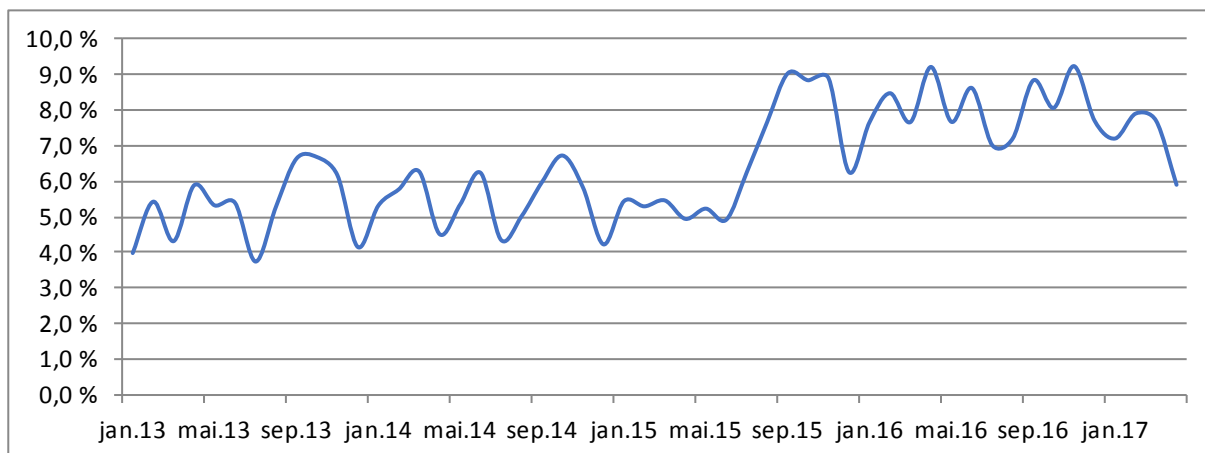


Tabell 12 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

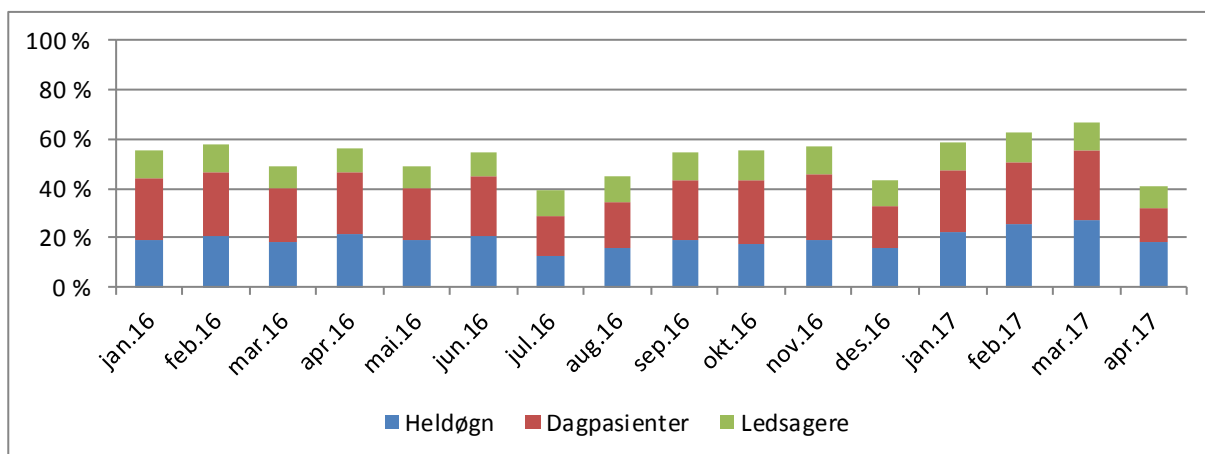
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-april	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-april	Antall opphold jan-april	Utskrivningsklare døgn jan-april pr 1000 innbyggere
IBESTAD	31	7	24	22
TJELDSUND	28	4	24	22
KARLSØY	46	42	5	20
SKÅNLAND	60	14	49	20
HARSTAD	446	169	293	18
LØDINGEN	36	6	30	17
TROMSØ	1 175	1 030	182	16
STORFJORD	27	25	2	14
SALANGEN	30	17	13	14
GRATANGEN	15	4	11	13
NARVIK	226	115	115	12
EVENES	16	1	15	12
KVÆFJORD	35	3	32	11
LAVANGEN	11	1	10	11
BALSFJORD	53	35	21	9
BALLANGEN	21	7	14	8
NORDREISA	30	24	7	6
LYNGEN	17	9	8	6
BERG	4	0	4	4
MÅLSELV	26	8	18	4
TYSFJORD	7	1	6	4
DYRØY	4	1	3	3
TORSKEN	3	1	2	3
SKJERVØY	8	5	3	3
BARDU	11	2	9	3
LENVIK	29	7	23	3
TRANØY	3	1	2	2
KÅFJORD	4	2	2	2
SØRREISA	5	1	4	1
Sum	2 407	1 542	931	13

Bruk av pasienthotell

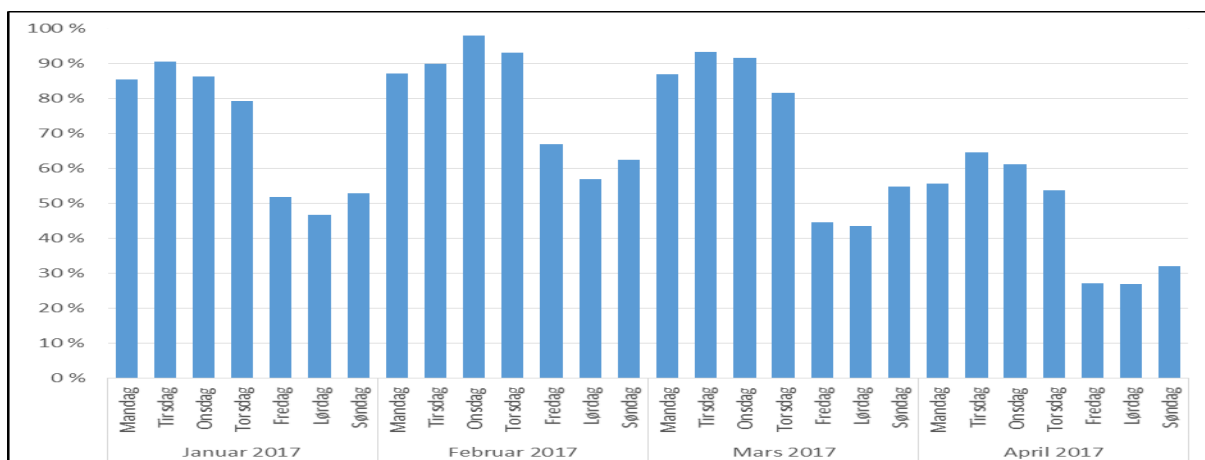
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



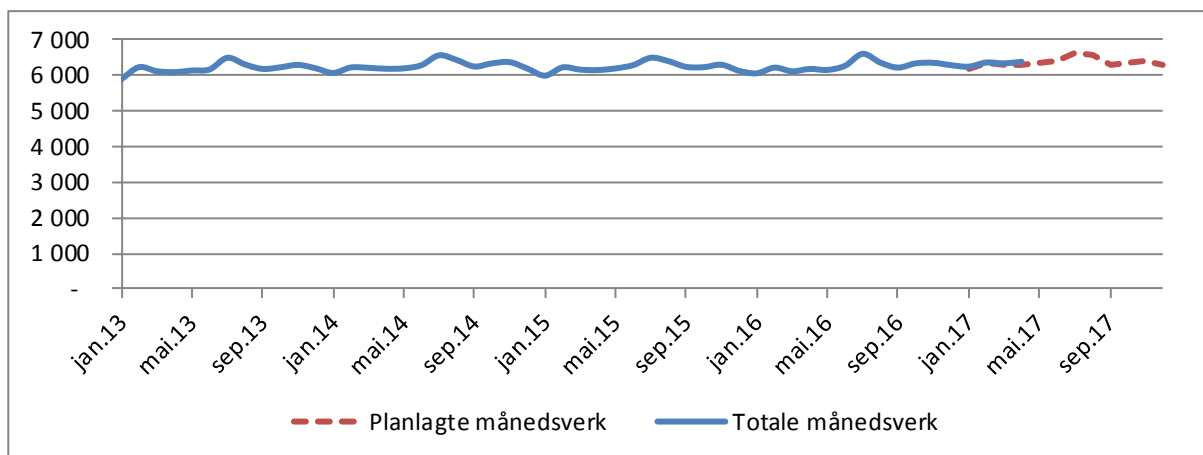
Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

Figur 27 Brutto utbetalte månedssverk 2013-2017



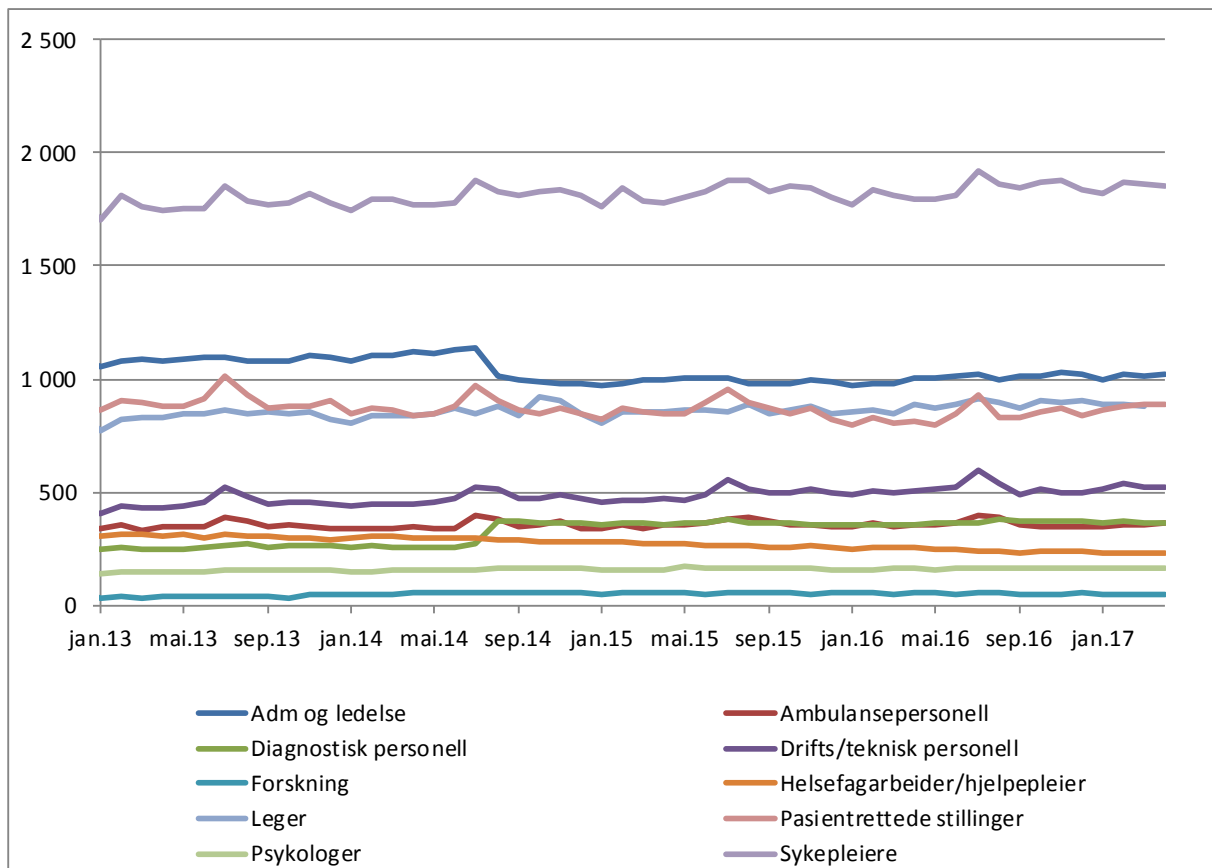
Tabell 13 Brutto utbetalte månedssverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 241	6 207	34
Februar	6 220	6 213	6 357	6 351	6
Mars	6 156	6 112	6 333	6 315	18
April	6 146	6 176	6 379	6 316	63
Mai	6 191	6 149		6 348	
Juni	6 284	6 266		6 409	
Juli	6 491	6 601		6 667	
August	6 393	6 353		6 581	
September	6 234	6 214		6 308	
Oktober	6 226	6 333		6 353	
November	6 293	6 349		6 421	
Desember	6 123	6 282		6 283	
Snitt hittil i år	6 128	6 139	6 327	6 297	30

Tabell 14 Plantall månedsverk og faktiske månedsverk 2017

Månedsverk per april	Plantall månedsverk	Faktisk månedsverk	Avvik faktisk mot plan
10 - Akuttmedisinsk klinikk	497	510	13
11 - Longyearbyen sykehus	28	23	-5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	626	633	7
13 - Hjerte- lungeklinikken	359	365	7
15 - Medisinsk klinikk	564	572	9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	386	385	-1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	626	621	-5
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	766	757	-9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	948	955	7
30 - Diagnostisk klinikk	585	593	8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	57	51	-5
45 - Drifts- og eiendomssenter	399	392	-7
52 - Stabsenteret	176	177	1
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	171	181	10
62 - Felles	107	107	-
70 - Byggeprosjekter	6	6	-
SUM	6 298	6 328	30

Figur 28 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 15 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	988	985	1 012	28
Ambulansepersonell	346	354	355	1
Diagnostisk personell	360	355	366	11
Drifts/teknisk personell	464	498	525	26
Forskning	52	51	48	-3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	276	254	231	-22
Leger	843	864	896	32
Pasientrettede stillinger	849	814	879	65
Psykologer	156	158	164	6
Sykepleiere	1 793	1 805	1 851	45
Snitt hittil i år	6 128	6 139	6 327	189

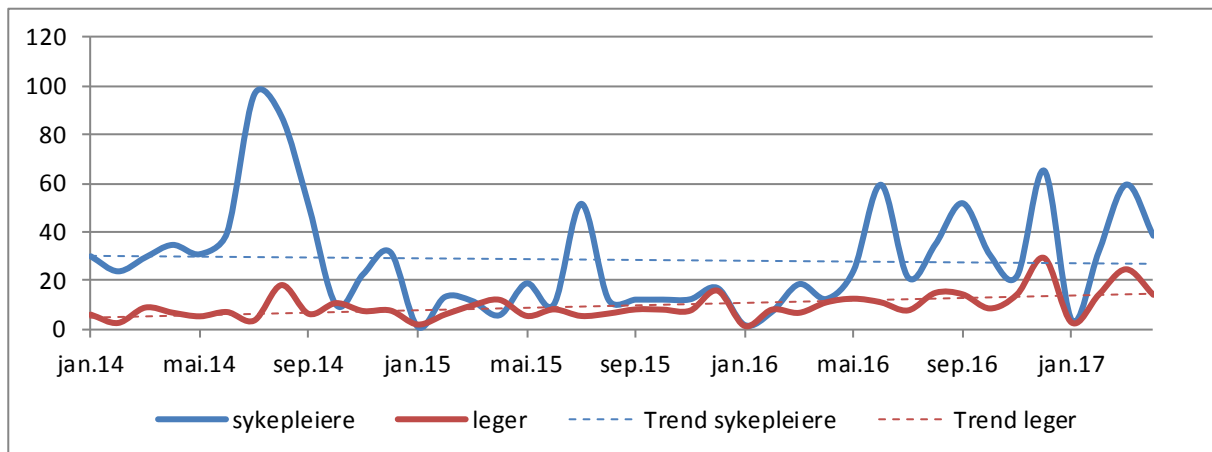
Tabell 16 Endring månedsverk fordelt på profesjon og klinikk 2016-2017

Profesjon/Klinikk	Akutt	K3K	HLK	MK	BUK	OPIN	NOR	PHRK	DK	DES	Stab	Kvalut	Øvrige	Sum endring
01. Adm. og ledere	-1	4	-1	5	13	4	6	-9	-14	-1	1	8	13	28
02. Pasientrettede stillinger	3	8	6	5	21	3	9	9	1	1	-1	1	0	65
03. Leger	-1	13	9	-2	5	3	1	1	6			-	-3	32
04. Psykologer	-	-	-1	1	24	0	-0	-20	0				1	6
05. Sykepleiere	-3	10	8	3	8	6	-9	16	-1			1	6	45
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	-1	-4	-3	-10	-1	3	0	-6	7	-0			-8	-22
07. Diagnostisk personell	-	3		2	-0	-2	-		16			-1	-7	11
09. Drifts/teknisk personell	2	2	-0	1	-1	-	1	3	-0	5		1	13	26
10. Ambulansepersonell	1	-	1	-	-0	-	-						-1	1
11. Forskning	-	-		-1	1	-	-0	1				-0	-3	-3
SUM Endring	-1	37	20	4	70	17	7	-5	16	5	-	10	11	189

BUK: Økning gjelder overføring av barne-og ungdomspsykiatri fra PHRK

PHRK: Reduksjon ifm overføring av barne-og ungdomspsykiatri til BUK, økning Medikamentfritt tilbud, samt høy aktivitet akuttpostene og sikkerhetspsykiatri.

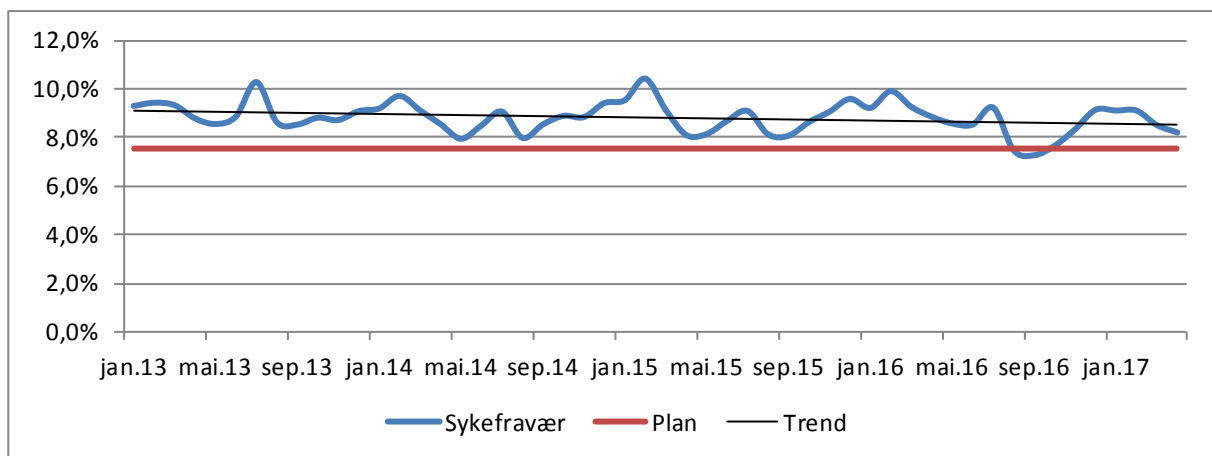
K3K/NOR: 17,5 månedsverk overført fra NOR til K3K ifm overføring plastikkirurgisk seksjon.

Figur 29 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i april 2017 er på 8,2 %. Samme måned i 2016 var sykefraværet 8,8%. Dette er en reduksjon på 0,6 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger stabilt på 2,5 %, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,1% med en økning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,5 % og viser en reduksjon på 1,3 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i april 260 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 30 Sykefravær 2013-2017

Tabell 17 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og april 2017

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær april 2017
Akuttmedisinsk klinikk	8,9	8,2
Longyearbyen sykehus	4,7	5,3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,1	7,0
Hjerte og lungeklinikken	7,0	6,7
Medisinsk klinikk	8,3	8,3
Barne- og ungdomsklinikken	8,5	7,9
Operasjons- og intensivklinikken	9,1	7,7
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,8	8,2
Psykisk helse- og rusklinikken	10,9	11,2
Diagnostisk klinikk	8,3	8,7
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	4,1	3,8
Drift og eiendomsenteret	9,2	9,0
Stabssenteret	5,5	4,9
Kvalitets- og utviklingsenteret	8,3	7,9
Turnusleger, raskere tilbake	2,3	1,2
Totalt	8,5	8,2

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i april måned vært registrert 1 egenmeldinger i HN LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

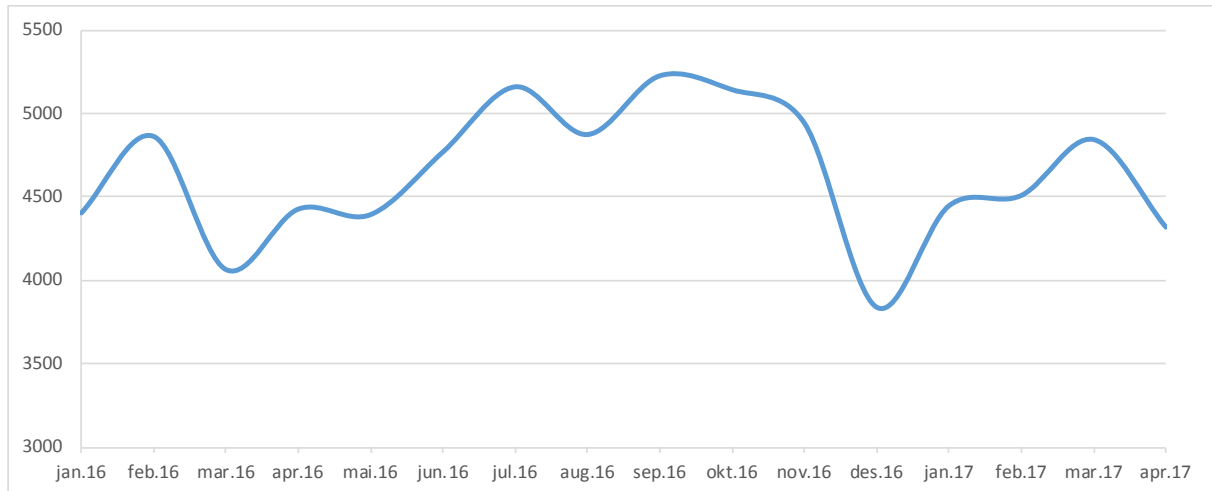
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i april 2017 vært registrert totalt 545 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 272 graderte. Det tilsvarer en andel på 49,9 % graderte sykemeldinger. Andelen er 7,7 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (57,6 %).

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

AML-brudd

Figur 31 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 18 AML-brudd per klinikk

Klinikk	1.tertial 2016	1.tertial 2017	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	2744	2549	-7 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	899	1084	21 %
Hjerte og lungeklinikken	1274	1318	3 %
Medisinsk klinikk	765	628	-18 %
Barne- og ungdomsklinikken	297	465	57 %
Operasjons- og intensivklinikken	2112	1709	-19 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1146	1272	11 %
Psykisk helse- og rusklinikken	594	1240	109 %
Diagnostisk klinikk	553	710	28 %
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	0	4	
Drift og eiendomssenteret	343	392	14 %
Stabssenteret	53	49	-8 %
Kvalitets- og utviklingscenteret	35	30	-14 %
Totalt	10815	11450	6 %

Kategoriene katastrofe og utrykning utgjør 8,3 % av årsakene til brudd på arbeidstidsbestemmelsene hittil i år. Kategoriene annet og tom (ingen registrering) utgjør 47 % av årsakene.

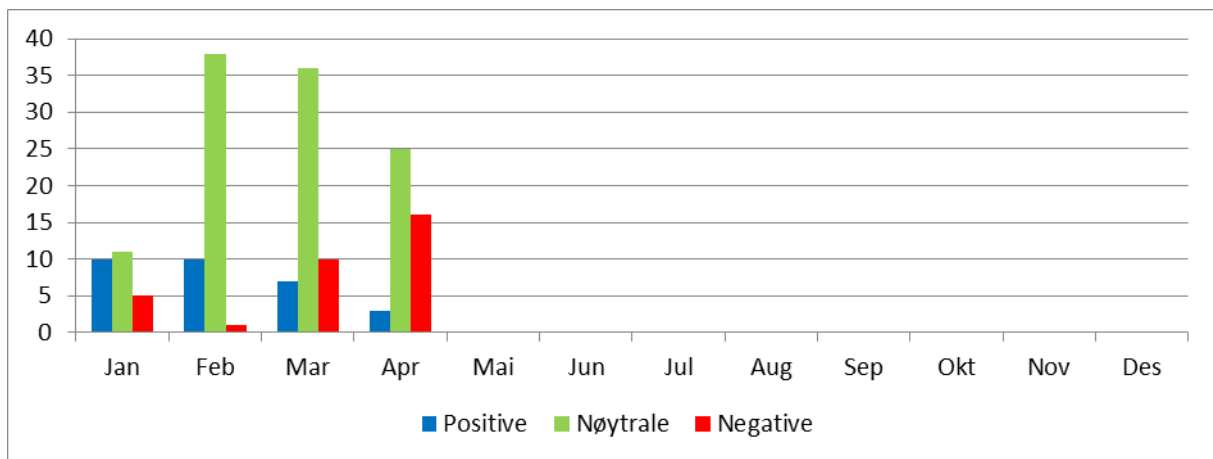
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I april handler en stor andel av medieoppslagene om et traumemottak ved UNN Tromsø i 2013 hvor en pasient døde. Fremover omtaler Nasjonal helse- og sykehusplan og helseministerens beslutning om akuttkirurgisk beredskap ved UNN Narvik med mange ulike vinklinger og intervjuer.

I forbindelse med en scooterulykke på Svalbard i mars, er saken om ambulansejetfly stasjonert i Tromsø aktualisert igjen og tas opp av både media og nordnorske politikere. Det er overvekt av nøytrale, informative medieoppslag denne måneden.

Figur 32 Mediestatistikk 2017

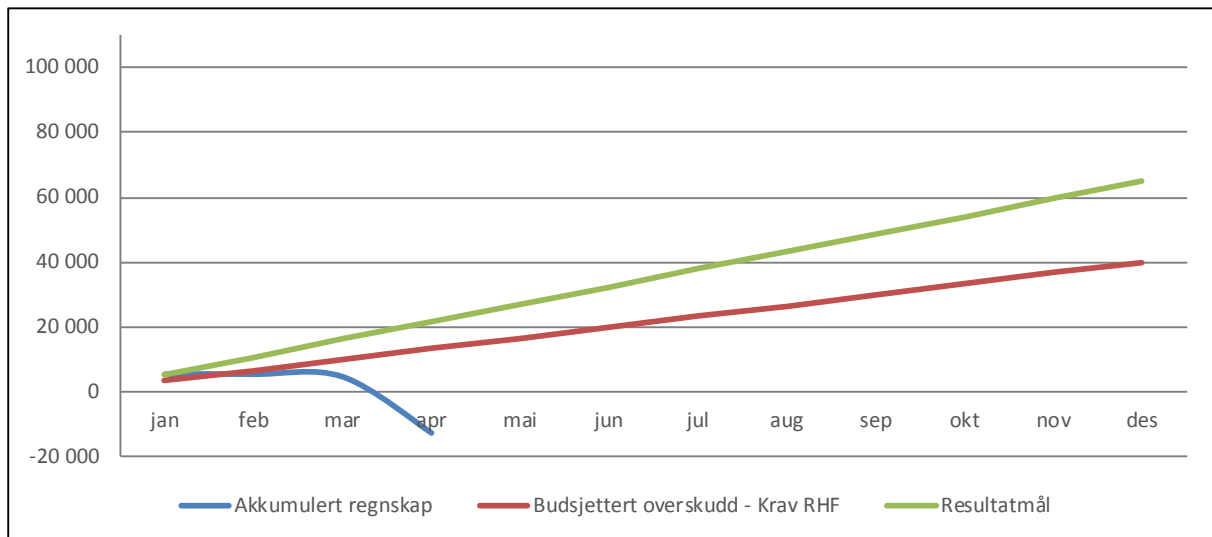


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 33 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



For 2017 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg styres det etter et ytterligere overskudd på 25 mill kr, slik at styringsmålet for 2017 er et overskudd på til sammen 65 mill kr (5,4 mill kr per måned og 2,1 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for april viser et regnskapsmessig resultat på -17,3 mill kr. Det er 22,7 mill kr lavere enn resultatmålet og 20,7 mill kr lavere enn budsjett. Akkumulert per april viser regnskapet 12,6 mill kr i underskudd, 26,0 mill kr lavere enn budsjett og 34,3 mill kr lavere enn internt styringsmål.

Tabell 19 Resultatregnskap april 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April				Akkumulert per April			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	406,8	406,8	0,0	0 %	1 534,6	1 534,6	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	9,2	9,2	0,0	0 %
ISF egne pasienter	117,5	123,6	-6,2	-5 %	518,8	515,4	3,4	1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,6	-0,6	-11 %	27,2	28,8	-1,6	-6 %
Gjestepasientinntekter	1,6	3,0	-1,4	-47 %	7,9	11,8	-3,9	-33 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,0	14,7	2,3	16 %	72,8	59,4	13,4	23 %
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,7	51 %	6,1	6,1	-0,1	-1 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	3 %	8,7	8,8	-0,1	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	21,3	24,3	-3,1	-13 %	90,0	91,6	-1,6	-2 %
Andre driftsinntekter	27,3	31,9	-4,6	-14 %	130,8	135,9	-5,0	-4 %
Sum driftsinntekter	602,9	615,7	-12,8	-2 %	2 406,2	2 401,8	4,4	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,1	15,2	0,9	6 %	68,5	60,5	8,0	13 %
Kjøp av private helsetjenester	6,4	7,0	-0,6	-9 %	20,6	24,2	-3,6	-15 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	55,0	55,0	0,0	0 %	233,3	247,3	-14,1	-6 %
Innleid arbeidskraft	5,4	2,3	3,0	130 %	20,4	5,4	15,0	275 %
Lønn til fast ansatte	337,5	341,2	-3,8	-1 %	1 292,0	1 302,0	-10,0	-1 %
Overtid og ekstrahjelp	26,3	21,7	4,6	21 %	98,8	85,1	13,6	16 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,0	59,3	-0,3	-1 %	238,9	239,3	-0,4	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,9	-22,1	0,3	-1 %	-84,3	-89,3	5,0	-6 %
Annen lønnskostnad	29,8	27,9	1,9	7 %	114,4	107,4	7,0	6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	377,0	371,0	6,0	2 %	1 441,3	1 410,7	30,6	2 %
Avskrivninger	17,2	17,2	0,0	0 %	71,5	71,3	0,1	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	90,2	88,9	1,4	2 %	349,5	340,1	9,4	3 %
Sum driftskostnader	621,0	613,6	7,3	1 %	2 423,5	2 393,4	30,1	1 %
Driftsresultat	-18,1	2,1	-20,1	-967 %	-17,3	8,3	-25,7	-308 %
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5		4,9	5,0	-0,1	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Finansresultat	0,7	1,3	-0,5		4,7	5,0	-0,3	
Ordinært resultat	-17,3	3,3	-20,7	-627 %	-12,6	13,3	-26,0	-195 %

Tabell 20 Resultatregnskap april 2017, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per April ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	406,8	406,8	0,0	1 534,6	1 534,6	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	9,2	9,2	0,0
ISF egne pasienter	117,5	123,6	-6,2	518,8	515,4	3,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,6	-0,6	27,2	28,8	-1,6
Gjestepasientinntekter	1,6	3,0	-1,4	7,9	11,8	-3,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,0	14,7	2,3	72,8	59,4	13,4
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,7	6,1	6,1	-0,1
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	8,7	8,8	-0,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	27,3	31,9	-4,6	130,8	135,9	-5,0
Sum driftsinntekter	581,6	591,4	-9,8	2 316,2	2 310,2	6,0
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,1	15,2	0,9	68,5	60,5	8,0
Kjøp av private helsetjenester	6,4	7,0	-0,6	20,5	24,1	-3,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	54,2	54,1	0,2	229,8	243,8	-14,0
Innleid arbeidskraft	5,4	2,3	3,0	20,4	5,4	15,0
Lønn til fast ansatte	326,4	328,7	-2,2	1 245,5	1 254,6	-9,1
Overtid og ekstrahjelp	23,8	18,9	4,9	88,3	74,5	13,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,3	56,2	0,1	227,5	227,7	-0,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,1	-21,3	0,2	-81,0	-86,0	4,9
Annen lønnskostnad	28,4	26,2	2,1	108,3	101,2	7,1
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	362,9	354,8	8,0	1 381,4	1 349,8	31,7
Avskrivninger	17,2	17,2	0,0	71,5	71,3	0,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	86,6	84,8	1,9	334,4	324,7	9,7
Sum driftskostnader	599,7	589,3	10,3	2 333,5	2 301,8	31,7
Driftsresultat	-18,1	2,1	-20,1	-17,3	8,3	-25,7
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5	4,9	5,0	-0,1
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	0,7	1,3	-0,5	4,7	5,0	-0,3
Ordinært resultat	-17,3	3,3	-20,7	-12,6	13,3	-26,0

Tabell 21 Funksjonsregnskap

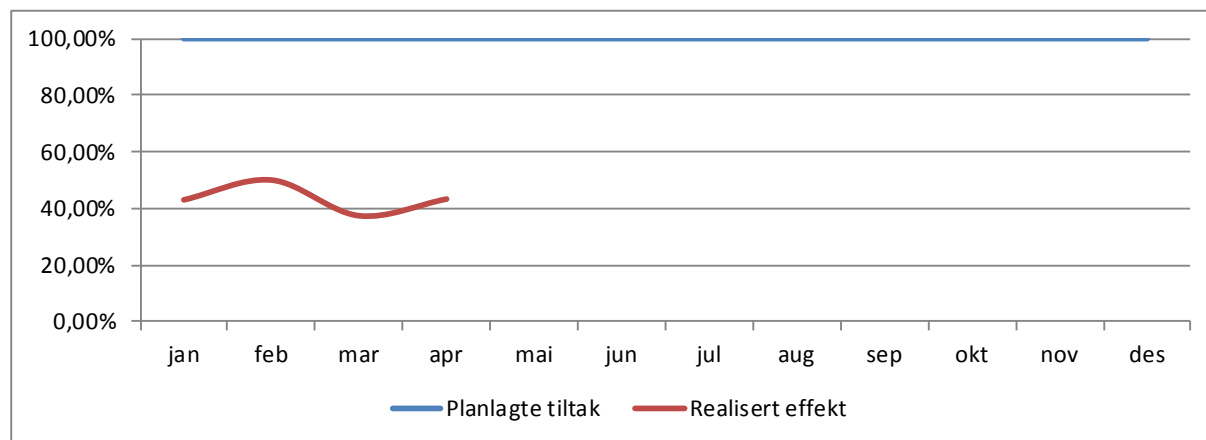
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201704								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	361,9	356,5	1 438,5	1 397,3	1 387,5	9,8	-2,86 %	4 180
Somatikk, (re-hab)	24,6	26,0	102,5	98,3	102,7	(4,4)	-4,1 %	308
Lab/rtg	75,6	74,4	323,2	302,1	293,4	8,7	-6,5 %	873
Somatikk inkl lab/rtg	462,1	456,8	1 864,2	1 797,8	1 783,6	14,2	-3,6 %	5 362
VOP, sykehus og annen beh	34,4	34,0	130,1	135,5	133,8	1,7	4,2 %	400
VOP, DPS og annen beh	31,8	32,4	126,7	123,9	128,4	(4,5)	-2,2 %	380
BUP	16,9	17,5	61,6	65,6	67,6	(2,0)	6,4 %	199
Psykisk helse	83,0	83,9	318,3	325,0	329,8	(4,8)	2,1 %	979
RUS, behandling	21,4	19,4	89,6	80,3	78,3	2,0	-10,4 %	235
Rusomsorg	21,4	19,4	89,6	80,3	78,3	2,0	-10,4 %	235
Ambulanse	37,3	37,1	150,6	142,9	141,0	1,9	-5,1 %	428
Pasienttransport	16,1	16,9	75,4	72,7	71,3	1,4	-3,6 %	214
Prehospitale tjenester	53,4	54,0	226,0	215,6	212,2	3,4	-4,6 %	642
Administrasjon (skal være 0 på	-	(2,0)	0,0	-	(16,6)	16,6	0,0 %	(58)
Personalboliger, barnehager	0,9	1,5	5,7	4,6	6,1	(1,5)	-18,5 %	18
Personal	0,9	(0,5)	5,7	4,6	(10,4)	15,0	-18,5 %	(40)
Sum driftskostnader	620,9	613,6	2 503,8	2 423,2	2 393,4	29,8	-3,2 %	7 177

Tabell 22 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per april - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,8	35,2	-1,6	0,0	131,4	126,9	-4,5	0,2
11 - Longyearbyen sykehus	3,2	2,6	-0,6	0,0	9,8	9,0	-0,8	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,5	16,7	-7,8	-6,1	68,0	51,9	-16,1	-12,0
13 - Hjerte- lungeklinikken	18,9	14,5	-4,4	-1,9	52,2	46,9	-5,3	2,3
15 - Medisinsk klinikk	22,9	23,2	0,3	0,5	77,0	78,5	1,5	5,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,4	20,7	-0,7	0,8	74,3	76,3	2,1	0,8
18 - Operasjons- og intensivklinikken	60,3	59,5	-0,8	0,0	230,6	224,7	-5,9	-0,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	34,1	33,8	-0,3	-1,6	105,8	100,7	-5,1	-6,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	66,5	62,6	-3,9	-0,9	243,5	235,6	-7,9	-3,5
30 - Diagnostisk klinikk	50,6	47,6	-3,0	0,0	186,3	184,1	-2,2	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,9	0,6	-1,3	0,0	2,0	0,9	-1,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	48,1	46,2	-1,9	0,0	168,5	169,3	0,8	0,0
52 - Stabsenteret	16,1	14,5	-1,6	0,0	56,9	56,1	-0,8	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	11,2	11,6	0,3	0,0	42,2	44,0	1,8	0,0
62 - Felles	-399,3	-392,6	6,7	2,4	-1 435,9	-1 418,3	17,5	15,1
Totalt	-17,3	3,3	-20,7	-6,8	-12,6	13,3	-26,0	1,7

Gjennomføring av tiltak

Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2017 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 66,0 mill kr. I april er det beregnet en realisert effekt på 3,4 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 43 %. Hittil i år er gjennomføringsgraden 44 %.

Tabell 23 Tiltaksgjennomføring per klinikk

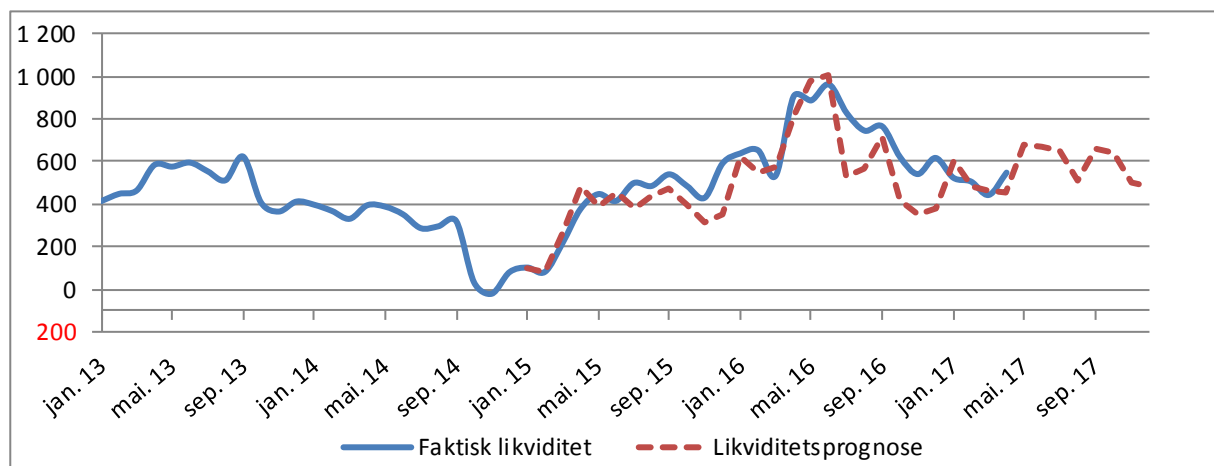
Klinikk (beløp i 1000 kr)	Realisert hittil i år	Planlagt hittil i år	Avvik hittil i år	Gjennomføringsgrad hittil i år
Akuttmedisinsk klinikk	633	633	-	100 %
Barne- og ungdomsklinikken	405	467	-62	87 %
Diagnostisk klinikk	-	1 667	-1 667	0 %
Drifts- og eiendomssenter	400	400	-	100 %
Kvalitet- og utviklingscenteret	232	233	-1	100 %
Hjerte- lungeklinikken	932	2 788	-1 856	33 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-	3 713	-3 713	0 %
Longyearbyen sykehus	33	33	-	100 %
Medisinsk klinikk	3 167	3 167	-	100 %
Nevro, - ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	3 927	9 156	-5 228	43 %
Operasjons- og intensivklinikken	247	1 276	-1 029	19 %
Psykisk helse- og rusklinikken	664	1 224	-560	54 %
Stabssenteret	394	394	-	100 %
Totalsum	11 035	25 151	-14 117	44 %

Prognose

Overskuddsprognose på felles, og intensivt arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål. En nærmere vurdering av resultatet og tiltaksgjennomføring i den enkelte klinikk er gjort i vedlegg til KVR.

Likviditet

Figur 35 Likviditet



Investeringer

Tabell 24 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelse tidligere år	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert april 2017	Sum investert 2017	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) april	disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		5,1	0,0	5,1	0,0	0,8		4,3
A-fløy inkl alle underprosjekter		-25,4	638,0	612,6	38,4	108,8		503,8
PET-senter inkl alle underprosjekter		-153,5	449,7	296,2	20,9	71,9		224,3
Nytt sykehus Narvik		-2,9	71,0	68,1	5,3	5,6		62,5
SUM Nybygg		-176,7	1 158,7	982,0	64,6	187,1	0,0	794,9
Åsgård Bygg 7		1,5	0,0	1,5	0,5	0,6		0,9
SUM Rehabilitering		1,5	0,0	1,5	0,5	0,6	0,0	0,9
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen		0,0	5,0	5,0	0,0	0,0		5,0
ENØK		11,0	0,0	11,0	0,1	0,1		10,9
SUM Prosjekter		11,0	5,0	16,0	0,1	0,1	0,0	15,9
Medisinteknisk utstyr	47,26	-8,6	166,5	157,9	6,0	27,1	106,7	24,0
Teknisk utstyr	6,11	6,5	12,0	18,5	0,1	1,5	8,6	8,4
Annet utstyr disponert av MTU-midler	0,00			0,0	1,2	8,9		-8,9
Diverse			33,5	33,5	0,0		33,5	0,0
Ombygginger	0,00	13,4	10,0	23,4	0,2	0,6		22,8
Ambulanser	0,00		12,0	12,0	1,7	1,7	10,3	0,0
EK KLP	0,00		28,0	28,0	0,0	0,0	28,0	0,0
Utgående forpliktelser							-60,0	60,0
SUM Utstyr med mer	53,4	11,3	262,0	273,3	9,3	39,9	127,1	106,3
SUM total	53,4	-152,9	1 425,7	1 272,8	74,4	227,7	127,1	918,0

Byggeprosjekter

Tabell 25 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=20	H=0
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Klinisk drift	24.01.2018	02.03.2018
Fremdrift	Ingen avvik	6 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,1 mill kr	296,2 mill kr
Sum investert hittil 2017	108,8 mill kr	71,9 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1109,0 mill kr	315,8 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0

Gylne regel

Tabell 26 Gyldne regel

Gylne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	1,0 %
BUP	6,4 %
RUS	-10,4 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	7,5 %
BUP	12,9 %
RUS	-6,0 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	0,1 %
BUP	7,0 %
RUS	-0,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsverk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	3,3 %
BUP	15,6 %
RUS	6,0 %
Somatikk	3,3 %

Vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapport pr april. Økonomisk resultat pr april, tiltak og prognose 2017

Tabell 1. Klinikkviss oppsummering (pr april)

Klinikk	Avvik regnskap hittil i år	Avvik ISF hittil i år	Tiltaksgjennomføring %	Årsprognose	Behov for nye tiltak	Iverksatte tiltak	Endring månedsverk 17-16	Avvik månedsverk mot plan
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-4,5	0,2	100 %	-5-10	ja	Nei	-1	13
11 - Longyearbyen sykehus	-0,8	0,0	100 %	0	Nei		0	-5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-16,1	-12,0	0 %	-5-10	ja	Ja, men ikke nok	37	7
13 - Hjerte- lungeklinikken	-5,3	2,3	33 %	-5	ja	Ja, men ikke nok	20	7
15 - Medisinsk klinikk	1,5	5,0	100 %	0	Nei		4	9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2,1	0,8	87 %	0	Nei		70	-1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-5,9	-0,2	19 %	-20	ja	Nei	17	-5
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-5,1	-6,1	43 %	-5-10	ja	Ja, men ikke nok	7	-9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-7,9	-3,5	54 %	-10	ja	Ja	-3	7
30 - Diagnostisk klinikk	-2,2	0,0	0 %	-5	ja	Ja, men ikke nok	16	8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-1,0	0,0	Ikke tiltak for 2017	0	Nei		-0	-5
45 - Drifts- og eiendomssenter	0,8	0,0	100 %	0	Nei		5	-7
52 - Stabsenteret	-0,8	0,0	100 %	0	Nei		-1	1
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	1,8	0,0	100 %	0	Nei		6	10
SUM klinikker og sentre	-26,0	1,7	44 %	-55-70			189	30

Tabell 2. Endring aktivitet 2017-2016 (pr april)

Klinikk (endring viser 2017 vs 2016)	Endring aktivitet poliklinikk	Endring poliklinikk	Endring postopphold (inn på post) ekskl. Hotell	Endring postopphold (inn på post) ekskl. Hotell	Endring liggedøgn (eksl. Hotell)	Endring liggedøgn (eksl. Hotell)	Endring antall operasjoner	Endring antall operasjoner	Endring lab	Endring lab	Endring røntgen	Endring røntgen
10 - Akuttmedisinsk klinikk	296	27,9%	334	7,3%	111	6,6%	-	-	-	-	0	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 214	5,7%	-219	-4,6%	-45	-0,3%	-29	-0,6%	-	-	0	0
13 - Hjerte- lungeklinikken	-449	-11,3%	459	11,7%	-20	-0,2%	4	0,6%	-	-	0	0
15 - Medisinsk klinikk	606	5,6%	90	1,7%	45	0,3%	25	42,4%	11 996	6,0%	0	0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1 348	11,0%	89	10,2%	582	19,8%	9	10,7%	-15 735	-72,4%	0	0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-271	-8,5%	40	0,6%	309	11,9%	161	17,9%	-	-	0	0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-1 562	-3,3%	-157	-5,4%	-1 162	-10,1%	-11	-0,2%	-	-	0	0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-133	-0,6%	33	2,1%	1 222	5,9%	-	-	-	-	0	0
30 - Diagnostisk klinikk									233 795	14,1%	-4 381	-7,6%
	1 049	0,9%	669	2,2%	1 042	1,4%	159	1,4%	-230 056	12,3%	-4 381	-7,6%

10 - Akuttmedisinsk klinikk (Akutt)

Underskuddet på Akuttmedisinsk klinikk gjelder variable personalkostnader i ambulansetjenesten og i akuttmottak- og observasjonspostavdelingen. Per april er det brukt 13 månedsværk over budsjett, som er på samme nivå som i fjor. Overforbruket i antall månedsværk gjelder i hovedsak variable månedsværk, og henger sammen med overskridelsene på de variable personalkostnadene. Årsaken er sammensatt, men beredskapssituasjonen gjør at alle fravær må dekkes inn en til en, ofte kombinert med små forhold og mangel på personell. For begge avdelingene er budsjettavviket redusert per 1. tertial sammenlignet med samme periode i fjor. Overforbruket på personalkostnadene er en vedvarende utfordring som klinikken ikke har noen løsning på. Årsprognosen til klinikken er et negativt avvik på 5-10 mill kr, selv om klinikken kontinuerlig jobber med å holde variabel lønn til et minimum. Inngangshastigheten er for høy og klinikken har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

12 - Kreft, kirurgi- og kvinneklinikken (K3K)

I 2017 har K3K har budsjettet med 23,5 mill kr i økte ISF inntekter gjennom forbedret kodekvalitet og økt aktivitet innen kreftbehandling. Forbedret kodekvalitet er ikke innfridd per april, indeksen er lavere enn samme periode i fjor. Samlet aktivitet i klinikken er redusert for heldøgn, dag og dagkirurgi, kreftavdelingen har økning i antall heldøgn som forventet. Noe av årsaken til redusert aktivitet skyldes mindre operasjonskapasitet, blant annet i Harstad. Det er en økning i polikliniske konsultasjoner, men overføring av plastikkirurgisk seksjon utgjør 80 % av økningen. Kostnadene til bemanning øker jevnt over på flere seksjoner. Månedsværk har økt fra samme periode i fjor for leger, sykepleiere og kontor. 17,5 månedsværk av økningen i månedsværk skyldes at K3K overtok plastikkirurgisk seksjon, budsjett ble overført for disse. K3K har flere stillinger som de ikke har budsjett for pt. Noen av disse knytter seg til NOR klinikkens aktivitet og det forventes en overføring av midler til disse.

Variabel lønn har også økt ved flere enheter som en konsekvens av oppsigelse av avtale for primærvaktsjiktet, sykefravær og dårlig tilgang på vikarer innenfor enkelte fagfelt. Klinikken har brukt mer enn planlagt på utstyr da det har vært særdeles mange kassasjoner de første fire månedene av 2017. Klinikken har besluttet innkjøpsstopp for å holde kostnadene nede.

Hovedtiltaket for 2017 var kodefrembedring som ville gi økte ISF inntekter. Dette har klinikken 0 % innfrielse på dette tiltaket pr april. Det er iverksatt to aktiviteter for å bedre kodekvaliteten:

1. I ei avdeling i klinikken er koding gjennomgått og rettet opp av en dedikert legeressurs. Dette er gjort innen fristen for stenging av 1. tertial og de økte inntektene vil komme i regnskapet for mai. Klinikken har iverksatt samme arbeid i de øvrige avdelingene.
2. Klinikken har fått i oppdrag å utføre en pilot på ei avdeling der merkantilt personell gjennomgår og retter opp evt feilkoding fortløpende. Resultat av piloten vil presenteres i styremøte før sommeren.

Med disse tiltakene er det forventet at ISF-inntektene vil øke til budsjettet nivå for 2017.

I tillegg har klinikken innført streng vurdering for ansettelser, innkjøp og reiser for å redusere kostnadsnivået fremover. Klinikken har etablert en forbedringsgruppe som har fått i oppdrag å jobbe på tvers av avdelingene i klinikken for å sørge for at forbedringsarbeid som gjøres i en avdeling eller seksjon kan adopteres og iverksettes i hele klinikken.

Tiltaksarbeidet vil i løpet av året redusere underskuddet pr april, men det trengs ytterligere tiltak for 5-10 mill kr for å bringe klinikken i balanse for 2017. Klinikken har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

13 - Hjerne- og lungeklinikken (HLK)

Hovedutfordringen til Hjerne- og lungeklinikken er på lønn. Hjertemedisinsk avdeling benytter to overleger ut over budsjett, dette på toppen av de tre overlegestillingene avdelingen har fått tilført i 2016 og 2017. Klinikken har ikke funnet rom i eget budsjett for å budsjettere opp dette. Videre har avdelingen en stor utfordring med rekruttering av spesialsykepleiere til MIHO. Mangelen på personell genererer høye kostnader både til overtid på eget personell samt innleie av sykepleiere fra byrå.

Oppsigelse av avtale for leger i primærvaktsjiktet genererer kostnad til vakansvakter. Frem til avtale er kommet i orden vil det påløpe ytterligere kostnader til vakansvakter. En ny avtale vil mest sannsynlig generere høyere kostnader til fast lønn for klinikken da det er behov for flere leger inn i dette vaktsettet.

Immunterapi av lungekreftpasienter startet opp i sluttet av 2016. Det er foreløpig ikke avklart hvordan dette skal finansieres. Per i dag genererer denne behandlingen kun økte kostnader til medikamenter (per april utgjør det 1,5 mill kr). Ved overgangen til 2018 vil det også være behov for økt bemanning både til lege og sykepleiere for å behandle denne pasientgruppen. ISF-inntektene er per april høyere enn plan. Dette er i hovedsak knyttet til høyere aktivitet på TAVI, coronar angiografi og PCI enn plan. Økt ISF- inntekt finansierer foreløpig varekostnadene til den økte aktiviteten. HLK har en nedgang i aktivitet poliklinikk på 11% og er knyttet til en ekstraordinær aktivitet på Karlab i 2016. Økning i postopphold 2017 på 12% er i hovedsak knyttet til økt aktivitet PCI.

HLK har per april en måloppnåelse for tiltak 2017 på 33%. Det er utviklet kompenserende tiltak for klinikken som er beregnet å få effekt fra juni 2017. Ved full måloppnåelse av tiltak er prognose for HLK 2017 beregnet til -5 mill kr, og har fått i oppdrag å identifisere og utvikle ytterligere nye tiltak i tråd med underskuddsprognosen. Klinikkenes tiltak (16 tiltak) innebærer redusert reisevirksomhet, redusere utstyrsanskaffelser, reduksjon av variabel lønn/vakansvakter samt kodeforbedring.

15 - Medisinsk klinikk (MK)

Polikliniske konsultasjoner har en økning i forhold til i fjor. Dette skyldes i all hovedsak planlagt økt aktivitet på PSHT (pasientsentrert helsetjeneste team, +425 konsultasjoner) og at det har vært kjørt kveldspoliklinikk på gastrolab (+140 konsultasjoner) for å ta unna ventelister/unngå fristbrudd. Postopphold øker, dette kan forklares med at det er opprettet to nye senger i Harstad (+51 postopphold) og økt antall opphold på Geriatrik sengepost (+92 postopphold) og Infeksjon sengepost (+68 postopphold). Økningen på disse reduseres noe av en nedgang i Dialyse (-109 postopphold). Nedgangen er spesielt stor i Harstad.

Økningen i antall laboratorieanalyser er innenfor plan. Økte analyser skjer uten endring i bemanning (oppgradering av utstyr som gjør at man kan kjøre flere analyser). Månedsverk øker i år i forhold til i fjor. Dette er en planlagt økning i Harstad. Det ble tilført budsjett for økning av både leger, sykepleiere og kontorpersonell.

Selv om klinikken ikke har underskudd per april er det utfordringer som det jobbes med. Høye ISF inntekter dekker opp for økte kostnader til dyre medikamenter (i all hovedsak biologiske medikamenter til kreftbehandling). Det ble tilført noe ekstra budsjett for dette i 2017, men økningen er større. I tillegg er det utfordringer i forhold til tyngre og mer pleietrengende pasienter. Disse krever ofte fastvakt, noe som fører til økte kostnader på fastvakt og overtid. Sommeravviklingen kan bli dyrere enn planlagt pga utfordringen med utskrivningsklare pasienter. Klinikken har planlagt med færre utskrivningsklare pasienter i lavdriftsperioden i år i forhold til i fjor, men det er stor sannsynlighet for at Tromsø kommune ikke klarer å ta unna sine pasienter. Inngangshastigheten vurderes å være i balanse.

17 - Barne- og Ungdomsklinikken (BUK)

Barne- og ungdomsklinikken har per april et overskudd på 2,1 mill kr, som primært skyldes inntektssiden, både ISF somatikk og laboratorieinntekter. Det er heftet en del usikkerhet knyttet til innføring av ISF for psykisk helsevern (poliklinikk) så det vil bli noen endringer når 1.tertial stenger. Endringer i planlagte månedsverk fra 2016 til 2017 skyldes samlokalisering av psykisk helsevern for barn og ungdom i klinikken, som tidligere tilhørte Psykisk helse- og rusklinikken. Økningen i poliklinisk aktivitet er primært lokalisert på de psykiatriske poliklinikkene i Tromsø, Harstad og Silsand, mens økningen i liggedøgnene både skyldes somatikk (nyfødt intensiv) og psykiatri. Endringene i

laboratorieanalyser skyldes endring i tellemetodikk fra 2016 til 2017. Inngangshastigheten vurderes å være i balanse.

18 – Operasjon- og intensivklinikken (Opln)

Underskuddet i Opln gjelder innleie av sykepleiere fra byrå og variabel lønn, i hovedsak på Anestesi- og operasjonsavdelingen Tromsø og Narvik, samt Intensiv- og oppvåkningsavdelingen i Tromsø. Det høye forbruket av innleie og variabel lønn har sammenheng med sykefravær, vakante stillinger og dels økt aktivitet. Totalt har klinikken i gjennomsnitt brukt 17 flere månedsverk sammenlignet med 2016, som er en litt lavere økning enn planlagt. Flere variable (dyrere) månedsverk enn planlagt er årsaken til budsjettavvik.

Antall operasjoner og intensivaktivitet er på omtrent samme nivå som i fjor. Den økte aktiviteten på oppvåkingen i Tromsø henger sammen med pågående arbeid med å etablere intermedieærhet. Antall pasienter inn på post er uendret mens liggedøgn har økt med 50 % sammenlignet med samme periode 2016.

Prognose for 2017 er vurdert utfra regnskap første kvartal, tilbakemelding på sommerfeireavviklingen og forventet aktivitet resten av året, og er beregnet til å være et negativt avvik på 20 mill kr.

Det er ikke utviklet nye tiltak som for å løse omstillingsutfordringen, direktøren godkjenner ikke tiltak som medfører aktivitetsreduksjon. Klinikken har iverksatt anskaffelsesprosess for å skaffe ekstern bistand til gjennomgang av operasjons- og anestesiavdelingen i Tromsø, og har i tillegg fått i oppdrag å utvikle så mange nye tiltak som mulig som ikke medfører aktivitetsreduksjon.

19 - Nevro,-ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

Underskuddet for klinikken er i hovedsak på ISF-inntekter og lønn. Manglende gjennomføring av planlagte tiltak og tidligere uløst omstillingsbehov er i hovedsak årsaken til underskuddet. Prognosen for året er et negativt avvik på 5-10 mill kr. Klinikken har nå utviklet og iverksatt nye og kompenserende tiltak for 2017 på 12,5 mill kr som gjelder aktivitetsøkning, kodeforbedring samt reduserte lønnskostnader, både reduksjon av stillinger og variabel lønn. Inngangshastigheten til 2018 er i balanse men med en risiko for manglende tiltaksgjennomføring. Klinikken har fått i oppdrag å utvikle ytterligere nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

Nedgangen i aktivitet er i hovedsak knyttet til overføring av plastikk til K3K og redusert kapasitet ved rehabiliteringsavdelingen, hvor det er redusert med fire senger på grunn av manglende bemanning.

22 – Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK)

Klinikkens underskudd pr april gjelder i hovedsak poliklinikinntekter, gjestepasientkostnader, kostnader LAR pasienter (legemiddelassistert rehabilitering) og innleiekostnader.

Underskuddet på Psykiatrisk avdeling gjelder flere forhold. Avdelingen har et relativt høyt sykefravær og høy aktivitet som kommer til uttrykk gjennom en gjennomsnittlig beleggspersent på 100 % i første tertial. Tilsvarende var det 90 % for samme periode i 2016. Det er totalt sett en økning i antall liggedøgn på 691 fra samme periode i fjor. Spesielt for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon er det det også en endret pasientsammensetning med mer krevende pasienter med økt oppfølgingsbehov. Innenfor

akuttpsykiatrien har det vært en spesielt krevende aktivitetsøkning, der gjennomsnittlig beleggspersent hittil i 2017 har variert mellom 99 og 124 % for de enkelte sengepostene.

Klinikken har iverksatt innskjerpet vurdering for LAR-pasienter. Tiltaket forventes å bringe kostnadene til LAR i budsjettbalanse. I tillegg har klinikken satt i gang et arbeid med å øke antall polikliniske konsultasjoner og poliklinikkinntektene forventes å være i henhold til budsjett i løpet av kort tid. For å redusere belegget på akuttpostene har klinikken innført bedre aktivitetsstyring som skal sikre at riktige pasienter legges inn, og vil resultere i færre innleggelser. Tiltaket vil redusere behov for variabel lønn og innleie. Innleie for sykepleiere er allerede avsluttet, det samme er innleid legeressurs i Midt-Troms. Med tiltakene over forventer klinikken å redusere kostnadene til budsjett. Klinikken underskuddsprognose er -10 mill kr og gjelder gjestepasientkostnader rus. I samråd med direktøren er det ikke utviklet tiltak for å håndtere dette, og avventer videre samtaler med Helse Nord RHF om problemstillingen.

30 – Diagnostisk klinikk (DK)

Diagnostisk klinikk har et negativt budsjettavvik på 2,1 mill per april. Avviket gjelder i hovedsak høyere kostnader til legebemannning enn budsjettet ved Røntgenavdelingen Tromsø, som har 5,4 mill kr høyere kostnader enn budsjettet, (inkludert kostnader (1,4 mill kr) for undersøkelser sendt til Unilabs). Avdelingen hadde redusert innleie som tiltak for 2017 (-5 mill kr). Det er foreløpig ikke oppnådd effekt av tiltaket. Tiltaket fjernes og erstattes med økte inntekter. Dette vurderes til å ha lav risiko.

Klinikken (spesielt Laboratoriemedisin) opplever en kraftig aktivitetsøkning (14,5 % sammenlignet med fjoråret ved Laboratoriemedisin). Økte inntekter (+4,4 mill) bidrar til å redusere underskuddet. For å håndtere veksten vil Laboratoriemedisin måtte ta inn ekstra bemanning midlertidig. Prognose for 2017 er satt til -5 mill, og inkluderer prognose for merforbruk på 3 mill kr for insulinpumper. Dersom kostnadene på Røntgenavdelingen ikke viser tegn til reduksjon vil prognosen måtte justeres. Inngangshastigheten er negativ, og klinikker har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende prognosen.

45 - Drift- og Eiendomssenteret (DES)

DES har per april et overskudd på 0,8 mill kr. Driften er i henhold til plan og prognosen til senteret er en drift i balanse. Alle tiltak for 2017 er iverksatt og har vist effekt fra og med 01.01.17.

Kvalitets- og utviklingssenteret og Stabsenteret

Begge sentrene har en prognose i balanse og driften er i henhold til plan.

Felles

Fellesområdet har en positiv prognose for 2017 som i hovedsak gjelder lavere avskrivninger, IKT-kostnader og forventet lavere lønnsoppgjør enn budsjettet, sentralt budsjetterte reserver og noe forsinket oppstart intermediearenhet.

Oppsummering

Den samlede prognosen for klinikkene og sentrene er på ca -55-70 mill kr for 2017 forutsatt full effekt av nye tiltak som allerede er utviklet, inkludert 10 mill kr i forventet underskudd for gjestepasientkostnader rus. Klinikken har fått i oppdrag å fortsette identifisering og utvikling av nye tiltak i tråd med egen underskuddsprognose. Det er risiko tilknyttet gjestepasientkostnader rus, nytt legemiddel (og behandling) for lungekreft, og kostnadsdekning for oppussing Åsgård etter

Sivilombudsmannens besøk. Oppussingen er igangsatt, men finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Nord RHF. I tillegg er det generell risiko i gjennomføringsgrad av nye tiltak, men alle nye tiltak er risikovurdert ihht Helse Nord RHF's modell for risikovurdering.

Arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak sammen med overskuddsprognose på fellesområdet gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål.