



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
81/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge og Gøril Bertheussen

### Tertialrapport 2. tertial 2017 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport for august

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *Tertialrapport for 2. 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 (HMS). 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, og utfyller hverandre.

#### Formål

Formålet med å legge frem Tertialrapport 2 til styrets behandling, er å vise framdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet, og gjennom KVR gi styret nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN, i forhold til RHFets krav samt interne satsningsområder.

#### Saksutredning

##### Rapporteringer som bare gjelder tertialrapporten.

UNN innfrir tilfredsstillende på de langt fleste rapporteringskrav i 2. tertialrapport 2017. Det er igangsatt arbeid på de fleste oppdragspunkter og på de rapporterte områdene vil man i hovedsak

komme i mål innen utgangen av 2017, selv om ikke alle styringskrav oppfylles fullt ut. 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. Et relativt lite utvalg av disse indikatorene er nå publisert nasjonalt, men det er ikke angitt måltall hverken nasjonalt eller regionalt, og det er utfordrende å bruke disse indikatorene aktivt i styringen. Det er behov for et nasjonalt og/eller regionalt arbeid for å sikre entydige definisjoner og riktig registrering slik at indikatorene blir nyttige. Det er også viktig å prioritere at disse indikatorene, som det forventes at skal rapporteres fortløpende, fremstilles i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS.

Området *legemiddelhåndtering* er fokusert i oppdragsdokumentet med krav om systematisk arbeid for overgang til rimeligere legemidler, og risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger. Særlig på fagområder der det brukes biologiske legemidler, som til dels er svært kostbare, er det tett oppfølging på at bruken er i henhold til anbefalingene fra den nasjonale legemiddelinnkjøpsordningen (LIS). Risikoanalysene vil bli gjennomført når nødvendige føringer og verktøy fra Sykehusapotek Nord HF foreligger. Disse har vært pilotert i regionen, og vil snart være tilgjengelige.

Innen *somatikk* har UNN nå høy måloppnåelse på andel pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling innen kort tid etter innleggelse. 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 KVR er det imidlertid fortsatt utfordringer med å gjennomføre en del av pakkeforløpene innen anbefalt forløpstid. UNN har deltatt 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. Det pågår systematisk arbeid med å videreføre utvikling av former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Innen *psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* arbeides det strukturert og planmessig 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.

UNN oppfylder hittil i år de fleste kriterier på 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. Det er imidlertid større reduksjon i ventetid innen somatikk enn psykiatri, selv om ventetiden innen psykiatri er kortere enn innen somatikk.

Innen *samhandling* er UNN av kapasitetsårsaker forsinket i arbeidet med å etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Arbeidet er startet, og UNN har et mål om å etablere samarbeidsavtaler som er ambisiøse i forhold til å oppnå lik praksis i forhold til prioritering, kontrollvirksomhet, god funksjonsfordeling og nært faglig samarbeid med avtalespesialistene. Forslag til avtale med øyespesialistene er snart klar for utsending, og videre fremdrift vil avhenge av reaksjoner på avtaleutkastet. UNN følger opp samhandlingsavtalene med kommunene gjennom Overordnet samarbeidsorgan (OSO) og med en rekke tiltak koordinert av

UNNs samhandlingsavdeling. I disse inngår blant annet at det er satt ned et nytt klinisk samhandlingsutvalg som skal utarbeide nye retningslinjer, prosedyrer, flytskjema m.m. knyttet til tjenesteavtale 5, som omhandler retningslinjer for utskrivning av pasienter, der vi vet det er mye avvik.

Innen *kvalitet* oppnår ikke UNN målet om å ikke ha korridorpasienter, men antallet er gradvis redusert de to siste årene. I forhold til krav om økt bruk av avvikkssystemet arbeides det på mange fronter i UNN, og det ses en vedvarende økning i antall meldte avvik på alle områder over tid. Nytt klassifikasjonssystem for avvik er tatt i bruk, og følges opp med nye og bedre analyser av avvik. UNN er i ferd med å implementere ny elektronisk løsning for GTT-granskning. UNN har vært sentral i det regionale arbeidet med å utvikle et modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid, og et ferdig program er nå overlevert oppdragsgiver Helse Nord RHF. UNN har gjennomført fem hendelsesanalyser hittil i år.

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. Innen området *smittevern* er antibiotikastyringsprogram innført i UNN, og arbeidet følges systematisk opp. UNN teller forekomst av sykehusinfeksjoner i tråd med krav i oppdragsdokumentet, og fra tredje tertial 2017 to ekstra målinger utover det nasjonale kravet. Ved siste prevalensmåling i mai i år hadde UNN lavere forekomst av sykehusinfeksjoner enn nasjonalt måltall. Oppfølgingen av målingene for å følge med på forekomst av postoperative sårinfeksjoner for definerte kirurgiske inngrep er god i hele foretaket, og andelen dype sårinfeksjoner var lav også i første tertial 2017. Resultatene følges opp i de aktuelle enhetene, og det er under innføring en felles mal for gjennomgang av alle dype postoperative sårinfeksjoner for å identifisere risikoområder og forbedringstiltak.

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. Det vises i denne sammenhengen til skriftlig orienteringssak i dette møtet.

#### *Pasient- og brukervedvirkning*

Oppdragsdokumentet fokuserer på at UNN skal følge opp PasOpp-undersøkelsen og forbedre utskrivningssamtalen. UNN følger dette opp blant annet gjennom et revidert innføringsprogram for nye LIS 1 (tidligere turnusleger) og økt innsats på opplæring i kommunikasjon underveis i tjenesten for disse. Det arbeides også med å etablere et tilsvarende innføringsprogram for øvrige nyansatte leger (særlig LIS 2 og LIS 3, dvs. leger i spesialisering etter «turnustjenesten»), og det er søkt om regionale prosjektmidler for å etablere en utvidet opplæring i kommunikasjon etter et strukturert program for flere kliniske yrkesgrupper.

#### *Helse, miljø og sikkerhet (HMS)*

UNN ble resertifisert som Grønt sykehus etter ISO-14001 etter revisjon fra DNV i juni 2017. UNN har etablerte rutiner for å sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte, og det er stort fokus på dette i mange enheter i UNN, med oppfølging i KVAM-strukturen. Dette er et særlig fokus i psykiatrien.

Til tross for at UNN har IA-handlingsplan og gode administrative systemer, rutiner og prosedyrer for forebygging og reduksjon av sykefravær, har ikke foretaket lyktes i å redusere sykefraværet til måltall. For å få mer innsikt i sykefraværarbeidet i foretaket, har Personal- og organisasjonsavdelingen sammen med representanter fra de tillitsvalgte og vernetjenesten hatt

samtaler med 40 ledere på ulike nivåer om hvordan de arbeider med å forebygge og redusere sykefraværet, hva som er utfordringene i dette arbeidet og om tiltakene på foretaksnivå treffer. Det arbeides nå med å systematisere funnene til konkrete tiltak. Dette vil bli lagt til grunn for videre utvikling av det systematiske nærværarbeidet.

#### *Sykefravær*

UNN HF's totale sykefravær i august 2017 var 7,8%, altså noe høyere enn plantallet på 7,5%. Samme måned i 2016 var sykefraværet 7,5%. Det korte og mellomlange fraværet øker noe, mens langtidsfraværet er redusert sammenlignet med fjoråret. Fem av 14 klinikker/sentra hadde i august måned sykefravær som lik eller lavere enn plantall.

#### *Varsel om AML brudd*

Det er i august i år meldt om 5723 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML i foretaket. Dette er en økning i forhold til registreringen i august i fjor. Det er fremdeles knyttet usikkerhet til kvaliteten på rapporteringen av AML-brudd. Vi arbeider med å utvikle metoden for registreringen, samt sikre forståelse og oppfølging i hele foretaket. Dette innebærer at de rapporterte tallene må brukes med varsomhet, særlig når det gjelder tolkning av tidstrender. Oppmerksomheten rundt metoden og resultatene er økende, og her bidrar Arbeidsmiljøutvalget og tillitsvalgte i en viktig rolle, samt at dette er tema på oppfølgingsmøtene med klinikkene.

#### *Risikostyring*

UNN følger opp risikovurderinger i tråd med kravene i oppdragsdokumentet. Risiko for manglende måloppnåelse vurderes som lav i forhold til krav til ventetid og i forhold til at forekomst av sykehusinfeksjoner ikke skal være innenfor nasjonalt mål. Risikoen anses som middels i forhold til gjennomføring av pakkeforløp for kreftpasienter, for reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika og å nå målene i den gyldne regel. Risiko for manglende måloppnåelse anses som høy for mål om at mer enn 80 % av pasientene skal få gjennomført legemiddelsamstemming og at dette kan måles fra andre halvår 2017, for målet om null fristbrudd og for målet om å nå eget økonomisk styringsmål. Arbeidet med legemiddelsamstemming er krevende fordi planlagt felles regional løsning for måling av andel pasienter som får utført samstemming fortsatt ikke er på plass. Når det gjelder fristbrudd og økonomiske styringsmål, arbeider UNN med risikoreduserende tiltak.

## **Medvirkning**

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.9.2017, samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten 19.9. og arbeidsmiljøutvalget 20. s.m. Referater og protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 4.10.2017.

*Brukerutvalgets arbeidsutvalg* uttrykte bekymring for kvaliteten på behandlingen som gis når antallet innleide sykepleiere er høyt.

Under drøftingsmøtet med *ansattes organisasjoner og vernetjenesten* var det spesielt fokus på utviklingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. De ba derfor om at utviklingen blir gjort rede for i styresaken. De var også opptatt av at gjennomføringsprosenten for tiltaksgjennomføringen er lav.

*Arbeidsmiljøutvalget* var spesielt opptatt av utviklingen innenfor brudd på arbeidstidsbestemmelsene, samt høyt vikarbruk og bruk av overtid gjennom sommerferieavviklingen.

For øvrig ga alle møtene tilslutning til at saken forelegges styret til endelig behandling samt oversendelse av rapporten til Helse Nord RHF.

## Vurdering

*Oppholdstid i akuttmottaket* oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for august er på linje med foregående måneder, og like under måltallet på 90 %. Arbeidet med å styrke vaktssystemene i indremedisin er gjennomført, og pågår for kirurgi for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje. Prosedyrer for pasientflyt til og ut av Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkingsenhet er under revisjon, for å sikre at disse er entydige og enklest mulig og slik understøtter at pasienter tiltrengende overvåkingsseng eller intensivbehandling får dette så snart som mulig og innenfor forsvarlig tid.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet. Det er fortsatt innen håndkirurgi de fleste fristbrudd oppstår. Antall fristbrudd innen hjertemedisin og sykkelig overvekt er redusert siste måned, og det er ikke lenger mange fristbrudd innen dagkirurgi. Et vedvarende fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd opprettholdes. Også systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det fokuseres på. Fristbruddene innen håndkirurgi medfører en særskilt ledelsesmessig oppfølging av Ortopedisk avdeling.

*Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne* måles kvartalsvis, og det presenteres ikke nytt tall for dette for august.

UNN har ikke lyktes å redusere *sykefraværet* til 7,5 %. Det systematiske nærværarbeidet vil bli videreutviklet basert på funnene i den gjennomførte kartleggingen i sommer.

Antall *brudd på arbeidstidsbestemmelsene* er fortsatt høyt, og arbeidet med å utvikle metode for registrering og oppfølging av denne indikatoren fortsetter.

### *Økonomi*

UNN er i en krevende økonomisk situasjon, men det har på kort tid vært gjort et godt arbeid i klinikkene for å snu den økonomiske situasjonen. Resultatet for august viser en forbedring hos flere klinikker, men at det for noen fortsatt er økonomiske utfordringer. I august er det først og fremst Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og Barne- og ungdomsklinikken (BUK) som har de største avvikene i forhold til prognosen for august. I K3K er det fortsatt lavere inntekter i forhold til budsjettet, samt økte lønnskostnader i form av innleie og overtid som hovedutfordringene. For BUK er det mange sammenfallende årsaker til det dårlige resultatet i august, og det skyldes lave inntekter for laboratorievirksomheten og ISF, samt etterslep av innleie og overtidskostnader på grunn av sommerferieavviklingen. Dette forventes ikke å vedvare.

Det er direktørens vurdering at resultatet i august viser at innføring av sterke restriksjoner knyttet til ansettelse, reise og innkjøp samt stort fokus på økonomistyring og tiltaksarbeidet har hatt en økonomisk effekt. Direktøren vil fortsette med tett og løpende oppfølging av de klinikker som avviker i forhold til prognosene som er utarbeidet.

### *Generelt*

I forhold til de punkter i oppdragsdokumentet som rapporteres i tertialrapporten er det nødvendig at det nasjonalt, regionalt og lokalt arbeides for å sikre at indikatorene som skal bidra til redusert variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse blir så gode som mulig, slik at de kan bidra til god styring av virksomheten.

UNN har god måloppnåelse på de kvalitetsindikatorene som det rapporteres på i denne tertialrapporten, herunder andel pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling raskt, og andel nyresviktpasienter i hjemmedialyse. Det er positivt at det pågår et viktig forbedringsarbeid for å sikre god prehospital håndtering av pasienter med hjerteinfarkt, slik at flest mulig får enten blodproppløsende medisin eller PCI tidlig og i henhold til nasjonalt måltall. 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.

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 oppdatert status på dette arbeidet. Legemiddelsamstemming er fortsatt et svært viktig område der tiltaksgjennomføringen ikke er god nok i mange enheter, og direktøren imøteser det regionale arbeid for å etablere omforente rutiner og målinger på dette området. Dette arbeidet vil ta tid, og det vurderes hvorvidt det kan etableres midlertidig løsning for målinger.

Direktøren er fornøyd med at UNN i andre tertial oppfyller de fleste områder av den gylne regel med høyere vekst innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken for økonomi, aktivitet og månedsværk. 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.

## **Konklusjon**

Kvalitets- og virksomhetsrapporten og tertialrapporten gir samlet en god oversikt over status på flere 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, 22.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

1. Tertialrapport 2 – 2017 for UNN
2. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2017



# 2. tertialrapport 2017

til HelseNord RHF

fra Universitetssykehuset Nord



**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU





## Innhold

<b>1</b>	<b>Om rapporteringen .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....</b>	<b>4</b>
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	4
3.2	Somatikk.....	6
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	9
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	12
3.5	Kvalitet.....	14
3.6	Pasientsikkerhet.....	16
3.7	Smittevern.....	16
3.8	Andre områder .....	19
3.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	19
3.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	20
3.8.3	Beredskap.....	20
<b>4</b>	<b>Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....</b>	<b>21</b>
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	21
<b>6</b>	<b>Innfri økonomiske mål i perioden.....</b>	<b>24</b>
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	24
6.4	Anskaffelsesområdet.....	24
<b>7</b>	<b>Risikostyring og internkontroll.....</b>	<b>25</b>

# 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 2. tertial

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

Denne indikatoren er publisert fra NPR for landets helseforetak. For UNN er det angitt at 8014 pasientkontakter har passer planlagt dato ved utgangen av første tertial, tilsvarende 12 %. Nasjonalt gjennomsnitt er 10 %. Det hefter etter UNNs vurdering utfordringer med denne indikatoren, som anses å være umoden. Det er ikke sikret at det er ensartet registreringspraksis, og grunnlaget for å sammenligne data mellom foretak er usikkert.

Det pågår ved UNN en rekke prosesser for å sikre at pasienter i forløp følges opp i tide. Blant annet har store poliklinikker som Gastrolab og Hjertemedisinsk poliklinikk gjennomført prosesser og tiltak for å ta inn etterslep på kontroller og oppfølginger. Lignende arbeid pågår i flere enheter.

*Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er publisert nasjonalt for fagområdene psykisk helsevern (22,4 % for UNN) og ortopedi (7,9 % for UNN). Dette er høyere enn for andre foretak i regionen, men vi har foreløpig ikke tilstrekkelig sammenligningsgrunnlag fra andre foretak og egen virksomhet til å gjøre gode vurderinger av denne indikatoren. Det er utfordringer med denne indikatoren blant annet i forhold til øyeblikkelig hjelp pasienter, pasienter som dør og enkelte andre forhold. Det er fokus på riktige prioriteringer i virksomhetsstyringen i UNN, og de nasjonale prioriteringsveilederne brukes.*

## Rapportering på OD 2017

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

Også denne indikatoren er publisert kun for fagområdene psykisk helsevern (4,5 % i UNN i 1. tertial 2017) og ortopedi (26,3 % for UNN). For denne indikatoren skiller ikke tallene for UNN seg vesentlig fra de øvrige foretakene i regionen. Også denne indikatoren er ny og det er ikke angitt nasjonalt måltall. Det virker logisk at det er en langt høyere andel nyhenviste innen ortopedi enn innen psykisk helsevern, ettersom pasientene i sistnevnte fagområde gjennomgående er i pasientforløp med langt flere kontakter enn ortopediske pasienter.

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

Denne indikatoren er publisert kun for fagområdet ortopedi, der 40,3 % av konsultasjonene er registrert som kontroller. Dette skiller seg ikke vesentlig fra de andre foretakene i regionen. Det er usikkert om registreringene i DiPS er gode nok til at denne indikatoren gir gode styringsdata; det er i mange tilfelle rom for betydelig skjønn i forhold til å vurdere om en konsultasjon er kontroll eller behandling. UNN imøteser et kommende arbeid i regionen med å sikre at registrering i det pasientadministrative systemet gjøres enhetlig og riktig, kfr. tillegg til oppdragsdokumentet for 2017.

*Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted*

Denne indikatoren er publisert kun for fagområdet Psykisk helsevern, og i UNN er det registrert at 7,6 % av konsultasjonene er utført utenfor fast behandlingssted. For regionen for øvrig varierer tallet mellom 2 og 12 %, og UNN skiller seg således ikke vesentlig ut regionalt. Det er etablert ambulante team, og dette arbeidet videreføres.

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 HF.

Rapporteringstekst 2. tertial

Sykehusapotek Nord HF orienterer jevnlig om legemiddelforbruk og mulighet for ytterligere utnyttelse av LIS-avtalene i HF-ene i fagsjefmøtene. Denne informasjonen viderebringes aktuelle fagmiljøer. Særlig for bruk av biologiske legemidler følges det opp i foretaket at LIS-anbudene følges, og biotilsvarende legemidler tas i bruk når de er godkjent.

UNN er ikke kjent med at arbeidet som beskrives i oppdragsdokumentet er startet. UNN har fått opplyst at Sykehusapotek Nord HF bidrar inn i interregionalt prosjekt som skal sikre gjennomføring av tiltaket med overgang til rimeligere, men faglig likeverdige legemidler, og forutsetter at dette arbeidet tas ut til foretakene så snart som mulig.

Rapportering på OD 2017

3. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har prioritert viktige endringer i Legemiddelhåndteringen og utarbeidet implementeringsplan med spesielt fokus på ansvar, opplæring og dokumentasjonsplikt. Endringene i prosedyresamlingen «Legemiddelhåndtering UNN DS1920» konkretiseres i planen og gjelder alle lokalisasjoner og enheter som håndterer legemidler.

Det er i 2. tertial ikke utført risikoanalyser på tilberedning av legemidler, og definert standard knyttet til dette. Det er imidlertid identifisert risiko rundt kassasjon av legemidler og avhendingen av disse. Det er iverksatt viktige tiltak som skal begrense tilgang til destruerte legemidler og redusere avdunsting av flytende legemidler.

UNN vil iverksette en mer systematisk risikovurdering av tilberedning av legemidler i avdelinger når resultatet fra pilot som Sykehusapotek Nord HF har gjennomført i Helgelandssykehuset HF er evaluert og risikovurderingsverktøy og støtteverktøy foreligger. Risikovurderingene vil da bli gjennomført i samarbeid med Sykehusapotek Nord HF, med følgende mål:

1. Legemidlers kvalitet opprettholdes slik at de er trygge å bruke.
2. Personell og omgivelser skal ikke eksponeres for virkestoff.

4. På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsløyfe», utarbeidet i FIKS1-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsløyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Rapporteringstekst 2. tertial

Dette arbeidet er så vidt UNN er kjent med ikke videreført fra regionalt hold, og UNN har ikke mottatt informasjon om hvem skal lede arbeidet eller om videre prosess.

## 3.2 Somatikk

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

---

<sup>1</sup> Felles innføring kliniske systemer

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 2. tertial

For perioden januar til og med april 2017 er andelen som har fått trombolyse 25%, og en høy andel av disse får trombolyse innen 40 minutter. Dette anses å være et godt resultat. Det ble gjennomført et forbedringsprosjekt for å øke andelen som får trombolyse raskt i 2015/2016, med gode resultater som vedvarer. Det er fortsatt kontinuerlig fokus på å følge og forbedre de tverrfaglige prosedyrene for UNN.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Pr. 31. august 2017 var 38,4 % av våre dialysepasienter i hjemmebehandling (UNN Tromsø med satellitter; Narvik, Finnsnes, Alta, Storslett, Kirkenes, Hammerfest, Vadsø).

3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere<sup>2</sup>)

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN rapporterer detaljert resultatene fra pakkeforløpene månedlig i Kvalitets- og virksomhetsrapportene. Kravet om andelen pasienter i pakkeforløp totalt sett er innfridd i UNN med 88 % ved utgangen av annet tertial 2017, og måltallet på 70 % er oppfylt for alle pakkeforløpene i UNN.

4. Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering samt voksen- og barnehabilitering.

Rapporteringstekst 2. tertial

I Barne- og ungdomsklinikken har UNN prioritert ambulante tjenester i større grad enn tidligere, for at pasientene skal få tilbud der de bor. Telemedisinske løsninger inngår som del av ambulant oppfølging og ambulante tjenester, og er nå i gang med utprøving av et nytt tilbud til ungdom med autisme/Aspergers syndrom.

---

<sup>2</sup> 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, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

Rapportering på OD 2017

Rehabiliteringsavdelingen i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har ambulante rehabiliteringsteam ved UNN Tromsø og UNN Narvik. Disse teamene følger opp pasienter i yrkesmessig alder etter store hodeskader. Teamene jobber i tett samarbeid med de fysikalsk og rehabiliteringsmedisinske døgnetenhetene, kommunehelsetjenesten og de andre ambulante teamene i Helse Nord. Utvikling av faglig nettverksarbeid videreføres og nærmere samarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteteam etterstrebes.

Habilitering for voksne og barn (ved UNN Narvik og UNN Harstad) er i stor grad en ambulant tjeneste. Habiliteringsseksjonen initierer også et utviklingsarbeid med tettere samarbeid med psykiatri for å vurdere etablering av psykiatrisk poliklinikk/døgntilbud for habiliteringspasienter.

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/PCI<sup>3</sup> innen 90 minutter.

Rapporteringstekst 2. tertial

I 2015 var måloppnåelse 21%. Vi har etterspurt, men dessverre ikke mottatt oppdaterte data fra Hjerteinfarktregisteret for 1. halvår 2017. Disse vil ettersendes til Helse Nord RHF så fort vi mottar de.

I regi av overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene er det nedsatt et klinisk samarbeidsutvalg med primærleger og fagpersoner fra foretaket som gjennomgår, reviderer og fornyer prosedyrene for håndtering av seks grupper tidskritiske pasienter. I dette arbeidet inngår håndtering av pasienter med STEMI, og god pasienthåndtering som skal føre til at målet som er angitt i denne indikatoren er sentralt i arbeidet. De nye prosedyrene med tilhørende tiltakskort og implementeringsprogram vil bli ferdigstilt tidlig i tredje tertial, og implementeringen vil deretter starte.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Praksis er lagt om slik at også stabile pasienter ikke lenger avventer kapasitet på UNN før de overføres. For å legge bedre til rette for dette, har Hjertemedisinsk avdeling oppbemannet legestaben i helgene. Dermed er ventetiden fra lokalsykehusets kontakt med invasiv kardiolog, til angiografi er utført, vesentlig redusert. Pasientforløpet for

<sup>3</sup> Perkutan koronar intervensjon

## Rapportering på OD 2017

hjerterpasientene er forbedret. UNN avventer også resultatet av den kliniske fagrevisjonen i regionen på pasienter med NSTEMI, og vil naturligvis bidra vesentlig i arbeidet med å følge opp forbedringsområder.

### Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid<sup>4</sup> (skal være minst 70%).

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN oppnår samlet at 70% av de organspesifikke pakkeforløpene for kreft gjennomføres innen maksimal anbefalt forløpstid, men det er fortsatt ikke full måloppnåelse for alle enkeltforløp. Det jobbes kontinuerlig med forbedring av prosessene.

Som ledd i forbedringsarbeidet er det gjennomført internrevisjon på tre av pakkeforløpene første tertial 2017. Erfaringen fra internrevisjonene er delt på tvers av pakkeforløpene, og forbedringsområder er under oppfølging. Overordnede prosedyrer er revidert og lagt i Docmap, og det gjennomføres nå et systematisk pasientforløpsprosjekt og forbedringsarbeid i forhold til pasienter som skal ha strålebehandling.

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Antall tvangsinnleggelser for voksne pr 1000 innbyggere i UNNs opptaksområde er i det vesentlige uendret, fra 1,25 1. tertial til 1,27 i 2. tertial. Dette er uansett lavere sammenliknet med 2. tertial 2016 som var på 1,33. Psykisk helse- og rusklinikken arbeider systematisk med å sikre riktig bruk av tvang, også gjennom oppfølging av tiltaksplanen etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016.

<sup>4</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føyflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.



Rapportering på OD 2017

Psykisk helse- og rusklinikken peker på at endret lovverk fra 01.09.2017 vil gi endret praksis som blant annet vil føre til at det blir vanskelig å sammenligne registrering av tvangsbruk. Det har sin forklaring i at det er en tett sammenheng mellom innleggelse og varighet på den enkelte innleggelse.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere er tilnærmet uendret fra 0,28 i 1. tertial til 0,29 i 2. tertial.

Klinikken har hatt fokus på arbeid med varighet av tvangsmiddelbruk og hvilke type tvangsmidler som benyttes. I denne sammenheng har en hatt en dreining med reduksjon av mekaniske tvangsmidler til en økning i kortvarig fastholding. Det er en ønsket dreining og som følges fortløpende. I de tilfeller tvangsmidler benyttes erfares ofte kortvarig fastholding som mindre belastende enn bruk av mekaniske tvangsmidler og er av den grunn mindre inngripende virkemiddel samt at varigheten som regel er kortere.

Klinikken har nylig søkt Sårkornmidler av Helse Nord RHF med ønske om å igangsette et samarbeidsprosjekt for å utvikle enhetlig, kliniske relevant registrering av tvangsbruk.

Det arbeides konkret og målrettet med en rekke tiltak for redusert tvangsmiddelbruk gjennom handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport. Status på oppfølgingsarbeidet rapporteres regelmessig, senest som styresak 84-2017 i styremøtet for Helse Nord RHF 30.8.2017.

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

Rapporteringstekst 2. 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, Kunnskapssenterets brukerundersøkelse), samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene våre for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandling. Vi har tall fra poliklinisk aktivitet som tyder på at tiltakene har ønsket effekt, da andelen *ikke møtt* ble redusert fra 20 til 17 % fra 2015 til 2016, og andelen

## Rapportering på OD 2017

pasientbestemt avbestillinger ble redusert fra 7 til 6 % i samme periode. Historisk har andelen *ikke møtt* i TSB poliklinikk ligget på omkring 30 %.

**Foretaksspesifikke krav:****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"<sup>5</sup> 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).

## Rapporteringstekst 2. tertial

Med unntak av ventetider har psykiatri en større vekst en somatikk i perioden sammenlignet med året før. Ventetiden i psykiatri er imidlertid 11 dager kortere enn i somatikk.

Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon	Endring per august 2016-2017
VOP, BUP og RUS	9,6 %
Somatikk	7,3 %

Aktivitet	Endring per august 2016-2017
VOP, BUP og RUS	4,5 %
Somatikk	-0,2 %

Månedeverk	Endring per august 2016-2017
VOP, BUP og RUS	6,4 %
Somatikk	3,0 %

Ventetider	Endring per august 2016-2017
VOP, BUP og RUS	1%
Somatikk	-12%

<sup>5</sup> 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

### Andre krav:

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).

Rapporteringstekst 2. tertial

Det har vært en reduksjon i antall bistandsoppdrag med behov for politibistand. Fra 28,7 per måned i 2015 til 26,1 per måned i 2016 (samlet for innleggelser fra UNN og Finnmark). Utfyllende informasjon finnes i statusrapport med følgebrev oversendt Helse-Nord 2.5.17.

#### 2. Pasienttilfredshet

a) Årlig spørreskjemaundersøkelse om tilfredshet/fornøydhet ved transport til innleggelse i psykiatrisk akuttpost. 62,5 % oppga å være tilfreds med transporten i undersøkelsen utført i 2016.

b) Bruker Spør Bruker (BSB) undersøkelse. Det vises forøvrig til fremstillingen i statusrapport samt i rapporten fra BSB-undersøkelsen. Ny tilfredshetsundersøkelse gjennomføres i perioden 18. september til 18. desember 2017.

#### 3. Kompetanseutvikling

Det vises til fremstillingen i statusrapporten.

4. Oppfølging av tidligere arbeid i forhold til transport av psykisk syke utenfor Tromsø samt vurdere fremtidig organisering av transport for psykisk syke i Tromsø. Det vises til fremstillingen i statusrapport.

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*<sup>6</sup>.

Rapporteringstekst 2. tertial

Prosjektet Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er presentert på møte i OSO. Prosjektet blir presentert i UNN Direktørens ledermøte 19. september med innledere fra både KS og FHI. Planlagt oppstart av læringsnettverkene er rundt kommende årsskifte.

---

<sup>6</sup> Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Rapportering på OD 2017

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

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har startet arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. UNN ønsker at avtalene skal ha et reelt innhold som bidrar til annet mest mulig lik praksis mellom foretak og avtalespesialister i forhold til prioriteringer og kontrollvirksomhet, reelt samarbeid i forhold til ventelister og arbeidsdeling for å unngå fristbrudd og oppnå en samlet best mulig ressursutnyttelse.

Avtale med øyespesialistene prioriteres først (som pilot). Der er utkast til avtale snart (i løpet av september) klar til utsending til avtalespesialistene for gjennomgang og drøfting. Tidspunkt for ferdigstilling vil avhenge av i hvilken grad avtalespesialistene slutter seg til at avtalene skal ha et reelt og ambisiøst innhold. Når avtale med øyespesialistene er inngått, vil denne bli brukt som mal for avtale med avtalespesialister innen andre fagområder. Dette er et omfattende arbeid, og vil sannsynligvis ikke kunne ferdigstilles før i første halvår 2018.

3. Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Rapporteringstekst 2. tertial

Tjenesteavtale 2 – helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester jobbes det med på mange områder; barn som pårørende, Individuell plan, Koordinerende enhet (KE) og Regional koordinerende enhet (RKE). Det er laget nye prosedyrer for behandlingshjelpemidler vedtatt av OSO m.m.

Tjenesteavtale 5, retningslinjer for utskrivning av pasienter er svært sentral innenfor mange tiltak; det tilbys opplæring i klinikker/avdelinger, gjennomført egne workshop med deltakere fra kommuner og foretak mm. Viktigst er at OSO har opprettet et eget KSU (klinisk samarbeidsutvalg) som lager nye retningslinjer, prosedyrer, flytskjema m.m. knyttet til tjenesteavtale 5.

Tjenesteavtale 10, samarbeid om forebygging; har hatt noe fokus på smittespredning. Folkehelseindikatorer vil bli lagt ut på Samhandlingsbarometeret.

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

## Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 2. tertial

Avdelingene har implementert legemiddelsamstemming og har faste avtaler med Sykehusapotek Nord HF om oppfølging av rutiner og prosedyrer. Det er gjennomført flere tiltak som gjennomføring av e-læringsprogram. Innføring av kompetansemoduleen i Personalportalen vil gi bedret oversikt over gjennomføringsgraden.

Videre har UNN foretatt en vesentlig revisjon av prosedyrer for legemiddelhåndtering, og det er laget en konkret implementeringsplan med oppfølging av gjennomføringen av dette, i tråd med prinsippene for kontinuerlig forbedring. Implementeringsarbeidet påbegynnes i september 2017.

**Foretaksspesifikke krav:****3.5 Kvalitet**

1. Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN registrerer 8-10 pasienter pr døgn i korridor. I september undersøkes det ulikheter i registreringspraksis av korridorpasienter. Hovedandelen av korridorpasientene registreres på noen få poster som vil bli gjennomgått nærmere. Pasienter legges på korridorer av ulike årsaker, selv om det kan være ledige senger. Dette skyldes forhold som hensynet til kjønnsfordeling, smittevern, sykdomsbilde hos enkeltpasienter.

Det vedvarende høye antall utskrivningsklare pasienter i UNN, ikke minst fra Tromsø kommune, anses å være en vesentlig årsak til at det er et høyt antall korridorpasienter. Etter at Tromsø kommunes nye Helsehus åpnes ved inngangen til tredje tertial er UNN forespeilet en vesentlig reduksjon i antall korridorpasienter. Dette forventer UNN at vil føre til en reduksjon i antall korridorpasienter, men ikke alene føre til god måloppnåelse på området.

Videre arbeid med å sikre gode og smidige pasientforløp, videreføring og utvidelse av tilbudet med pasientsentrerte helsetjenesteteteam, utvikle lokalsykehusfunksjonen i UNN Tromsø videre, best mulig utnyttelse av sykehotellene, systematisk planleggingsarbeid med gode plantall og kontinuerlig forbedringsarbeid for å redusere komplikasjoner og uheldige hendelser og dermed også liggetider og reinnleggelses, er alle tiltak det arbeides med, og som vil kunne bidra til reduksjon i antall korridorpasienter.

Rapportering på OD 2017

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Det nye klassifasjonssystemet ble tatt i bruk 6.1.2017. Kvalitetsutvalget har behandlet statistikk basert på den nye klassifiseringen i to møter så langt. Arbeidet med å sette KVAM-strukturen i stand til å bruke den nye klassifiseringen til eget lokale avviks- og forbedringsarbeid er igangsatt.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
  - Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT<sup>7</sup>-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 2. tertial

GTT-teamet har gjennomført opplæring i ny elektronisk GTT-løsning. Kommende rapportering gjennomføres elektronisk til fristen i oktober.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har deltatt i arbeidet med klinisk fagrevisjon på NSTEMI i regionen, og har spilt inn forslag til nye områder for revisjon.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har hatt deltaker i arbeidsgruppen som har utarbeidet innholdet i opplæringsprogrammet. Utarbeidet opplæringsprogram med moduler er overlevert prosjekteier.

---

<sup>7</sup> Global Trigger tool

## Rapportering på OD 2017

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Rapporteringstekst 2. tertial

Det er gjennomført fem hendelsesanalyser siden januar 2017.

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

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

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har hatt prosjektleder. Prosjektarbeidet er fullført. Utarbeidet opplæringsprogram med moduler er overlevert prosjekteier.

## 3.6 Pasientsikkerhet

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Alle relevante enheter rapporterer detaljert på enkelttiltak og målinger innenfor hvert enkelt innsatsområde, og en grundig rapport presenteres i Kvalitets- og virksomhetsrapportene hvert tertial. Tiltakene er stort sett implementert, men det er varierende i hvilken grad enhetene klarer å følge opp det store antallet manuelle målinger som programmet legger opp til. Legemiddelsamstemming er fortsatt den største utfordringen. UNN deltar i et regionalt prosjekt for å få alle deler av legemiddelsamstemmingen bedre på plass.

## 3.7 Smittevern

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).

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 2. tertial

A-team på UNN er fungerende og har hatt fire møter 1. halvår 2017. A-team har hatt fokus på fem fagområder/avdelinger første halvår, med møter med leger og sykepleiere for å finne lokale mål og forbedringsområder for antibiotikabruk.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Rapporteringstekst 2. tertial

Avdeling for mikrobiologi og smittevern og Sykehusapotek Nord HF gir årlig ut rapporten *Pest eller Kolera*. Her rapporteres forbruk av antibiotika fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger, i tråd med styringskravet.

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 2. tertial

UNN gjennomfører prevalensmålingene i henhold til oppdraget, og resultatene formidles og følges aktivt opp i klinikkene og avdelingene. UNN har forekomst av sykehusinfeksjoner målt som prevalens som en hovedindikator, og vil fra 2017 gradvis øke til fire årlige prevalensmålinger. UNN har hatt et betydelig økt fokus på forbedret smittevernarbeid de siste årene, som gjenspeiles i en synkende forekomst av sykehusinfeksjoner.

3. NOIS<sup>8</sup>-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 2. tertial

UNN har god måloppnåelse på oppfølging av NOIS-registreringene, med minimum 95 % registrering for alle aktuelle operasjonstyper. UNN har hatt en nedgang i særlig dype postoperative sårinfeksjoner de siste årene. Det er nå utarbeidet forslag til mal for systematisk gjennomgang av alle dype postoperative sårinfeksjoner, som skal sluttbehandles i UNNs ledergruppe 3.10.2017, og deretter tatt systematisk i bruk.

---

<sup>8</sup> Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner



## Rapportering på OD 2017

Tilnæringsmåten i de ulike kirurgiske miljøene er som følger:

K3K:

NIOS registreringen følges aktivt opp med hensyn til inkludering. Dype sårinfeksjoner gjennomgås systematisk i K3K for å redusere faren for infeksjon.

HLK:

HLK følger opp NOIS-registrering for infeksjonsstatus 30 dager etter koronar bypasskirurgi. Oppfølgingen er komplett. Sentralt ledet oppfølging etter dype infeksjoner er nettopp initiert. Fra før er det i HLK etablert systematisk månedlig gjennomgang av alle tilfeller av dyp, postoperativ infeksjon (komplikasjonsmøter, kvalitetsregister). Tiltak inkluderer preoperativ screening av Staph aureus bærerskap og dekolonisering (reduksjon av bakteriemengden) hos bærere.

NOR:

Resultatene fra 1.tertial 2017 viser at det ikke var noen dype postoperative sårinfeksjoner og det er vi meget godt fornøyd med. I de tilfellene hvor denne type infeksjoner har oppstått har de blitt gjennomgått med legene og sykepleierne med den hensikt å lære av hendelsen og nødvendige tiltak iverksatt for å hindre at det skulle skje igjen.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

## Oppsummert:

UNN har minimum 95 % oppfølging for alle aktuelle operasjonstyper.

Av totalt 423 pasienter som gjennomgikk en «NOIS-operasjon» i 1. tertial 2017, fikk 7 en dyp postoperativ sårinfeksjon.

Av 69 pasienter som gjennomgikk aortokoronar bypass fikk tre dyp sårinfeksjon.

Av 83 pasienter som fikk innsatt total hofteprotese fikk én pasient en dyp postoperativ sårinfeksjon.

Av 41 pasienter som fikk utført tykktarminngrep fikk 3 pasienter dyp sårinfeksjon.

Det var ingen dype sårinfeksjoner etter keisersnitt (120 inngrep), hemiprotese hofte (38 inngrep) eller fjerning av galleblære (72 inngrep).

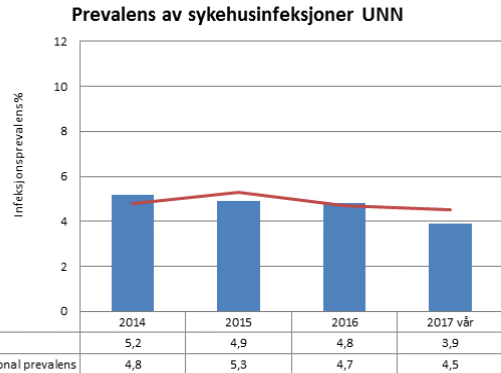
**Foretaksspesifikke krav:****Styringsparametere:**

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

Rapporteringstekst 2. tertial

## Rapportering på OD 2017

Andelen sykehusinfeksjoner var i første tertial 2017 3,9 %, målt ved prevalensmåling i mai. Det er en nedgang fra 2016, lavere enn nasjonalt snitt og nasjonalt måltall, og også under UNNs mer ambisiøse måltall på 4 %.



- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012<sup>9</sup>.

Rapporteringstekst 2. tertial

I 2016 var forbruket av bredspektrede antibiotika ved UNN redusert med 8 % sammenlignet med 2012. A-team ble etablert i 2017 og jobber målrettet for å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika, slik at vi skal nå målet om en 30 % reduksjon fra 2012-2020.

## 3.8 Andre områder

### 3.8.1 Klima- og miljøtiltak

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

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN er resertifisert etter ISO-14001 etter revisjon fra DNV i juni 2017.

### **Foretaksspesifikke krav:**

<sup>9</sup> Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

### 3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Innen 30.6.2017 skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har utnevnt Personvernombud, som også innehar rollen som informasjonssikkerhetssjef. Funksjonen er styrket det siste året, men det er behov for ytterligere strukturering og styrking av dette arbeidet i foretaket. Det pågår prosess med å avklare hvorvidt IKT-sikkerhetsfunksjonene og personvernombudet skal være i samme enhet, eller om det er mer hensiktsmessig å dele dette på ulike organisatoriske enheter. Dette vil bli besluttet i løpet av høsten 2017.

### 3.8.3 Beredskap

1. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgntkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 2. tertial

Hvorvidt RHF har fulgt opp dette med nærmere bestilling er vi ikke kjent med.

## 4 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Følge opp resultatene fra PasOpp<sup>10</sup>-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 2. tertial

---

<sup>10</sup> Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

## Rapportering på OD 2017

Resultatene fra PasOpp følges opp i foretaket, distribueres til klinikkene og avdelingene, og presenteres i relevante fora.

Klinikkene og avdelingene i UNN utfører en rekke ulike tiltak for å sikre at pasient og eventuelt pårørende får god og nødvendig informasjon. På foretaksnivå er dette forsterket i revidert opplegg for introduksjonsdager for nye LIS 1 (tidligere turnusleger), og for å sikre oppnåelse av læringsmål om kommunikasjon er det lagt opp til en mer systematisk opplæring i kommunikasjon for LIS 1 med gruppeseminarer underveis i tjenesten. Det er under planlegging felles opplæringsprogram med introduksjonsdag og oppfølging også for LIS 2 og LIS 3, og UNN har søkt såkornmidler fra RHF for å gjennomføre et forbedringsprosjekt med mer systematisk opplæring i kommunikasjon for flere kliniske yrkesgrupper.

Ett eksempel på hvordan PasOpp følges opp fra Psykisk helse- og rusklinikken:

*«De siste PasOpp undersøkelsene ble utført i 2015 og publisert i 2016. Den ene var en generell UNN-undersøkelse og den andre spesielt i forhold til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sistnevnte kommenteres fra Rusavdelingen her:*

*Da resultatene TSB-undersøkelsen bygget på ble publisert, ble det foretatt en gjennomgang av resultatene i enhetene, som også inneholdt drøftinger av forbedringsområder. En så nok på resultatene noe mer finmasket enn rapporten gjorde. UNN kom m.h.t. TSB ut på/nær landsgjennomsnittet på temaene undersøkelsen dekker, og avdelingen hadde en forbedring fra 2015 til 2016 på brukermedvirkning i behandlingen.*

*Flere av enhetene har valgt å benytte denne undersøkelsen i sin faste innhenting av tilbakemeldinger fra pasientene, og kan dermed i større grad følge med svingninger i tilfredsheten og gå nærmere inn på hva som bidrar til disse. Gjennom implementering av medikamentsamstemningsdelen av pasientsikkerhetskampanjen, er avdelingen i gang med et arbeid for å bedre systematikken omkring korrekt medikamentliste ved utskrivelse.»*

## 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 2. tertial

UNNs avvikssystem sikrer systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Gjennomgang viser en økning i antall avvik. Det er et potensiale for å gå

## Rapportering på OD 2017

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.

Personell i UNN som arbeider med utstyr som kan gi radioaktiv stråling (røntgen, PET, stråleterapi, gjennomlysning mm) bærer persondosimetre som avleses annen hver måned for å registrere at ingen overskrider dosegrensene. Det er etablert register både hos Strålevernet (som er avleser av dosimetrene) og internt i avdelingene. For enkelte prosedyrer benyttes persondosimetre som leser av stråledosen i sann tid.

I det etterfølgende tas med eksempler på tilbakemeldinger fra klinikkene ved UNN på dette punktet:

**Barne- og ungdomsklinikken:**

*Har vært tema innen barne- og ungdomspsykiatri som et resultat på medarbeiderundersøkelsen. Har vært faglig tema på miljøtur i 2016 og det har vært oppfølging på våren 2017. Vi har kontinuerlig fokus på dette i ledelse og KVAM-struktur.*

**Diagnostisk klinikk:**

**Røntgen:** *Alle arbeidsplasser og areal hvor ansatte og/eller pasienter oppholder seg er merket i henhold til strålevernets anbefalinger. Eventuelle skader meldes etter gitte rutiner og følges også regelmessig opp i driftsmøter og KVAM.*

*Skader forvoldt på ansatte av pasienter registreres som avvik i Docmap og registreres i GAT som yrkesrelatert skade. Ved eventuelle stikkskader, ofte av sprøyter eller venefloner følges i tillegg foretakets rutine for dette. For eventuelle større ulykker med stråling eller atomulykker gjelder per i dag beredskapsplanen i Docmap.*

**PET-senteret:** *Skader og uønskede hendelser av viss karakter meldes som avvik i Docmap og informeres om på seksjon/avdelingsmøte. Tiltak for å unngå tilsvarende hendelser i fremtiden orienteres om på seksjons/avdelingsmøte. Det er innført ukentlige tavlemøter hvor det tas opp HMS-relaterte temaer for å diskutere forbedringsløsninger.*

**Laboratoriemedisin:** *Vi har ikke hatt skader og uønskede hendelser på ansatte siste terital. Det viktigste tiltak vi har innført er sikkerhetskanyler, god opplæring og trygge rutiner for å unngå stikkskader. Vi har hatt to branntilløp som kunne medført stor skade, begge disse ble håndtert meget bra av de ansatte som var tilstede. Videre er det gjort tiltak som hindrer at dette kan skje igjen (timer på komfyr, og annen oppvarmingskilde enn vifteovn). Vi jobber kontinuerlig med sikker kjemikaliehåndtering.*

**Psykisk helse- og rusklinikken:**

*Psykiske helse- og rusklinikken utarbeider kvartalsvise rapporter med oversikt over meldte avvik, skademeldinger på ansatt, pasienthendelser og samhandlingsavvik med kommuner fordelt på enhet, type, konsekvens m.v. Rapportene gjøres tilgjengelig for ledere og behandles i klinikkens KVAM-utvalg.*

Rapportering på OD 2017

*Avvikshåndtering tematiseres regelmessig på alle nivåer blant ledere og ansatte med fokus på kultur for å melde avvik, hvorfor melde, hva skal meldes, hvem melder og opplæring i registrering. Klinikken har utviklet rutiner på melding av pasienthendelser.*

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 2. tertial

UNN har utarbeidet overordnet IA-handlingsplan for 2017 som konkretiserer mål og tiltak i IA-arbeidet. Handlingsplanen har følgende mål:

1. Enheter med sykefravær over 7,5% skal ha et spesielt fokus på å identifisere og analysere faktorer som kan føre til fravær, og sette inn tiltak som kan redusere dette.
2. Gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse
3. Gjennomføring av utviklingssamtaler med alle medarbeidere
4. Obligatorisk IA-opplæring for ledere, tillitsvalgte og verneombud
5. Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere iht. prosedyre «Oppfølging av gravide arbeids-takere».
6. Voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri samt rus skal jobbe med forebygging av vold og trusler.
7. Pilotprosjekt med tett og tidlig oppfølging av medarbeidere som har gjentakende korte og lange fravær over en periode på to til tre år. Pilot er aktuelt i én eller to klinikker med denne typen fravær.

Til tross for at UNN har IA handlingsplan og gode administrative systemer, rutiner og prosedyrer for forebygging og reduksjon av sykefravær, har ikke foretaket lyktes å redusere sykefraværet til måltall.

For å få mer innsikt i sykefraværsarbeidet i foretaket, Personal- og organisasjonsavdelingen sammen med representanter fra de tillitsvalgte og vernetjenesten hatt samtaler med 40 ledere på ulike nivå, om hvordan de arbeider med å forebygge og redusere sykefraværet, hva som er utfordringene i dette arbeide, og om tiltakene på foretaksnivå treffer. Ett viktig funn er at det er mange og komplekse årsaker til at fraværet er høyt. Det arbeides nå med å systematisere funnene til konkrete tiltak.

**Foretaksspesifikke krav:**

**Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:**

1. Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

Rapporteringstekst 2. tertial

## Rapportering på OD 2017

UNN startet først sitt systematiske nærværarbeid i juni 2017. Arbeidet startet med å ha samtaler med om hvordan de arbeider med å forebygge og redusere sykefraværet, hva som er utfordringene i dette arbeide og om tiltakene på foretaksnivå treffer. Det arbeides nå med å systematisere funnene til konkrete tiltak (se punkt over).

## 6 Innfri økonomiske mål i perioden

### 6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjonssystemet innen 30. april.

Rapporteringstekst 2. tertial

Registrering av data i nasjonal database for klassifikasjonssystemet er gjennomført innenfor fristens utløp. Datagrunnlaget er vasket og ekstraordinære ressurser er tilført registreringsarbeidet for å sikre kvalitet i dataene.

### 6.4 Anskaffelsesområdet

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

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN har påbegynt arbeidet med å kartlegge arbeidsprosesser knytte til bestilling og mottak av lokale UNN-anskaffelser. Arbeidsprosessene omfatter både rammeavtaler og enkeltanskaffelser (utstyr). I tillegg vil vi også gjennomgå eksisterende arbeidsprosess knyttet til mottak av anskaffelser som samordnes nasjonalt.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Arbeidet er prioritert igangsatt nå som planen for full implementering av Clockwork (CWL) er vedtatt av direktørens ledergruppe. Arbeidsprosesser med tilhørende

arbeidsrutiner knyttet til bruk og vedlikehold av CWL samt utrullingsplan er utarbeidet.

UNN sin samlede portefølje av rammeavtaler vil danne grunnlag for bestilling av rammeavtaler. Disse vil sammen med godtatte utstyrsanskaffelser inngå i plan for anskaffelser i 2018.

Med utgangspunkt i plan for utrulling av CWL ved UNN i høst, vil det være mulig for UNN ved årsslutt å begynne å rapportere detaljert for vareanskaffelser på artikkelnivå, med hensyn til hvilken avtale, og til hvilke vilkår.

## 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)<sup>11</sup>.
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.

Gjennomførte risikovurderinger<sup>12</sup>, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

---

<sup>11</sup> 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).

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



## Rapportering på OD 2017

## Rapporteringstekst 2. tertial

1. Sykehuspåførte infeksjoner er 3,9%. **Lav risiko**
2. Gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 59 dager. **Lav risiko**
3. UNN har fortsatt fristbrudd i størrelsesorden 20-80 pr måned. Alle klinikken har tiltak for å forhindre fristbrudd. Fristbruddene følges opp i direktørens tavlemøter og på klinikkvise tavlemøter. **Høy risiko**
4. Pakkeforløpene gjennomføres i stor grad til normert tid. Samlet sett ligger UNN innenfor kravene med hensyn til normert tid. Enkelte pakkeforløp har utfordringer med 70 % innen normert tid. Disse følger særskilt opp gjennom pasientforløpsarbeidet. **Middels risiko**.
5. Gyllen regel: Pr august er det større vekst i psykiatri i forhold til somatikk på alle områder sammenlignet med samme periode i 2016, bortsett fra en sterkere reduksjon i ventetid i somatikk. **Middels risiko**. Området er p.t. nær målområdet.
6. UNN deltar i regionalt prosjekt for å utvikle felles indikator for legemiddelsamstemming. Det gjøres lokale målinger i Ekstranet (pasientsikkerhetsprogrammet). Disse lar seg ikke aggregere. Det er pågående arbeid i den enkelte enhet og i utvikling av hvordan dette kan måles. **Høy risiko**.
7. UNN har en reduksjon i bredspektret antibiotikabruk. For siste periode 2016 var denne 8 % lavere enn 2012. Pr. april 2017 er DDD (definerte døgndoser) 10,8 mot 15,5 i 2012. Dette tilsvarer en reduksjon på 30%. **Middels risiko**. Indikatoren har måleusikkerhet da den måler innkjøpte legemidler og ikke det direkte forbruk i perioden.
8. Styringsmålet for UNN i 2017 er et overskudd på 65 mill kr. Per 2. tertial er årsprognosen for UNN redusert med 20 mill kr, til et årsresultat på +45 mill kr i overskudd ved årets slutt. Det er jobbet gjennom sommeren for å identifisere og iverksette nye tiltak for å bringe økonomien under kontroll og til sammen er det utviklet nye tiltak for 60,3 mill kr. **Høy risiko**.

**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.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 2. tertial

UNN-styret behandlet dette i sak 5-2017, 8.2.2017, Kontinuerlig forbedring i UNN.

2. Ledelsen og styret skal minimum én 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 2. tertial

UNN-ledelsen og UNN-styret har til og med 2016 hatt til behandling egen sak om *Ledelsens gjennomgang* hvert tertial, sist i mars 2017 for siste tertial 2016. Det er besluttet å endre på dette, og UNN skal gjennomføre *Ledelsens gjennomgang* årlig, der det mer systematisk enn tidligere sikres at alle relevante områder er med på en felles, strukturert måte, og der oppfølgingen av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sikres. *Ledelsens gjennomgang* for 2017 vil bli gjennomført på slutten av 2017 eller tidlig i 2018.

Vedrørende *informasjonssikkerhet*, er det gjennomført ROS av Dips i 10 klinikker/ Stabsenheter. Det gjenstår 3 enheter som gjennomføres i løpet av høsten d.å. I tillegg er det gjennomført 11 risikovurderinger som omfatter Ambulansetjenesten, leverandørtilganger, lønns- og personalsystem, blodbank, SD-anlegg, pasientreiser, bedriftshelsetjenesten og tilgang for helsepersonell etter omlegging i Dips. Gjennomføringen har tatt svært lang tid, og skyldes primært utfordring med å få samlet riktig personell fra enhetene, samt nødvendig ressurs hos sikkerhetssjef.



KVALITET

TRYGGHET

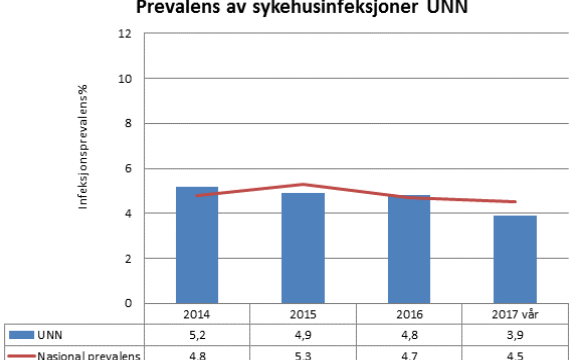
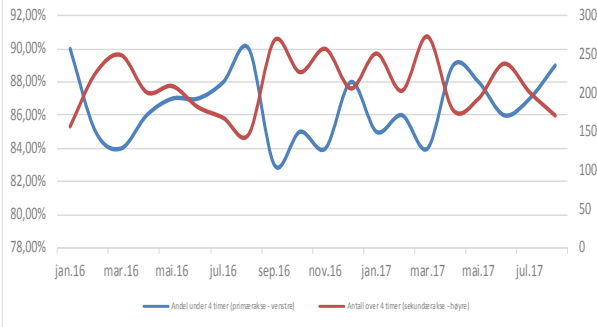
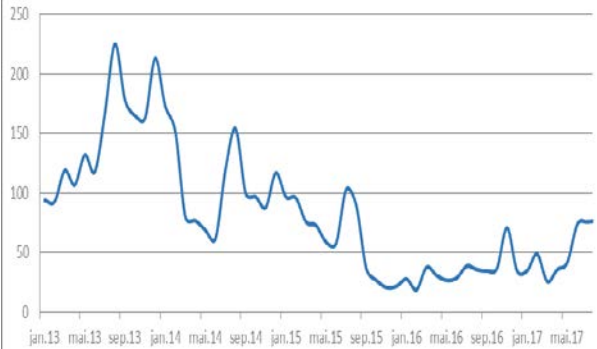
RESPEKT

OMSORG

**Innholdsfortegnelse**

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Hovedindikatorer .....</b>	<b>3</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>5</b>
<b>Pakkeforløp – kreftbehandling .....</b>	<b>5</b>
<b>Pasientsikkerhetsprogrammet .....</b>	<b>7</b>
<b>Ventelister .....</b>	<b>13</b>
<b>Ventetid .....</b>	<b>13</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>14</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>15</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>16</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>16</b>
<b>Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....</b>	<b>17</b>
<b>Oppholdstid i akuttmottaket.....</b>	<b>17</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>18</b>
<b>Somatisk virksomhet .....</b>	<b>18</b>
<b>Psykisk helsevern voksne .....</b>	<b>21</b>
<b>Psykisk helsevern barn og unge.....</b>	<b>22</b>
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....</b>	<b>22</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>23</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>23</b>
<b>Bruk av pasienthotell .....</b>	<b>25</b>
<b>Personal .....</b>	<b>26</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>26</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>28</b>
<b>AML-brudd .....</b>	<b>30</b>
<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>31</b>
<b>Sykehuset i media.....</b>	<b>31</b>
<b>Økonomi .....</b>	<b>32</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>32</b>
<b>Gjennomføring av tiltak .....</b>	<b>35</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>37</b>
<b>Likviditet.....</b>	<b>37</b>
<b>Investeringer .....</b>	<b>37</b>
<b>Byggeprosjekter .....</b>	<b>38</b>

## Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;"><b>Infeksjoner</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nasjonalt måltall: 4,7 %</b> <b>Måltall UNN: 4,0 %</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN</b></p>  <table border="1" data-bbox="845 582 1420 649"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017 vår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UNN</td> <td>5,2</td> <td>4,9</td> <td>4,8</td> <td>3,9</td> </tr> <tr> <td>Nasjonal prevalens</td> <td>4,8</td> <td>5,3</td> <td>4,7</td> <td>4,5</td> </tr> </tbody> </table>		2014	2015	2016	2017 vår	UNN	5,2	4,9	4,8	3,9	Nasjonal prevalens	4,8	5,3	4,7	4,5
	2014	2015	2016	2017 vår												
UNN	5,2	4,9	4,8	3,9												
Nasjonal prevalens	4,8	5,3	4,7	4,5												
<p style="text-align: center;"><b>Legemiddelsamstemming</b></p>	<p>Måles fra annet halvår 2017.</p>															
<p style="text-align: center;"><b>Oppholdstid i akuttmottak, august</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Måltall: 90 %</b> <b>Andel under 4 timer: 89 %</b> <b>Antall over 4 timer: 171</b></p>																
<p style="text-align: center;"><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av august</b></p> <p style="text-align: center;"><b>77</b></p>																

<p><b>Tvang psykisk helsevern – voksne, 2. kvartal</b></p> <p><b>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,7 %</b></p>	<table border="1"> <caption>Andel pasienter utsatt for tvang</caption> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Andel (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal 2016</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2016</td> <td>5,0</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal 2016</td> <td>5,5</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal 2016</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>1. kvartal 2017</td> <td>6,5</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2017</td> <td>6,7</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Andel (%)	1. kvartal 2016	6,0	2. kvartal 2016	5,0	3. kvartal 2016	5,5	4. kvartal 2016	6,0	1. kvartal 2017	6,5	2. kvartal 2017	6,7																									
Kvartal	Andel (%)																																							
1. kvartal 2016	6,0																																							
2. kvartal 2016	5,0																																							
3. kvartal 2016	5,5																																							
4. kvartal 2016	6,0																																							
1. kvartal 2017	6,5																																							
2. kvartal 2017	6,7																																							
<p><b>Sykefravær, august</b></p> <p><b>7,8 %</b></p>	<table border="1"> <caption>Sykefravær (august)</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Sykefravær (%)</th> <th>Plan (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>aug.17</td> <td>7,8</td> <td>7,8</td> </tr> </tbody> </table>	Måned	Sykefravær (%)	Plan (%)	aug.17	7,8	7,8																																	
Måned	Sykefravær (%)	Plan (%)																																						
aug.17	7,8	7,8																																						
<p><b>AML brudd, august</b></p> <p><b>Antall AML-brudd: 5723</b></p>	<table border="1"> <caption>AML-brudd (august)</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Antall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>aug.17</td> <td>5723</td> </tr> </tbody> </table>	Måned	Antall	aug.17	5723																																			
Måned	Antall																																							
aug.17	5723																																							
<p><b>Tiltaksgjennomføring</b></p> <p><b>August: 50 %</b></p> <p><b>Hittil i år: 52 %</b></p>	<table border="1"> <caption>Tiltaksgjennomføring</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Gjennomføring (%)</th> <th>Mål (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>55</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>58</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>45</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>50</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td>58</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>50</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Juli</td> <td>62</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Aug</td> <td>50</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Sep</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Ok</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Nov</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Des</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Måned	Gjennomføring (%)	Mål (%)	Jan	55	100	Feb	58	100	Mar	45	100	Apr	50	100	Mai	58	100	Juni	50	100	Juli	62	100	Aug	50	100	Sep	0	100	Ok	0	100	Nov	0	100	Des	0	100
Måned	Gjennomføring (%)	Mål (%)																																						
Jan	55	100																																						
Feb	58	100																																						
Mar	45	100																																						
Apr	50	100																																						
Mai	58	100																																						
Juni	50	100																																						
Juli	62	100																																						
Aug	50	100																																						
Sep	0	100																																						
Ok	0	100																																						
Nov	0	100																																						
Des	0	100																																						

## 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 august 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	322	297	92	70
Hode- halskreft	88	79	89	70
Kronisk lymfatisk leukemi	15	11	73	70
Myelomatose	24	20	83	70
Akutt leukemi	22	20	90	70
Lymfomer	100	96	96	70
Bukspyttkjertelkreft	97	84	86	70
Tykk og endetarmskreft	276	254	92	70
Blærekreft	135	122	90	70
Nyrekreft	105	92	87	70
Prostatakreft	342	281	82	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	35	34	97	70
Livmorkreft	95	83	87	70
Eggstokkreft	54	45	83	70
Livmorhalskreft	49	44	89	70
Hjernerkeft	60	42	70	70
Lungekreft	261	240	91	70
Kreft hos barn	24	18	75	70
Kreft i spiserør og magesekk	93	87	93	70
Primær leverkreft	22	19	86	70
Skjoldbruskkjertelkreft	54	52	96	70
Føflekkreft	163	128	78	70
Galleveiskreft	32	23	71	70
<b>Totalt</b>	<b>2473</b>	<b>2175</b>	<b>88</b>	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	250	176	70	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	70	63	90	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	92	75	81	18	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	6	100	10	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	43	29	67	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	14	14	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3			21	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	24	21	87	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	82	56	68	13	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	5	41	29	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	32	20	62	28	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	9	69	25	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	216	134	62	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	6	66	24	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	37	25	67	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	122	89	72	34	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	15	65	39	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	73	28	38	50	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.	123	57	46	70	37
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	117	58	49	38	66
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	7	53	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.	77	64	83	26	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.	83	69	83	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	14	8	57	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	19	13	68	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	5	71	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	14	82	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	18	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.	58	33	56	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	46	36	78	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	98	84	85	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	11	73	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	17	12	70	37	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	24	24	100	22	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	1	11	45	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	0	0	47	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	55	35	63	33	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.	139	127	91	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	11	91	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	2	50	16	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	153	113	73	16	22
		<b>2306</b>	<b>1611</b>	<b>70</b>		

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

Utviklingen viser at flere pasienter inkluderes i pakkeforløpene, mens det er færre pasienter som får startet sin behandling innen fristen.



## Pasientsikkerhetsprogrammet

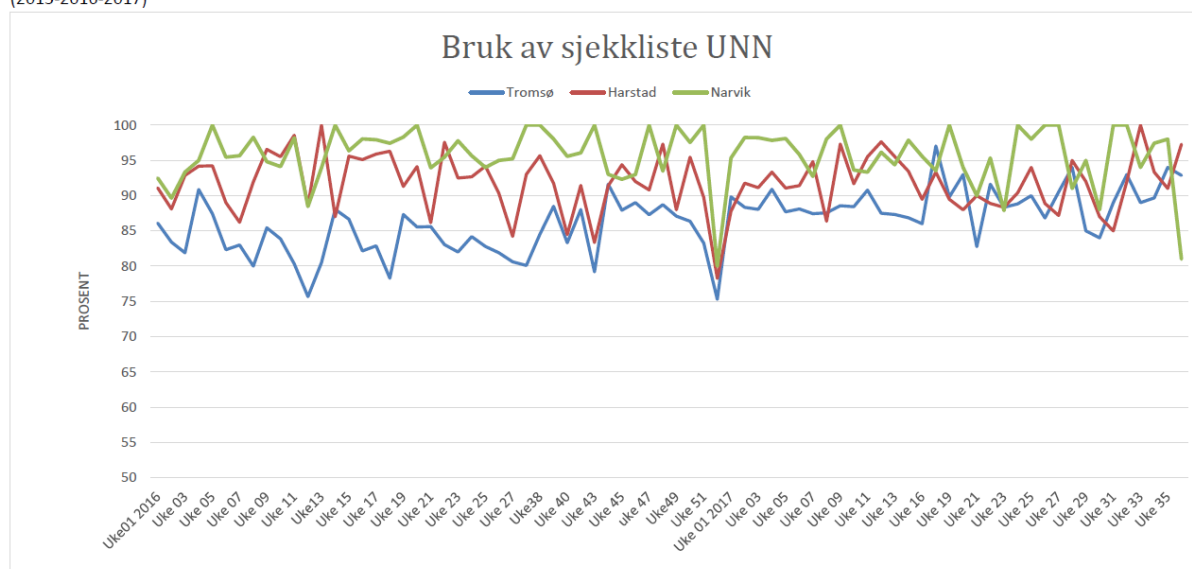
### De enkelte innsatsområdene:

**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. Sjekklister er også i bruk ved intervensjonsradiologisk laboratorium ved Røntgenavdelingen.

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

Utrekning: Antall operasjoner der alle tre deler av sjekklister 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) og Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK):** Disse innsatsområdene oppfattes som implementert og i daglig drift. De fleste sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn 6 mnd. og kontrollmåler ved månedlige smittevernvisitter.

**Forebygging av fall og Forebygging av trykksår:** Alle enheter er i gang med tiltakspakkene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall og trykksår som avvikshendelser og benytte hendelsene til læring for å forebygge nye tilfeller.

**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 innført på tilnærmet alle sengeposter i UNN. Det er vedtatt å bytte skåringssystem fra TILT/MEWS til NEWS for å ha samme system i hele Helse Nord når elektronisk kurve innføres.

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

**Brukermedvirkning:** Ett team fra sengepost for gynekologi, urologi, endokrin kirurgi og plastikk-kirurgi har meldt seg på nasjonalt læringsnettverk i brukermedvirkning med fokus på utskrivningssamtalen. Her deltar også Brukerutvalget med en representant. Dette starter opp i september.

**Opplæring:** UNN har fått antatt to kandidater til Nordisk forbedringsagentutdanning, en kandidat til Forbedringsutdanning for leger og en kandidat til Scottish Patient Safety Fellowship. Alle disse har nå startet på sine utdanningsløp.

### **Status ved de enkelte klinikker:**

Status fra klinikkene er basert på et 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 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.

Navn på enheter som ikke har levert til denne rapporteringen er markert i kursiv.

**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 SPREDNINGSPLAN 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		PedSAFE
Nyfødt intensiv		Tilpasset	Tilpasset					
Reg. senter for spiseforstyrrelser		Tilpasset						
Barnehabiliteringen		Tilpasset						

**Hjerte- og lungeklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. 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, tavle
Lab								
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost								TILT, tavler, utskrivningssamtale
Lungemed								

**Medisinsk klinikk:**

Alle innsatsområder er iverksatt. 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 SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk								
Hematologisk								TILT, visittstol
Inf med								TILT, tavler
Fordøyelse/Nyre								TILT, tavle
Geriatrisk								TILT, tavle
Medkir Narvik	Tilpasset			Tilpasset, PVK				TILT, tavle, behandlingsplan, PedSafe
Med A Harstad								Tavler, TILT
Med B Harstad								Tavler, TILT

**Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:**

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

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel- samstem- ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets- prosjekter
<b>K3K</b>								
Føde/Barsel Tromsø	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							Tavle, TILT
Kir. Harstad	Tilpasset							Tavle, UNN-pilot LN TILT

### Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

Ortopedisk sengepost har en sykepleier som er startet på Nordisk forbedringsagentutdanning.

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

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel- samstem- ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets- prosjekter
<b>Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken</b>								
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling								Tavler, Tilt
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdeling	Tilpasset							Tavle
Ortopeden Tø	Tilpasset							Tavle, TILT, ernæring, utskrivningskoordinator
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 2. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel- samstem- ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets- prosjekter
<b>Operasjons- og intensivklinikken</b>								
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset, intermediærpas		Forebygging av overfylt urinblære, tavle, utskrivningskriterier
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle, kontroll urinmengde v ankomst
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Hypotermi-forebygging plast, pasientflyt på dagkirurgen, tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Påførende prosjekt, slag, tavle
ANOP Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagalarm	Tavle, skjema for vurdering v innl.
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deltar i Medisinsk mottaksteam	Tavle, overfylt blære, smittevern, ISBAR
ANOP Akuttmottak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tavle, en hel rekke prosjekter
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.

**Akuttmedisinsk klinikk:**

Medisinsk mottaksteam er innført, bl.a for å forbedre ivaretagelsen av sepsispasienter. Resultatene følges fortløpende ved tavlemøter.

Ambulansetjenesten følger UNNs prosedyre for trykksårforebygging og skifter fortløpende ut madrasser til en bedre type. Pasienter med mistanke om lårhalsbrudd legges i egne senger med trykkavlastende madrass ved ankomst. Screening for trykksårrisiko er tatt inn i akuttjournalen. Dersom avdekket risiko, følges dette opp på obs.posten.

En sykepleier ved AMK er startet på Nordisk forbedringsagentutdanning.

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. 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	Tavler
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	TILT, tavler

**Psykisk helse og rusklinikken: (Mangler fra en hel rekke enheter)**

Innsatsområdene **forebygging av selvmord** og **forebygging av overdosedødsfall** er implementert ved aktuelle avdelinger, men pga stor utskifting av ledere må dette fokuseres på nytt. Legemiddelsamstemming er fortsatt under innføring og krever oppmerksomhet.

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.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 2.tertial 2017	Legemiddel-samstemming	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
<i>Akuttpost nord</i>				
<i>Akuttpost sør</i>				Sjekkliste
Akuttpost Tromsø				
PRE				sjekkliste innkomst, somatikk, medisinlister
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan
<i>Døgn 1+2</i>		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
<i>SPHR Ofoten</i>		Tilpasset		Tavle + risikotavle
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid, bedre psykosebeh.
<i>SPHR Sør-Troms</i>		Tilpasset		
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
<i>Rusbehandling Ung</i>				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				
<i>Rusbehandling Narvik</i>	Ikke måling men sjekkliste			Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	13 893	9 592	8 840	-752	-8
...herav med fristbrudd	89	76	77	1	1
...herav med ventetid over 365 dager	558	141	50	-91	-65
Gjennomsnittlig ventetid dager	111	75	64	-11	-15
Ikke møtt til planlagt avtale	1 167	1 130	1 868	738	65

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

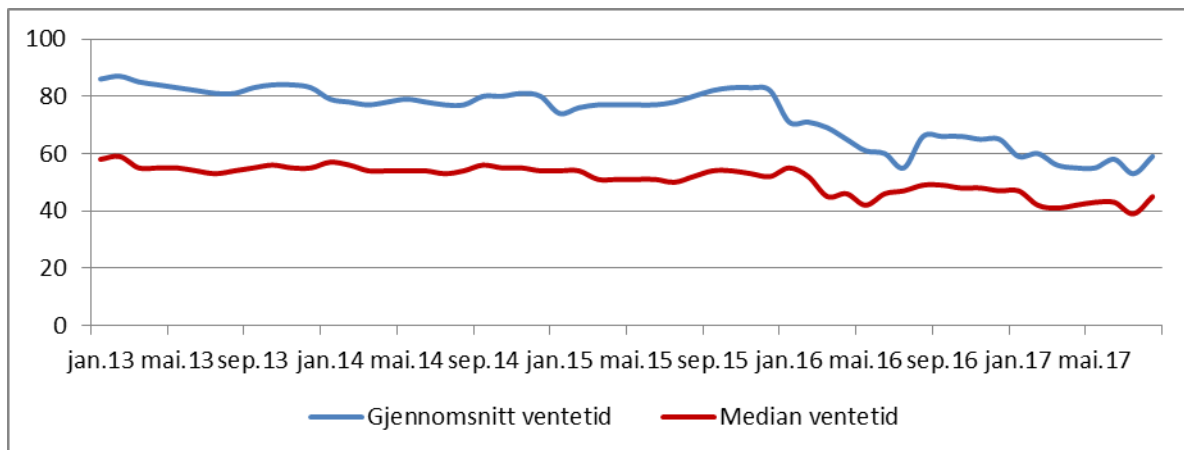
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	34 259	31 998	30 358	-1 640	-5
...herav med fristbrudd	858	380	467	87	22,9
Andel - avviklet ordinært	47	94	100	6	7

## Ventetid

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

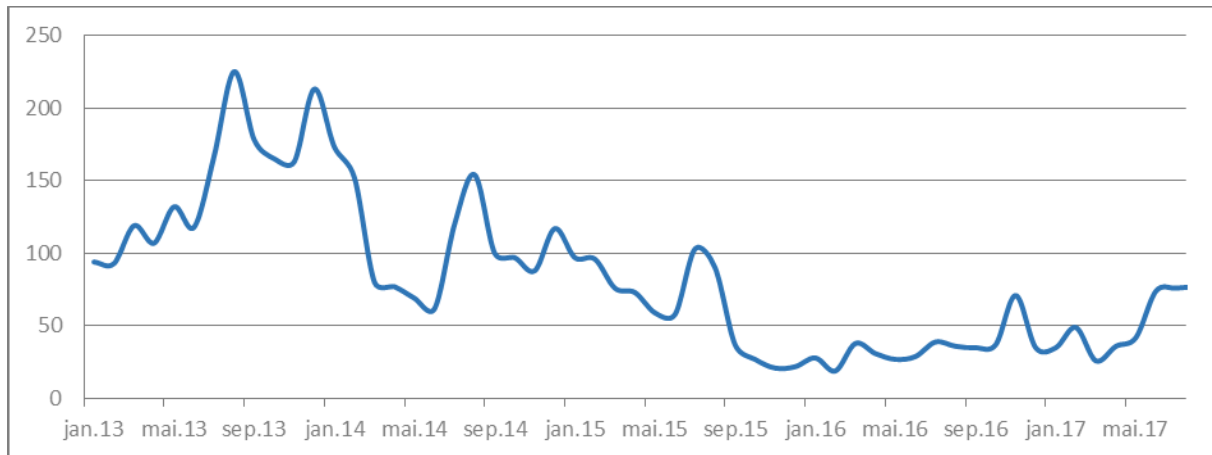
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	80	66	59	-7	-11
Median ventetid i dager	52	49	45	-4	-8

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



## Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

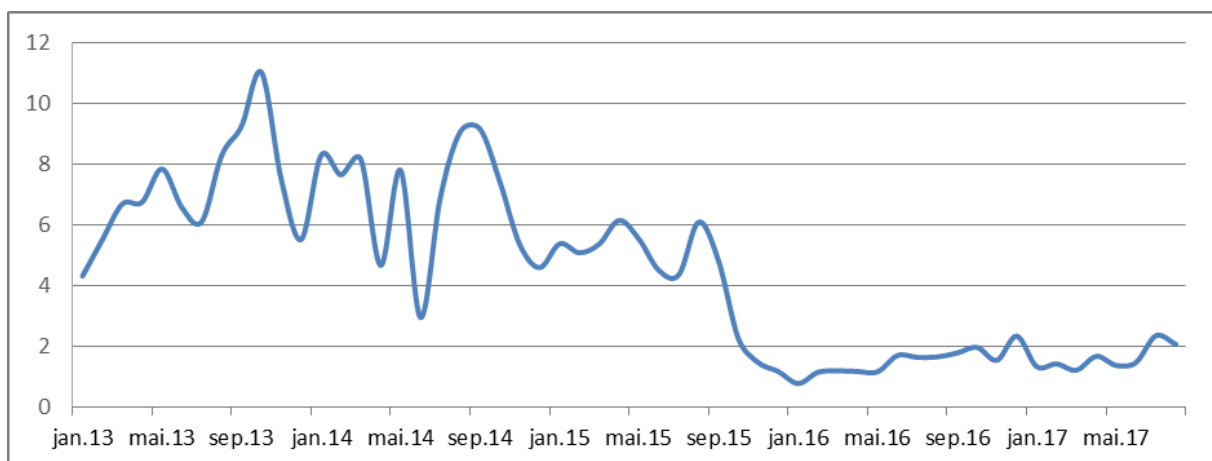


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av juli 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	253	0,4 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3	1 849	0,2 %
Medisinsk klinikk	14	854	1,6 %
Hjerte- og lungeklinikken	10	588	1,7 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	49	4 805	1,0 %
<b>UNN</b>	<b>77</b>	<b>8 349</b>	<b>0,9 %</b>

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd

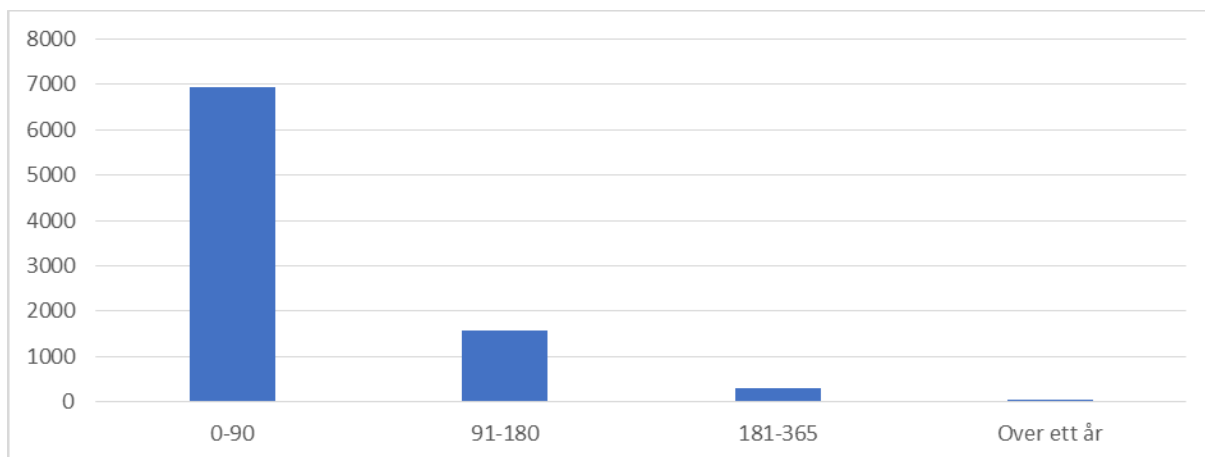




**Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk**

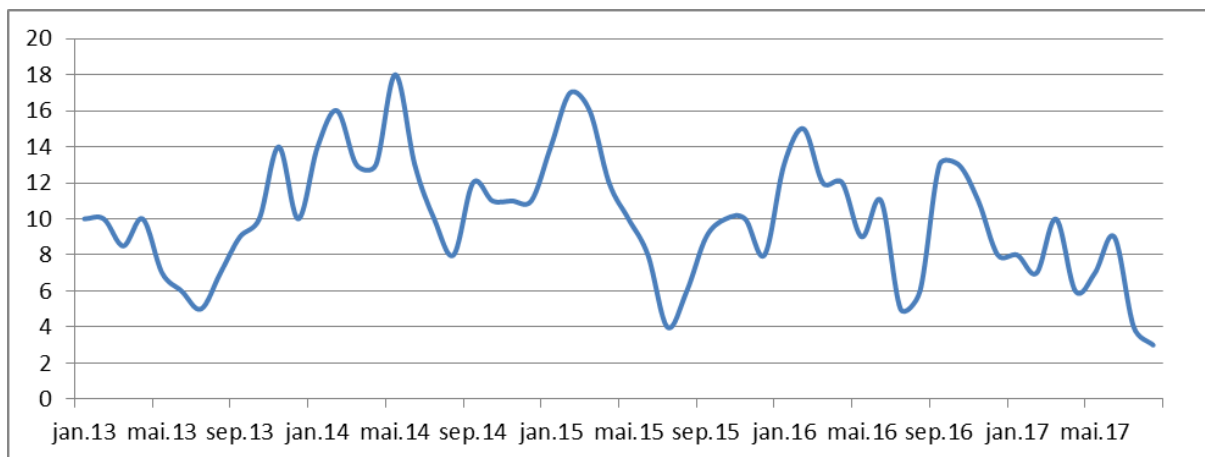
Klinikk	jul.17	aug.17
Barne- og ungdomsklinikken	2	1
Hjerte- og lungeklinikken	4	9
Medisinsk klinikk	3	14
Psykisk helse- og rusklinikken	0	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19	35
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12	27
UNN	40	87

**Figur 4 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**



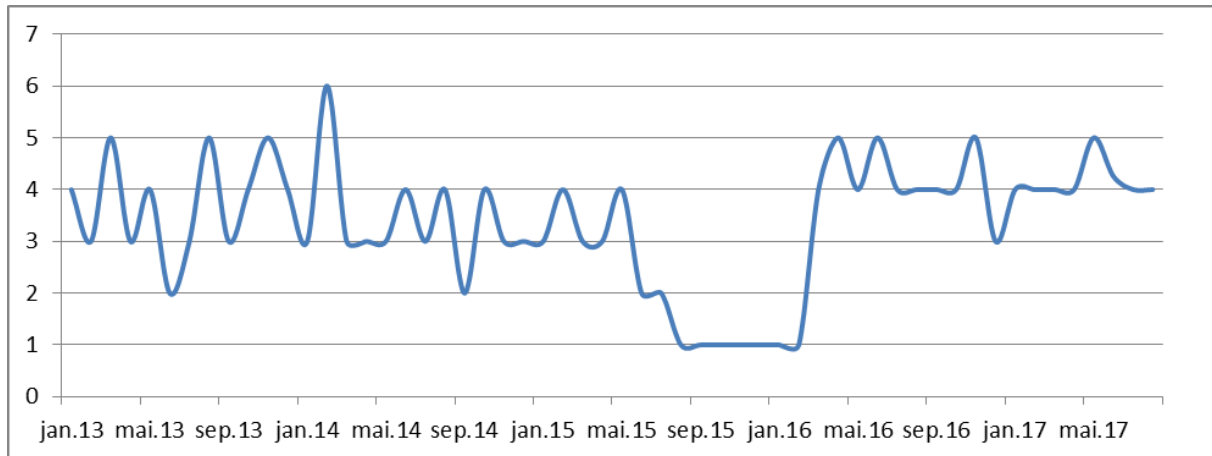
### Korridorpasienter

**Figur 5 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)**



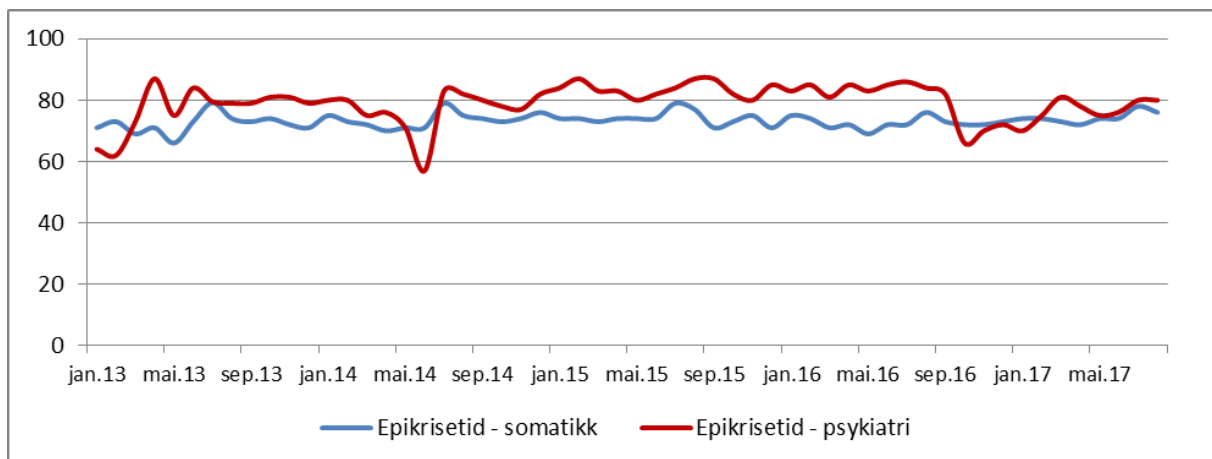
## Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



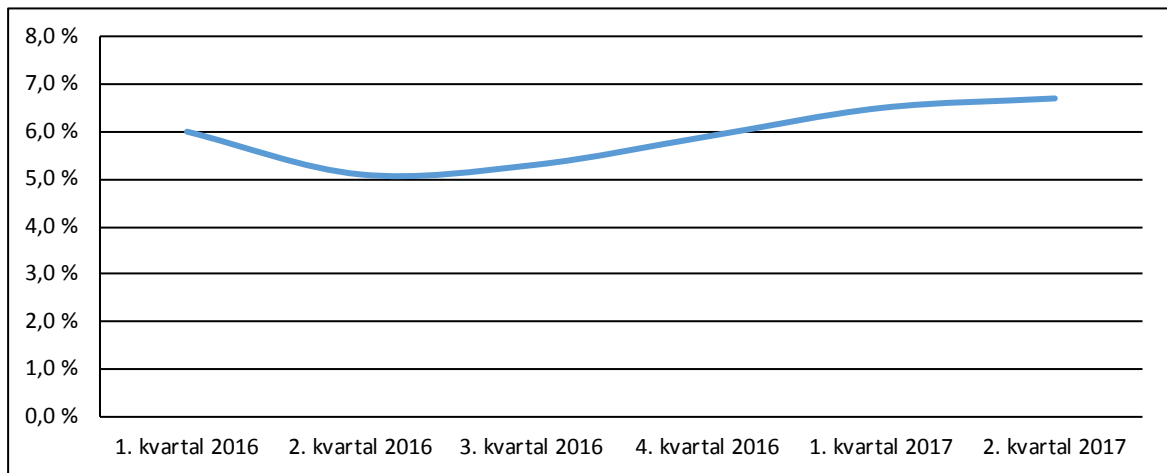
## Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



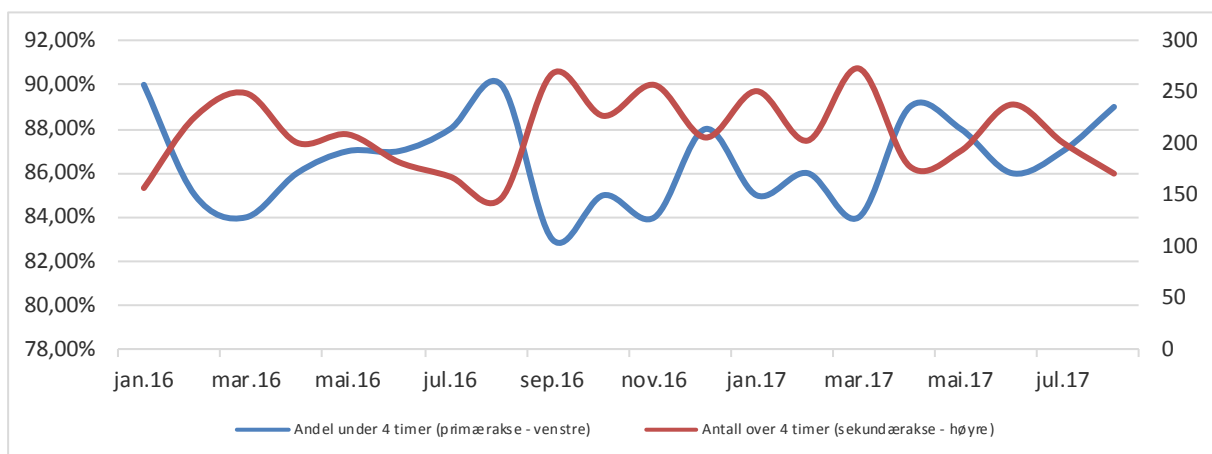
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

**Figur 8 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)**

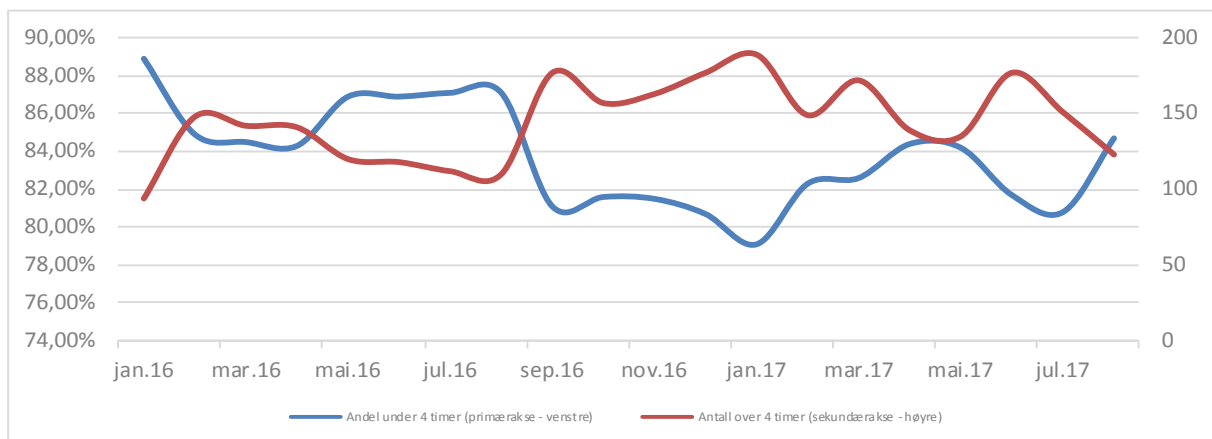


## Oppholdstid i akuttmottaket

**Figur 9 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer og antall over 4 timer)**



**Figur 10 Oppholdstid i akuttmottaket poliklinikk (andel under 4 timer og antall over 4 timer)**



## Aktivitet

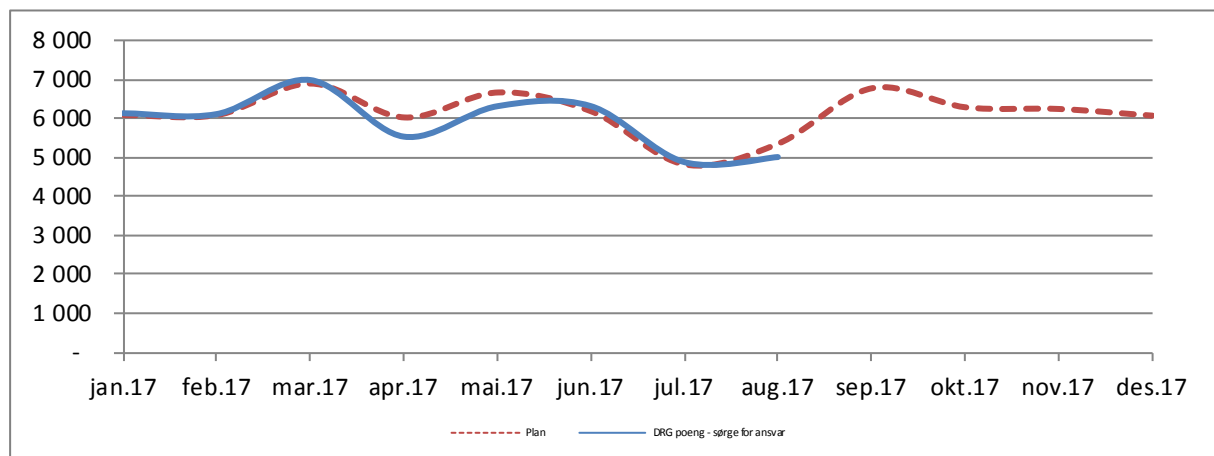
Tabell 8 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>							
Utskrivelser heldøgn	26 853	27 546	27 709	693	2,6	-163	-0,6
Innlagte dagopphold	4 348	4 479	4 561	131	3,0	-82	-1,8
Polikliniske dagbehandlinger	17 864	17 376	19 929	-488	-2,7	-2 553	-12,8
DRG poeng (2017 logikk)	42 778	47 244	47 940	4 466	10,4	-696	-1,5
Liggedager i perioden	113 360	115 198	113 100	1 838	1,6	2 098	1,9
Polikliniske konsultasjoner	168 637	168 374	161 950	-263	-0,2	6 424	4,0
Herav ISF	141 979	144 011	142 951	2 032	1,4	1 060	0,7
Kontrollandel poliklinikk	34 %	32 %	31 %	-2 %	-5,9	1 %	3,2
Laboratorieanalyser	3 593 319	4 131 299	3 511 530	537 980	15,0	619 769	17,6
Røntgenundersøkelser	110 345	99 770	101 855	-10 575	-9,6	-2 085	-2,0
Fremmøte stråleterapi	8 754	8 085	9 280	-669	-7,6	-1 195	-12,9
Pasientkontakter	199 838	200 399	194 220	561	0,3	6 179	3,2
<b>VOP</b>							
Utskrivelser heldøgn	2 058	2 281	2 092	223	10,8	189	9,0
Liggedager i perioden	27 977	30 764	28 166	2 787	10,0	2 598	9,2
Polikliniske konsultasjoner	39 066	39 723	41 970	657	1,7	-2 247	-5,4
Pasientkontakter	41 124	42 004	44 062	880	2,1	-2 058	-4,7
<b>BUP</b>							
Utskrivelser heldøgn	105	143	179	38	36,2	-36	-20,1
Liggedager i perioden	1 592	2 261	2 187	669	42,0	74	3,4
Polikliniske konsultasjoner	16 048	17 482	16 134	1 434	8,9	1 348	8,4
Pasientkontakter	16 153	17 625	16 313	1 472	9,1	1 312	8,0
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>							
Utskrivelser heldøgn	443	462	471	19	4,3	-9	-1,9
Liggedager i perioden	13 353	13 410	14 441	57	0,4	-1 031	-7,1
Polikliniske konsultasjoner	6 916	7 597	7 315	681	9,8	282	3,9
Pasientkontakter	7 359	8 059	7 786	700	9,5	273	3,5

DRG-poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde, uansett behandlingssted). Pga overgang til nytt system (fra organkoder til regionskoder for MR, CT og angio) vil ikke antall røntgenundersøkelser være sammenlignbare med 2016.

## Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2017

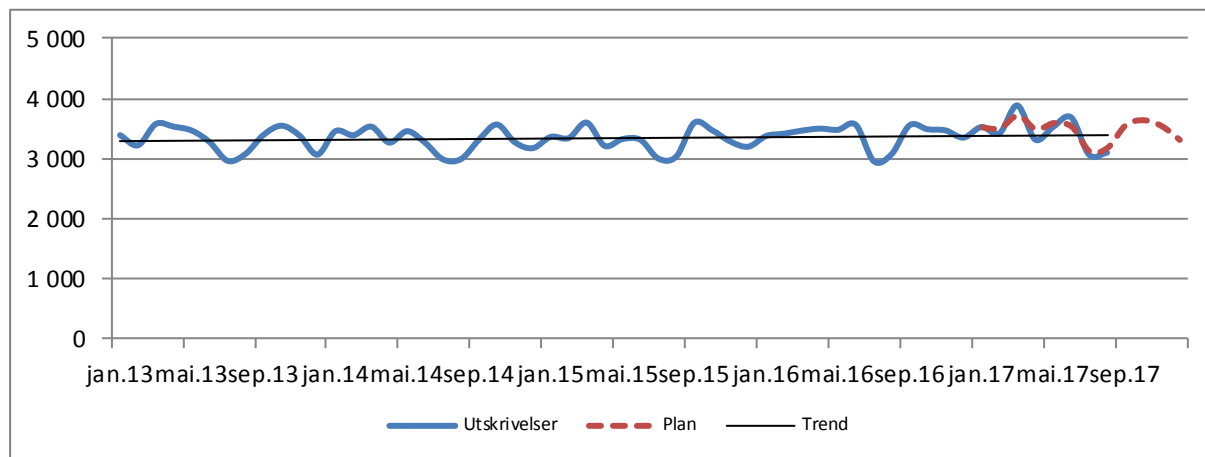


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

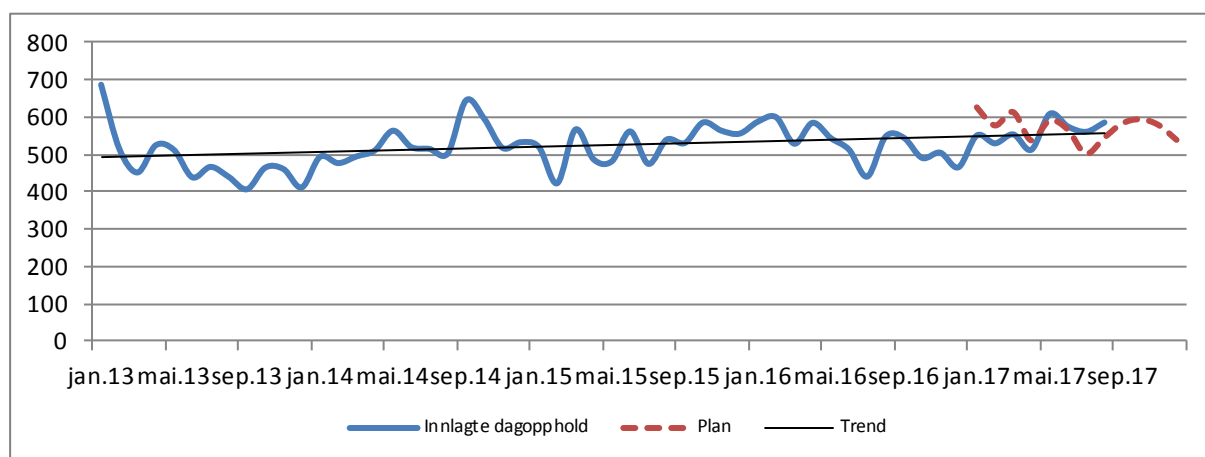
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 027	1 029	-2
Barne- og ungdomsklinikken	2 185	2 078	107
Hjerte- og lungeklinikken	8 011	7 553	458
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12 198	13 404	-1 206
Medisinsk klinikk	8 606	8 305	301
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	11 728	12 015	-287
Operasjons- og intensivklinikken	271	274	-3
<b>Totalt</b>	<b>44 027</b>	<b>44 658</b>	<b>-631</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

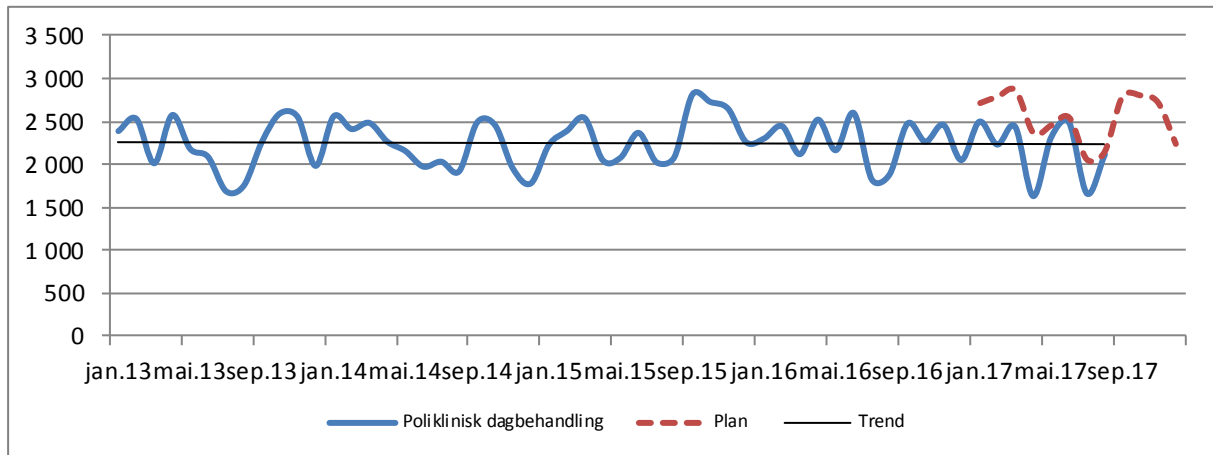
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



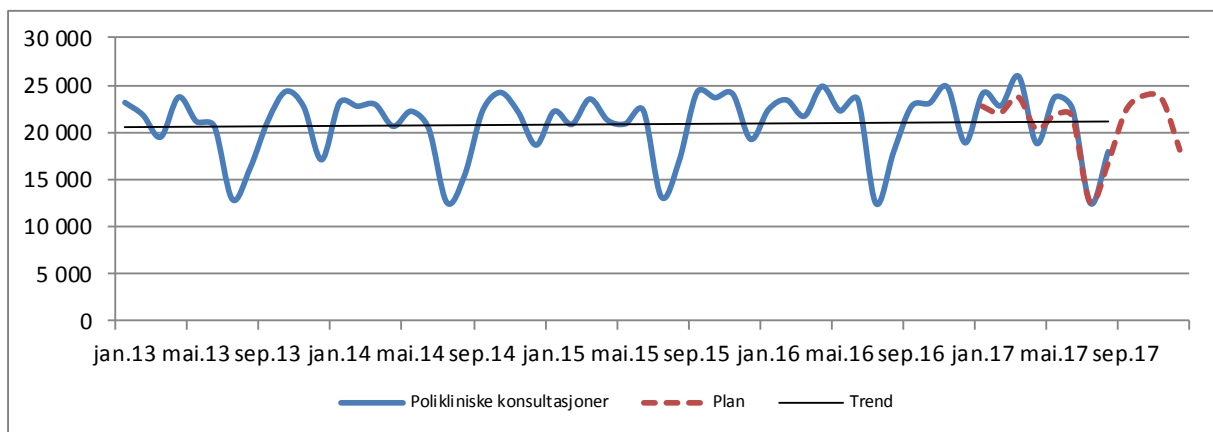
Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



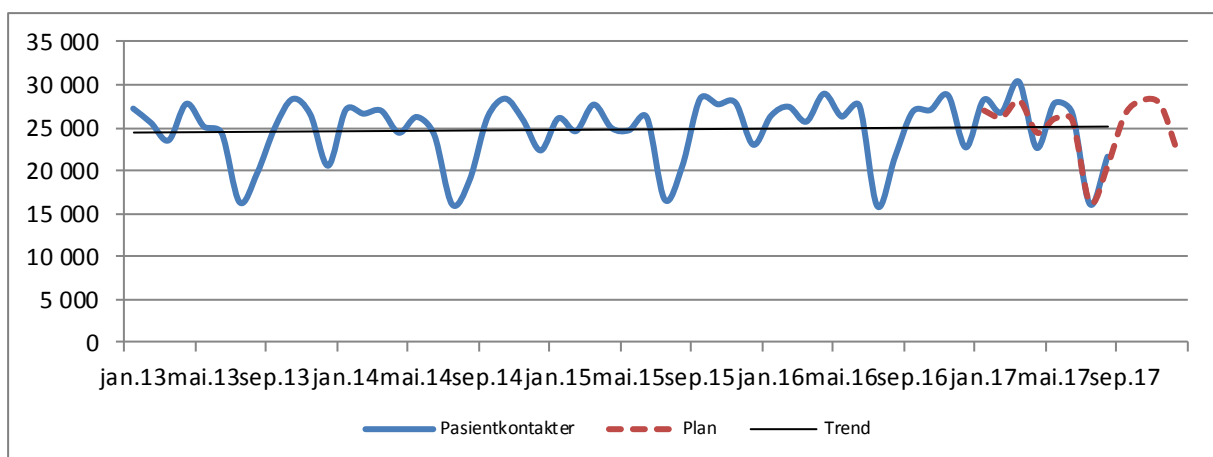
**Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



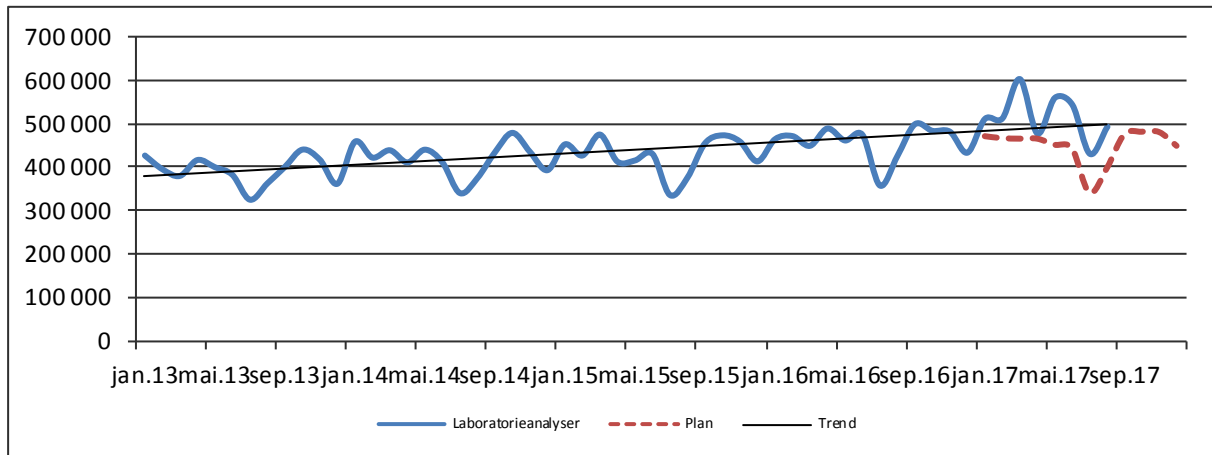
**Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



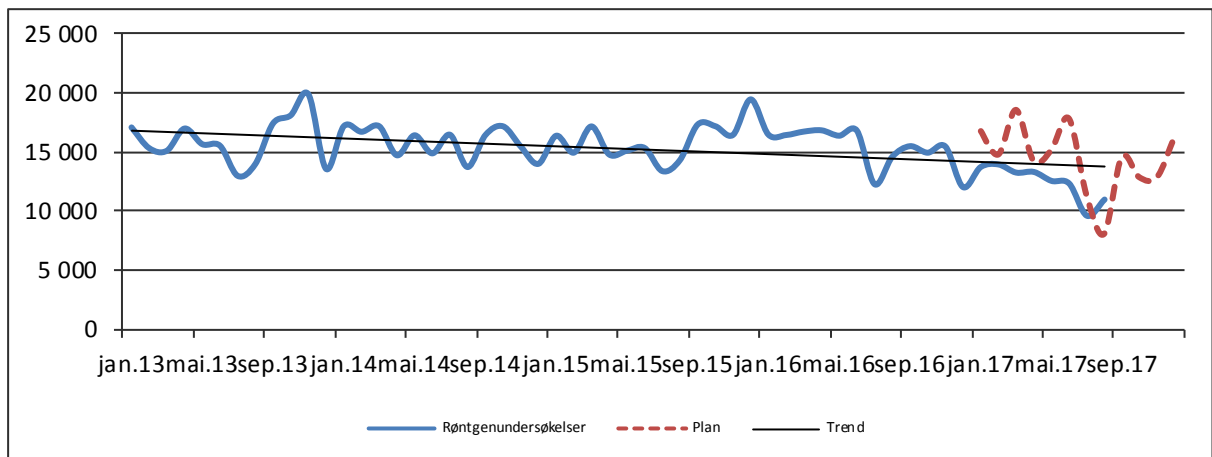
**Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 17 Laboratorieanalyser**

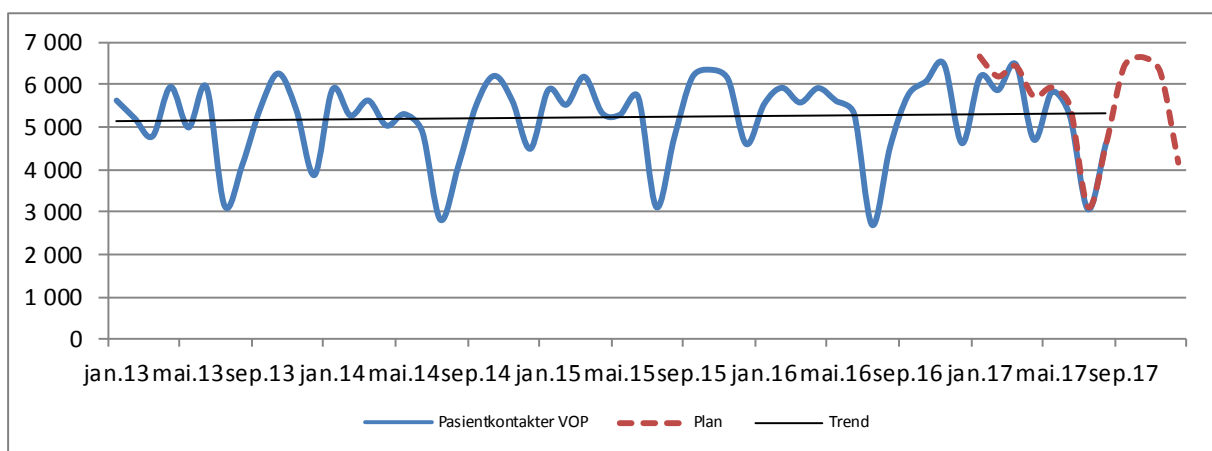


**Figur 18 Røntgenundersøkelser**



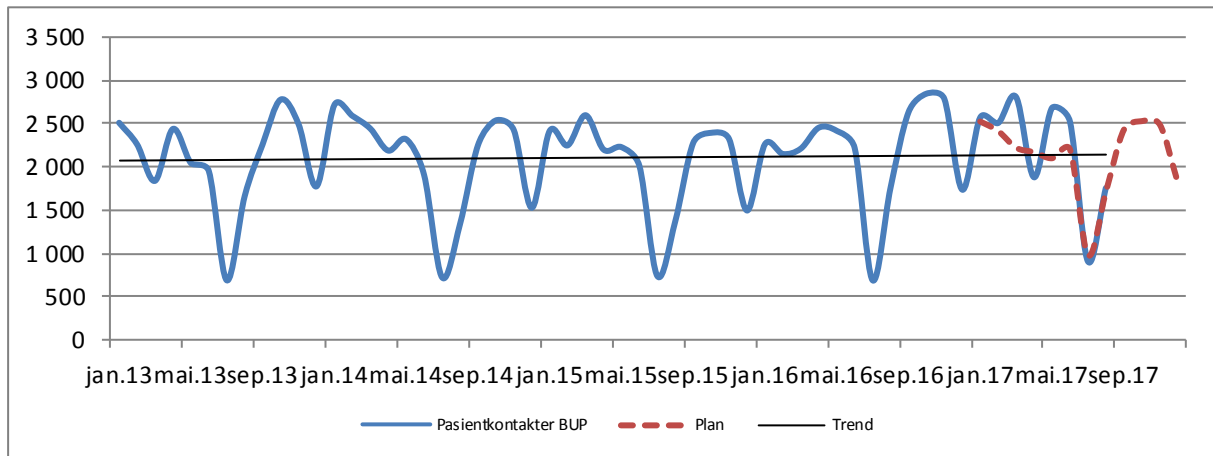
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 19 Pasientkontakter – VOP**



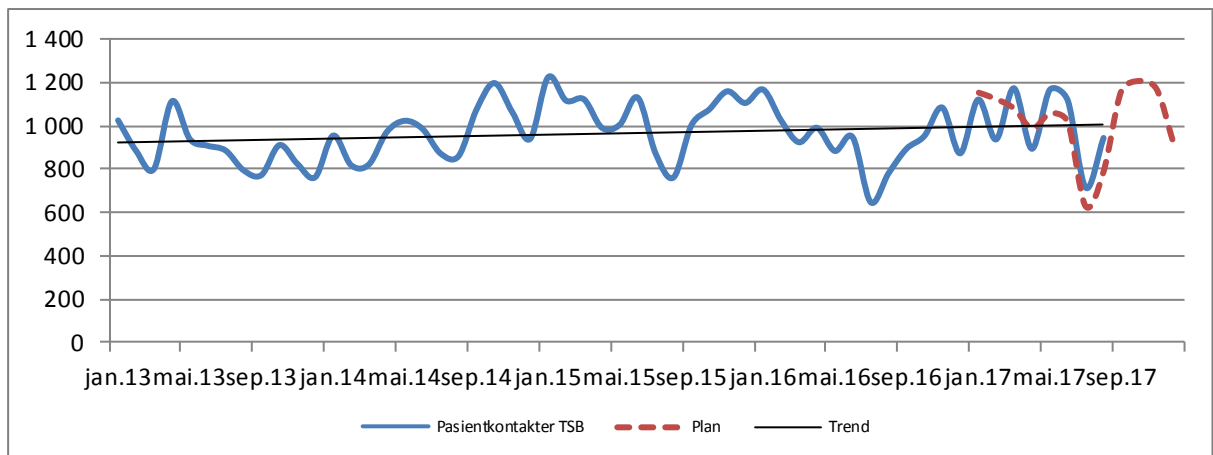
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



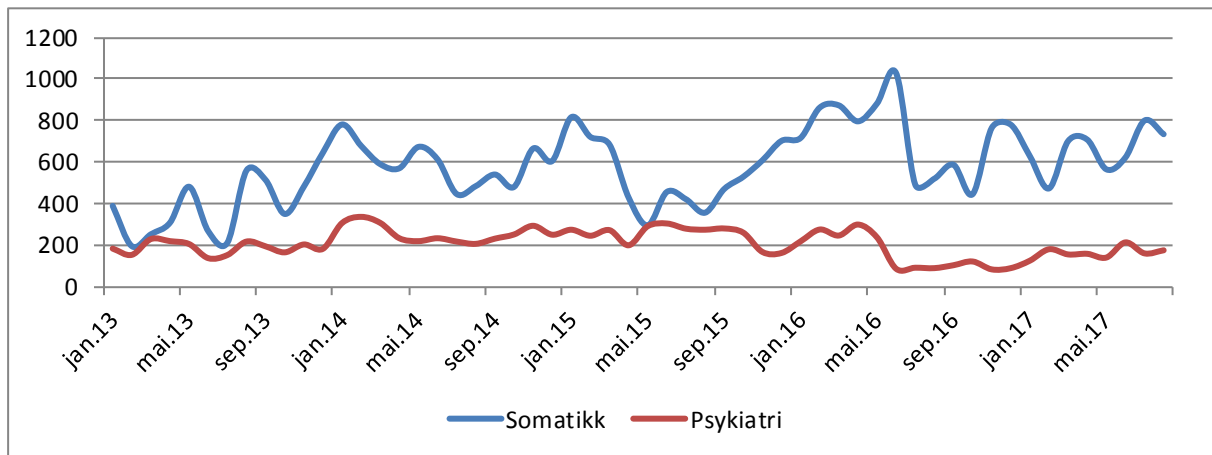


## Samhandling

### 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 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

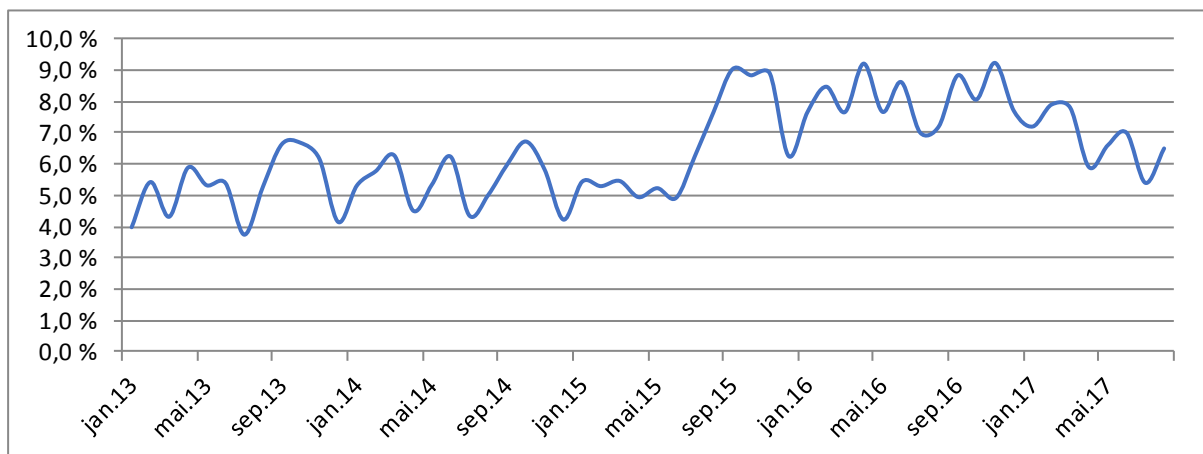


Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

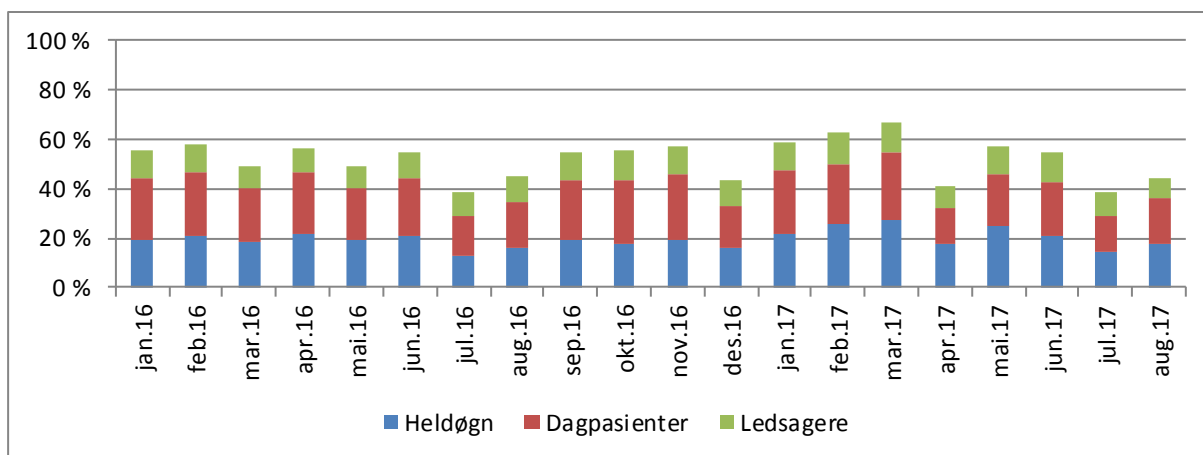
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-aug	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-aug	Antall opphold jan-aug	Utskrivningsklare døgn jan-aug pr 1000 innbyggere
KARLSØY	97	84	15	42
IBESTAD	54	10	44	38
TROMSØ	2 680	2 414	362	37
TJELDSUND	47	5	42	37
LØDINGEN	78	20	59	36
HARSTAD	801	288	538	32
NARVIK	603	350	266	32
GRATANGEN	36	16	20	32
SKÅNLAND	85	8	80	28
SALANGEN	59	32	28	27
EVENES	36	1	35	26
KVÆFJORD	67	3	67	22
STORFJORD	29	26	4	15
NORDREISA	67	47	16	14
BALLANGEN	34	8	26	13
BALSFJORD	73	44	32	13
LYNGEN	36	22	15	12
LAVANGEN	12	1	11	12
DYRØY	12	5	7	10
MÅLSELV	44	19	26	7
TRANØY	9	4	5	6
BERG	5	0	5	6
TYSFJORD	11	2	9	6
BARDU	22	6	16	5
SKJERVØY	14	8	6	5
TORSKEN	4	1	3	5
LENVIK	44	11	34	4
SØRREISA	11	2	9	3
KÅFJORD	6	2	4	3
<b>Sum</b>	<b>5 076</b>	<b>3 439</b>	<b>1 784</b>	<b>27</b>

## Bruk av pasienthotell

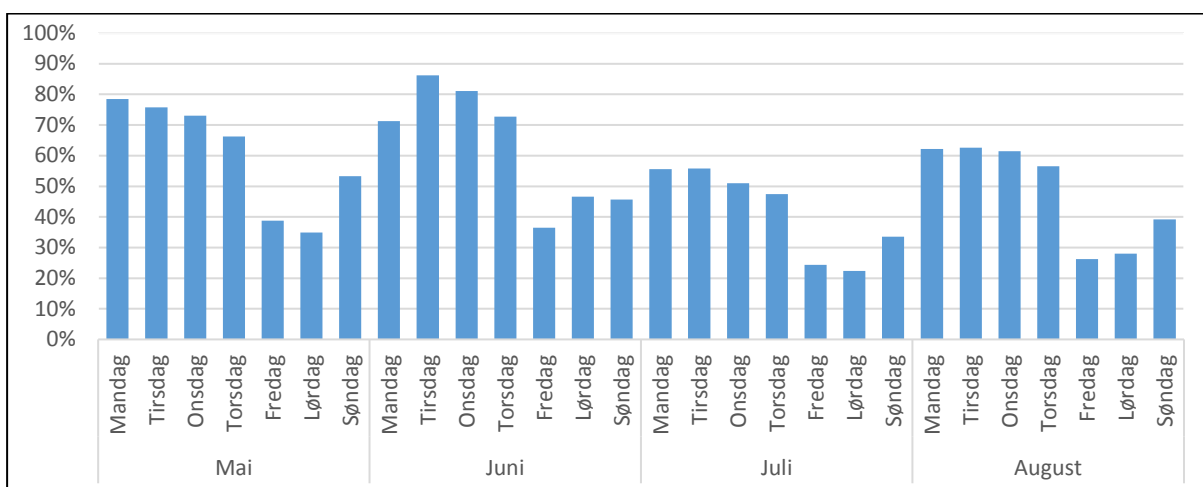
Figur 23 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



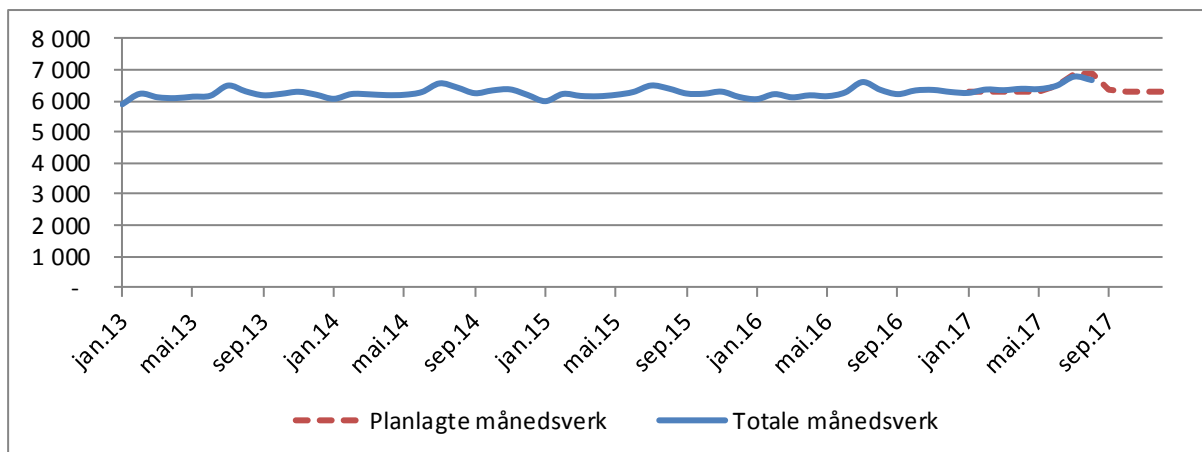
Figur 25 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



## Personal

### Bemanning

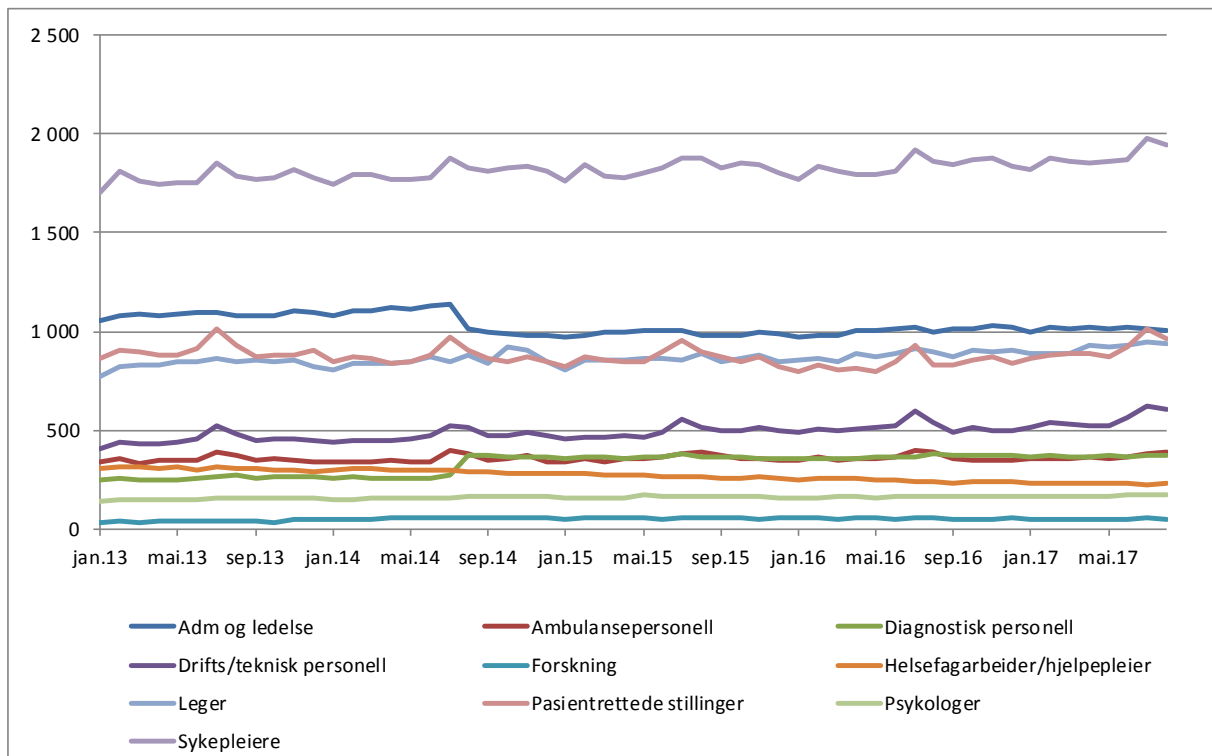
Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk 2013-2017



Tabell 11 Brutto utbetalte månedsverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 254	6270	-16
Februar	6 220	6 213	6 362	6270	92
Mars	6 156	6 112	6 341	6280	60
April	6 146	6 176	6 386	6288	98
Mai	6 191	6 149	6 376	6287	89
Juni	6 284	6 266	6 483	6471	13
Juli	6 491	6 601	6 777	6847	-70
August	6 393	6 353	6 665	6866	-202
September	6 234	6 214		6369	
Oktober	6 226	6 333		6301	
November	6 293	6 349		6301	
Desember	6 123	6 282		6301	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 234</b>	<b>6 241</b>	<b>6 455</b>	<b>6 447</b>	<b>8</b>

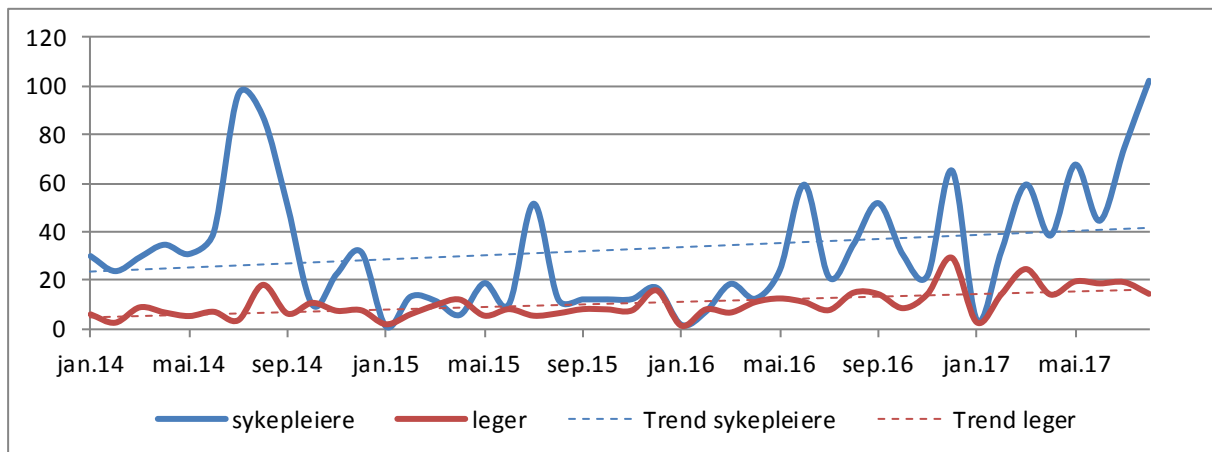
Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 12 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	993	997	1 013	16
Ambulansepersonell	358	365	364	-1
Diagnostisk personell	363	361	369	9
Drifts/teknisk personell	484	521	552	31
Forskning	52	52	48	-4
Helsefagarbeider/hjelpepleier	271	249	230	-19
Leger	855	877	916	38
Pasientrettede stillinger	874	832	912	80
Psykologer	162	160	168	8
Sykepleiere	1 821	1 827	1 884	57
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 234</b>	<b>6 241</b>	<b>6 455</b>	<b>215</b>

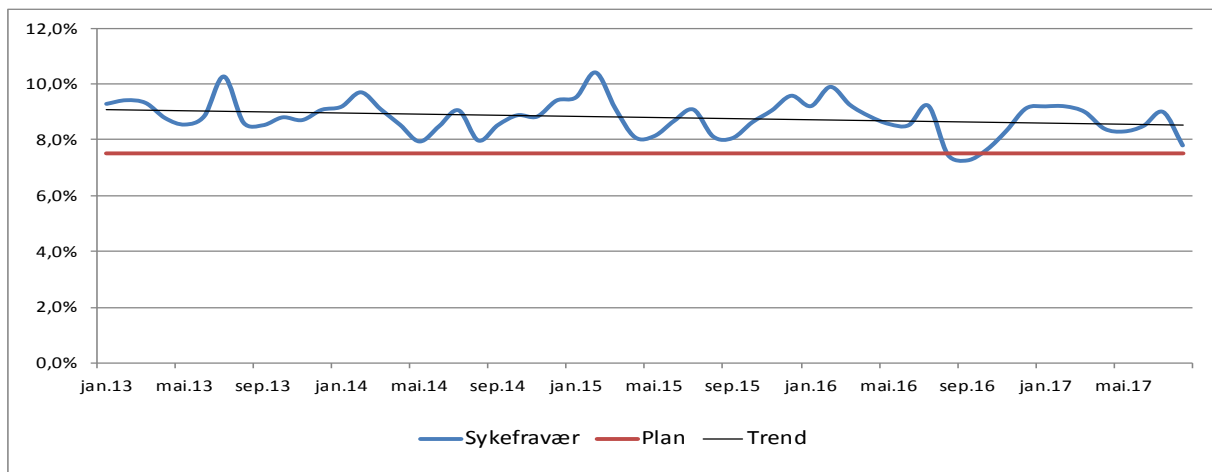
**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

### Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i august 2017 er på 7,8%. Samme måned i 2016 var sykefraværet 7,5%. Dette er en økning på 0,3 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,7% og viser en økning på 0,4 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,8% og viser en økning på 1,2 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 2,3% og viser en reduksjon på 1,3 prosentpoeng.

I snitt var det hver dag i august 252 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

**Figur 29 Sykefravær 2013-2017**

Tabell 13 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og august 2017

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

### Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i august måned ikke vært registrert noen egenmeldinger i HN-LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

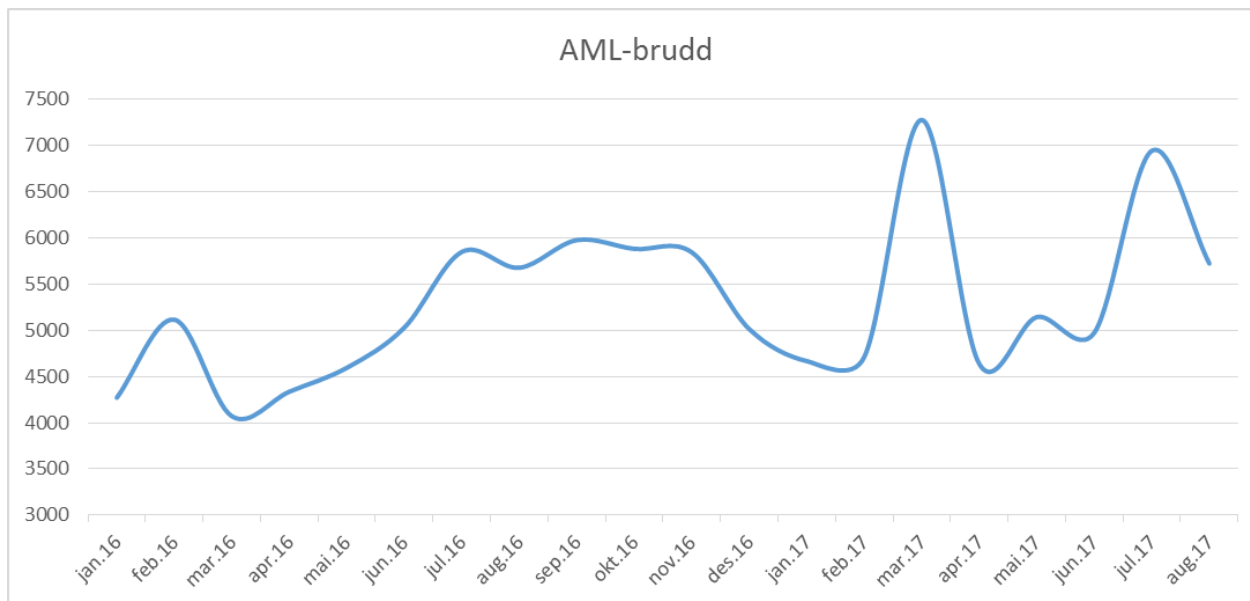
### Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i august 2017 vært registrert totalt 386 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 142 graderte. Det tilsvarer en andel på 36,8% graderte sykemeldinger. Andelen er 3,9 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (40,7%).

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 30 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 14 AML-brudd per klinikk

Klinikk	Aug.2016	Aug.2017	Endring i %
Akuttmedisinsk klinikk	1466	1301	-11,3 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	399	618	54,9 %
Hjerte- og lungeklinikken	628	596	-5,1 %
Medisinsk klinikk	282	224	-20,6 %
Barne- og ungdomsklinikken	172	101	-41,3 %
Operasjons- og intensivklinikken	890	712	-20,0 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	757	876	15,7 %
Psykiskhelse- og rusklinikken	495	790	59,6 %
Diagnostisk klinikk	309	261	-15,5 %
Kvalitets- og utviklingssenteret	8	5	-37,5 %
Drifts- og eiendomssenteret	256	232	-9,4 %
Stabssenteret	5	4	-20,0 %
Annet	10	3	-70,0 %
<b>Totalt</b>	<b>5677</b>	<b>5723</b>	<b>0,8 %</b>



## Kommunikasjon

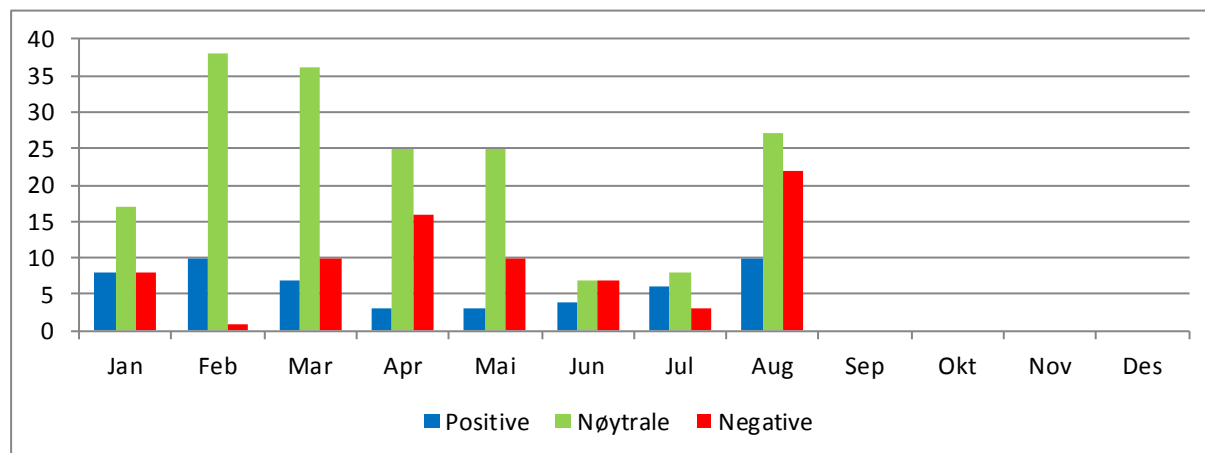
### Sykehuset i media

I august ble det fra UNN solgt inn flere saker i media som fikk oppmerksomhet både i radio, TV og aviser. En 39 år gammel pasient med alvorlig hjerneslag ble reddet av et tverrfaglig team etter at en nokså ny metode for å fiske ut blodpropp i hjernen ble tatt i bruk. NRK Troms presenterte i radio, TV og på nett en sak om fornøyde kreftpasienter som opplevde at kreftforløpet på UNN «var som å reise på 1. klasse». Saken ble publisert i forbindelse med offentliggjøring av nasjonale kvalitetsindikatorer. En pasient fortalte iTromsø at hun har fått et nytt liv etter inkontinensoperasjon og møtet med svært kompetent fagpersonell ved UNN. Et nytt tilbud for spilleavhengige, spillsnakk.no ved ruspoliklinikken på Åsgård ble også omtalt i flere medier i Troms.

Den dominerende del av medieoppslagene handlet om et møte hvor departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet innkalte Helse Nord RHF, Fylkesmannen i Troms og Helsetilsynet for å drøfte en bekymringsmelding fra Fylkesmannen om ulike hendelser ved UNN. Saken fikk oppmerksomhet i medier i Troms og i Dagens Medisin. Nordlys skrev at UNN ikke har innført et kvalitetsmessig godt nok traumesystemet i tråd med bestillingen fra Helse Nord. NRK Troms rettet søkelys mot en rapport fra Helsetilsynet hvor UNN får kritikk etter at et barn døde under fødsel i mars 2016.

Flere medier publiserte, med ulike vinklinger at «sykehusdirektøren ved UNN føler seg truet til å ansette en lege han mener ikke er kvalifisert».

**Figur 31 Mediestatistikk 2017**

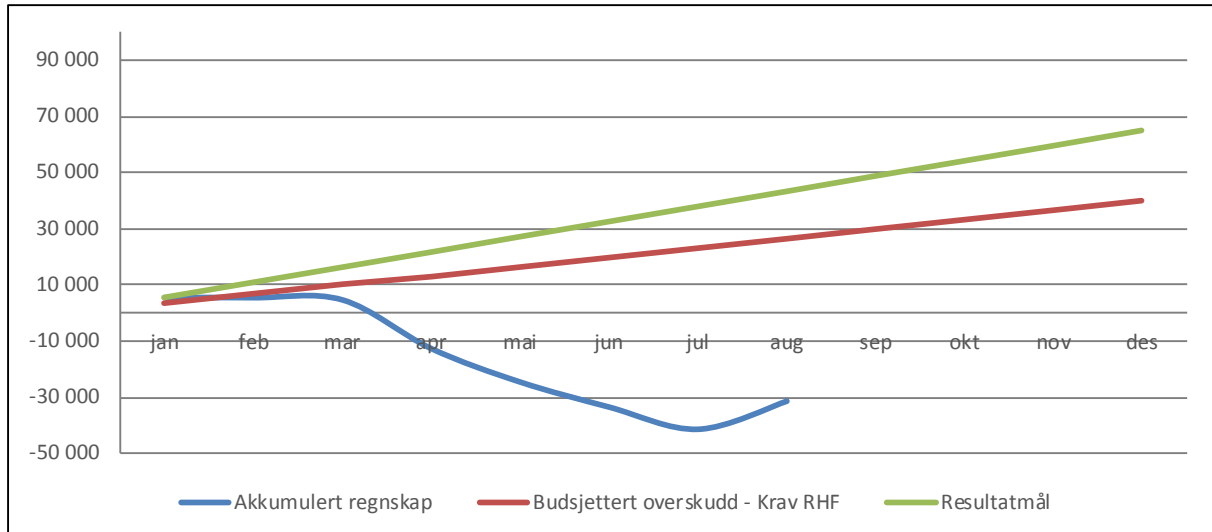


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

### Resultat

Figur 32 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 august viser et regnskapsmessig resultat på 10,0 mill kr. Det er 6,6 mill kr høyere enn budsjett og 4,6 mill kr høyere enn resultatmålet. Akkumulert per august viser regnskapet 31,4 mill kr i underskudd, 58,0 mill kr lavere enn budsjett og 74,6 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 15 Resultatregnskap 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	399,6	390,2	9,3	2 %	2 996,2	2 996,2	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	18,5	18,5	0,0	0 %
ISF egne pasienter	108,5	113,8	-5,3	-5 %	990,4	1 015,7	-25,3	-2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,8	3,2	0,6	18 %	42,5	46,3	-3,8	-8 %
Gjestepasientinntekter	2,9	3,0	0,0	-1 %	24,2	23,7	0,6	2 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	13,9	13,8	0,1	1 %	133,7	117,3	16,4	14 %
Utskrivningsklare pasienter	2,1	2,8	-0,7	-25 %	13,7	13,3	0,3	2 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,1	-0,2	-8 %	17,0	17,2	-0,2	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	20,3	25,9	-5,6	-22 %	170,9	163,7	7,2	4 %
Andre driftsinntekter	26,3	27,6	-1,3	-5 %	254,5	257,6	-3,1	-1 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>581,6</b>	<b>584,7</b>	<b>-3,1</b>	<b>-1 %</b>	<b>4 661,4</b>	<b>4 669,4</b>	<b>-8,0</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	29,3	14,7	14,6	99 %	146,7	119,4	27,3	23 %
Kjøp av private helsetjenester	5,8	7,3	-1,5	-20 %	46,9	49,0	-2,1	-4 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	61,3	59,6	1,6	3 %	478,3	464,4	13,9	3 %
Innleid arbeidskraft	10,5	7,1	3,3	47 %	54,9	26,5	28,4	107 %
Lønn til fast ansatte	267,5	297,9	-30,4	-10 %	2 422,4	2 493,9	-71,5	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	27,0	24,6	2,4	10 %	198,4	166,0	32,4	20 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,4	48,5	10,9	23 %	469,1	469,1	0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,0	-21,4	0,4	-2 %	-172,1	-178,2	6,1	-3 %
Annen lønnskostnad	30,6	35,2	-4,7	-13 %	215,5	205,7	9,8	5 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>314,5</b>	<b>343,4</b>	<b>-28,9</b>	<b>-8 %</b>	<b>2 719,0</b>	<b>2 713,9</b>	<b>5,1</b>	<b>0 %</b>
Avskrivninger	16,3	16,0	0,3	2 %	137,4	137,2	0,3	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	85,4	93,1	-7,6	-8 %	702,0	699,8	2,2	0 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>572,0</b>	<b>582,6</b>	<b>-10,6</b>	<b>-2 %</b>	<b>4 699,6</b>	<b>4 652,7</b>	<b>46,9</b>	<b>1 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>9,6</b>	<b>2,1</b>	<b>7,5</b>	<b>361 %</b>	<b>-38,2</b>	<b>16,7</b>	<b>-54,8</b>	<b>-329 %</b>
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,7		7,4	10,0	-2,6	
Finanskostnader	0,2	0,0	0,2		0,6	0,0	0,6	
Finansresultat	0,4	1,3	-0,9		6,8	10,0	-3,2	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>10,0</b>	<b>3,3</b>	<b>6,6</b>	<b>201 %</b>	<b>-31,4</b>	<b>26,7</b>	<b>-58,0</b>	<b>-218 %</b>

Tabell 16 Resultatregnskap 2017, ekskl. eksternfinansiering

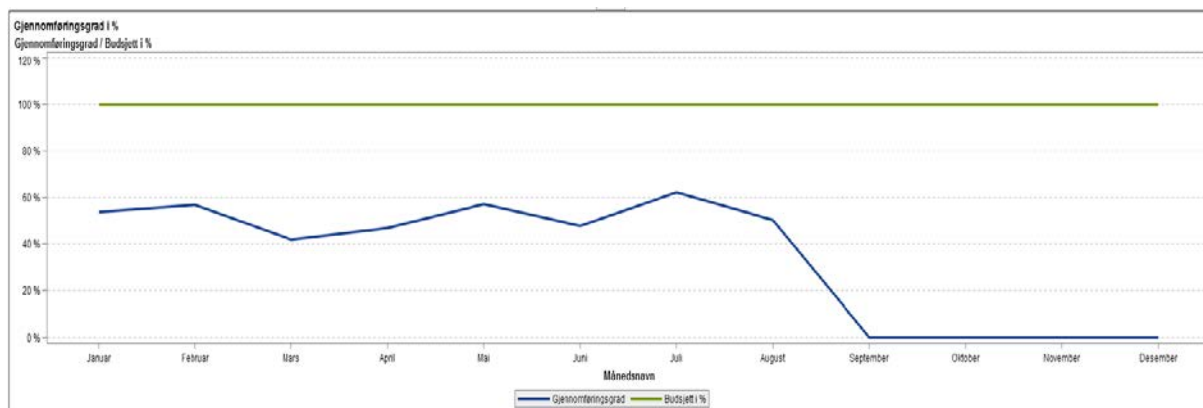
Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	399,6	390,2	9,3	2 996,2	2 996,2	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	18,5	18,5	0,0
ISF egne pasienter	108,5	113,8	-5,3	990,4	1 015,7	-25,3
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,8	3,2	0,6	42,5	46,3	-3,8
Gjestepasientinntekter	2,9	3,0	0,0	24,2	23,7	0,6
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	13,9	13,8	0,1	133,7	117,3	16,4
Utskrivningsklare pasienter	2,1	2,8	-0,7	13,7	13,3	0,3
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,1	-0,2	17,0	17,2	-0,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	26,3	27,6	-1,3	254,5	257,6	-3,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>561,3</b>	<b>558,8</b>	<b>2,5</b>	<b>4 490,5</b>	<b>4 505,7</b>	<b>-15,2</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	29,3	14,7	14,6	146,7	119,4	27,3
Kjøp av private helsetjenester	5,8	7,3	-1,5	46,7	48,8	-2,1
Varekostnader knyttet til aktivitet	60,5	58,6	1,9	471,7	458,1	13,6
Innleid arbeidskraft	10,5	7,1	3,3	54,9	26,5	28,4
Lønn til fast ansatte	257,0	284,5	-27,5	2 334,0	2 409,2	-75,2
Overtid og ekstrahjelp	24,6	21,6	3,1	178,5	147,0	31,5
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,8	45,2	11,6	447,4	448,3	-0,9
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,3	-20,5	0,2	-165,9	-172,2	6,3
Annen lønnskostnad	29,2	33,5	-4,3	203,8	194,5	9,3
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>301,0</b>	<b>326,2</b>	<b>-25,2</b>	<b>2 605,4</b>	<b>2 605,0</b>	<b>0,4</b>
Avskrivninger	16,3	16,0	0,3	137,4	137,2	0,3
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	82,0	88,7	-6,7	673,3	672,3	1,0
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>551,7</b>	<b>556,7</b>	<b>-5,0</b>	<b>4 528,7</b>	<b>4 489,0</b>	<b>39,7</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>9,6</b>	<b>2,1</b>	<b>7,5</b>	<b>-38,2</b>	<b>16,7</b>	<b>-54,8</b>
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,7	7,4	10,0	-2,6
Finanskostnader	0,2	0,0	0,2	0,6	0,0	0,6
Finansresultat	0,4	1,3	-0,9	6,8	10,0	-3,2
<b>Ordinært resultat</b>	<b>10,0</b>	<b>3,3</b>	<b>6,6</b>	<b>-31,4</b>	<b>26,7</b>	<b>-58,0</b>

Tabell 17 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	34,7	34,6	-0,1	0,1	244,7	233,3	-11,4	0,6
11 - Longyearbyen sykehus	2,0	2,0	-0,1	0,0	18,5	17,1	-1,4	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	32,1	20,3	-11,8	-6,7	117,9	73,8	-44,0	-27,9
13 - Hjerter- lungeklinikken	17,5	17,2	-0,3	0,1	92,2	85,6	-6,6	9,8
15 - Medisinsk klinikk	29,9	29,6	-0,2	-1,7	151,7	148,8	-2,9	6,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	23,6	20,1	-3,5	-1,0	134,2	130,0	-4,2	-0,4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	59,8	61,7	1,9	-0,1	430,0	422,6	-7,4	-0,1
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	33,0	36,2	3,2	1,7	187,6	175,6	-12,1	-4,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,8	61,8	0,0	-0,5	442,4	427,7	-14,6	-6,2
30 - Diagnostisk klinikk	46,7	46,0	-0,7	0,0	338,1	331,7	-6,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	1,7	1,4	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	46,1	48,7	2,6	0,0	323,6	328,5	4,8	0,0
52 - Stabsenteret	12,5	13,7	1,2	0,0	99,0	99,3	0,3	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingscenteret	12,3	15,6	3,3	0,0	75,9	82,0	6,0	0,0
62 - Felles	-422,0	-411,0	11,0	3,3	-2 624,8	-2 584,2	40,6	-6,7
<b>Totalt</b>	<b>10,0</b>	<b>3,3</b>	<b>6,6</b>	<b>-4,7</b>	<b>-31,4</b>	<b>26,7</b>	<b>-58,0</b>	<b>-29,2</b>

## Gjennomføring av tiltak

Figur 33 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I august er gjennomføringsgraden på tiltakene 50 %. Hittil i år er den 52 %.

Tabell 18 Tiltaksgjennomføring per klinikk

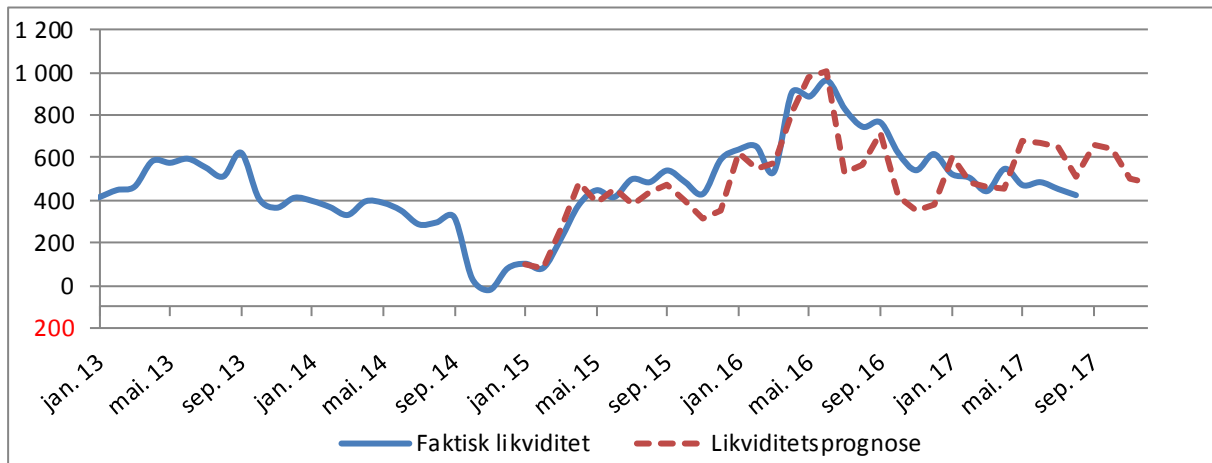
Klinikknavn-UNN ▲	Realisert	Planlagt	avvik	Gjennomføringsgrad
Sum	28 229	53 908	-25 679	52 %
☒ ☒ Akuttmedisinsk klinikk	1 267	1 267	0	100 %
☒ ☒ Barne- og ungdomsklinikken	664	933	-269	71 %
☒ ☒ Diagnostisk klinikk	3 334	6 667	-3 332	50 %
☒ ☒ Drifts- og eiendomssenter	800	800	0	100 %
☒ ☒ Hjerte- lungeklinikken	3 946	5 685	-1 739	69 %
☒ ☒ Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	899	7 427	-6 527	12 %
☒ ☒ Kvalitet- og utviklingscenteret	464	467	-2	100 %
☒ ☒ Longyearbyen sykehus	67	67	0	100 %
☒ ☒ Medisinsk klinikk	6 333	6 333	0	100 %
☒ ☒ Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	7 665	18 599	-10 933	41 %
☒ ☒ Operasjons- og intensivklinikken	520	2 416	-1 896	22 %
☒ ☒ Psykisk helse- og rusklinikken	1 480	2 460	-980	60 %
☒ ☒ Stabsentrer	789	789	0	100 %

## Prognose

Oppdatert prognose er et regnskapsmessig resultat på +45 mill kr. Det er 5 mill kr over RHF'ets krav, men 20 mill kr lavere enn eget styringsmål.

## Likviditet

Figur 34 Likviditet



## Investeringer

Tabell 19 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert juli 2017	Investert august 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere)	Rest disponibel investerings ramme inkludert
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	5,1	0,0	5,1	0,0		1,9		3,2
A-fløy inkl alle underprosjekter	-25,4	638,0	612,6	59,7	4,2	238,5		374,1
PET-senter inkl alle underprosjekter	-153,5	449,7	296,2	1,2	24,1	166,7		129,5
Nytt sykehus Narvik	-2,9	71,0	68,1	0,1	0,1	5,8		62,3
<b>SUM Nybygg</b>	<b>-176,7</b>	<b>1 158,7</b>	<b>982,0</b>	<b>61,1</b>	<b>28,4</b>	<b>413,0</b>	<b>0,0</b>	<b>569,0</b>
Åsgård Bygg 7	1,5	0,0	1,5		0,0	0,6		0,8
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	0,0			0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen	0,0	5,0	5,0			0,0		5,0
ENØK	11,0	0,0	11,0	1,5	1,0	4,8		6,3
<b>SUM Prosjekter</b>	<b>11,0</b>	<b>5,0</b>	<b>16,0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>4,8</b>	<b>0,0</b>	<b>11,3</b>
Medisinteknisk utstyr	-8,6	191,5	182,9	9,2	1,1	68,1	134,7	-19,8
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,5	1,1	13,3		-13,3
Teknisk utstyr	6,5	12,0	18,5	0,0	0,6	5,3	8,8	4,4
Diverse		33,5	33,5	0,0	0,0	0,9	32,6	0,0
Ambulanser		12,0	12,0	3,2	0,0	6,6	5,4	0,0
Ombygginger	13,4	10,0	23,4	0,1	0,0	-0,1		23,5
EK KLP		28,0	28,0	0,0	0,0	28,1		-0,1
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>11,3</b>	<b>287,0</b>	<b>298,3</b>	<b>12,9</b>	<b>2,8</b>	<b>122,2</b>	<b>181,5</b>	<b>-5,4</b>
<b>SUM total</b>	<b>-152,9</b>	<b>1 450,7</b>	<b>1 297,8</b>	<b>75,4</b>	<b>32,2</b>	<b>540,6</b>	<b>181,5</b>	<b>575,7</b>

**Byggeprosjekter****Tabell 20 Byggeprosjekter**

	<b>A-fløya</b>	<b>PET-senter</b>
HMS	H=20	H=10
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Klinisk drift	24.01.2018	02.03.2018
Fremdrift	Ingen avvik	7 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,6 mill kr	296,2 mill kr
Sum investert hittil 2017	238,5 mill kr	166,6 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1238,7 mill kr	410,5 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0