



Det ble ut fra dette gjort en enkel vurdering av hvilke indikatorer det var mulig å måle gjennomgående i hele organisasjonen regelmessig, og følgende ble valgt:

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

Det er ett år siden disse hovedindikatorerne ble innført. De fleste indikatorerne viser ingen vesentlig endring gjennom 2017, og flere av dem lar seg ikke måle mer enn noen få ganger i året. Gjennomføring av legemiddelsamstemming lar seg foreløpig ikke måle gjennomgående i foretaket.

Styret har i forbindelse med virksomhetsplanleggingen gitt signaler om at hovedindikatorerne bør revurderes, for å sikre at oppmerksomheten fortsatt rettes mot de viktigste områdene der det er risiko for manglende måloppnåelse, og at indikatorerne lar seg måle nokså kontinuerlig, i tråd med prinsippene for kontinuerlig forbedring.

## **Formål**

Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2018.

## **Saksutredning**

### **Indikatorer i spesialisthelsetjenesten**

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

- Virksomhetsstyringen  
Ventelistedata, utvalgte kvalitetsmål (for eksempel andel korridorpasienter og epikrisetid), aktivitetsdata, økonomidata og personaldata måles månedlig og gjennomgående i hele organisasjonen, og rapporteres til styret og eier.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer  
Data om blant annet behandling av sykdom og overlevelse, pasienterfaringer, bruk av legemidler og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus rapporteres med ulike mellomrom (for eksempel tertialvis eller årlig) og publiseres på nettstedet helsenorge.no.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

En rekke prosess- og resultatindikatorer fra over 50 sykdoms- og/eller prosedyrespesifikke kliniske registre registreres fortløpende og publiseres årlig på kvalitetsregistre.no.

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

### Balansert målstyring

Det store antallet mulige indikatorer i moderne virksomheter gjør at det ikke er mulig for styret og toppledelsen å sitte med en samlet, detaljert oversikt over organisasjonens måloppnåelse på alle måleområder. Denne utfordringen har UNN og de fleste andre store virksomheter valgt å løse gjennom *balansert målstyring*. Dette er en metode som er utviklet for å kunne implementere og ytelsesmåle vedtatte strategier på alle nivåer i en organisasjon. Metoden bygger på at man velger noen *nøkkelindikatorer* (i UNN kalt hovedindikatorer) som er egnet til å måle om organisasjonen når sine strategiske mål. Dette forutsetter en presis analyse av hvilke prosesser og aktiviteter som er viktige for å sikre måloppnåelse samt et balansert utvalg av indikatorer, slik at man understøtter måloppnåelse på alle viktige målområder.

### Risikostyring

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

### Valg av indikatorer

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

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

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

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

### Indikatorer for UNN

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

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

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

Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2018 med tilhørende kritiske prosessindikatorer (hovedindikatorer) godkjennes endelig i styremøte i Helse nord RHF 13.12.2017, og forventes å bli som følger:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
  - a. Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter < 60 dager
  - b. Det skal ikke være fristbrudd
  - c. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning  
(Ingen indikator)
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - d. Gjennomsnittlig sykefravær skal være < 7,5 % og korttidsfraværet skal reduseres til gjennomsnittlig < 2 % for foretaket
4. Innfri de økonomiske mål i perioden
  - e. Økonomisk resultat i tråd med plan

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

## Risikovurdering og mulige indikatorer

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

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

Hovedmål	Risiko	Mulige indikatorer
1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er godt ivaretatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risiko for at pasienter påføres sykehusinfeksjoner</li> <li>b. Risiko for feilbehandling med legemidler</li> <li>c. Risiko for vedvarende utfordringer med plassering av akutt pasienter på riktig sengepost</li> <li>d. Risiko for vedvarende kapasitetssvikt i operasjonsvirksomheten</li> <li>e. Risiko for kvalitetssvikt i pasientadministrative rutiner</li> <li>f. Risiko for unødvendig bruk av tvang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Infeksjoner (prevalens)</li> <li>b. Legemiddelsamstemming (andel gjennomført)</li> <li>c. Oppholdstid akutt mottak (andel &lt;4 t) Korridor pasienter (antall)</li> <li>d. Strykninger operasjon (andel)</li> <li>e. Fristbrudd (antall)</li> <li>f. Tvangsvedtak (antall)</li> </ul>
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risiko for uønsket pasientlekkasje ut av regionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gjestepasientkostnader</li> </ul>
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risiko for at arbeidsmiljøutfordringer medfører sykefravær</li> <li>b. Risiko for kvalitetssvikt i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sykefravær (andel) Sykefravær (antall enheter over måltall) Sykefravær (korttidsfravær, andel)</li> <li>b. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)</li> </ul>
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risiko for misforhold mellom fremtidige behov og antall helsearbeidere som utdannes</li> </ul>	
5. Annet	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risiko for at budsjettoverskridelser reduserer investeringsevnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Regnskapsresultat Tiltaksgjennomføring (andel)</li> </ul>

## Valg av indikatorer

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

### 1. Infeksjoner

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

2. Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er et av tiltakene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Måling av andel heldøgnpasienter som får samstemming i den enkelte sengepost forutsettes gjennomført i den nasjonale løsningen Extranet. Dette er ikke konsistent gjennomført, og i henhold til føringene i programmet kan de fortløpende målingene opphøre når tiltaket er godt implementert. Det er ikke mulig å aggregere data fra seksjons- og avdelingsnivå til klinikk- og foretaksnivå. Indikatoren vurderes å oppfylle SMART-kriteriene, men det kreves utviklingsarbeid før det vil være mulig å rapportere på foretaksnivå. Det pågår et regionalt prosjekt som lager prosedyrer for gjennomføring og registrering av legemiddelsamstemming. Dette må implementeres før målinger kan gjennomføres. I prosjektplanen legges det opp til implementering i andre tertial 2018, og det vil derfor ikke foreligge grunnlag for målinger av gjennomføring før mot slutten av neste år.

3. Oppholdstid i akuttmottaket

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket (timer) registreres rutinemessig i DIPS, og det er i Helse Nord LIS etablert funksjonalitet for å måle andel med opphold under måltallet på 4 t. Lang oppholdstid i akuttmottaket kan ha flere årsaker, men antas på aggregert nivå å gi en god indikasjon på om systemet for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer. Indikatoren vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene, men den har svakheter når det gjelder spesifisitet.

4. Korridorpasienter

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

5. Strykning av planlagt operasjon

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

6. Fristbrudd

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

7. Tvangsvedtak

Andel tvangsvedtak ble høsten 2016 tatt inn som hovedindikator etter ønske fra styret, som en konsekvens av Sivilombudsmannens besøksrapport. Det er en svakhet at det er vanskelig å definere et konkret mål. Indikatoren vurderes ellers å oppfylle SMART-kriteriene. Det er fra før besluttet at bruken av indikatoren skal evalueres etter seks måneder. Den nasjonale indikatoren som nå brukes i UNN måles kun kvartalsvis, og har svakheter ved at den er lite spesifikk i den forstand at den måler all tvangsbruk, uansett

om det dreier seg om alvorlige tvangsmidler som reimlegging eller lettere tiltak som kortvarig fastholding. Psykisk helse- og rusklinikken anbefaler at det for 2018 byttes til en todelt indikator, der man måler både samlet tvangsbruk og bruk av mekaniske tvangsmidler (som anses å være den mest inngripende form for tvangsbruk). Begge måles som andel pasienter utsatt for tvangsbruk/mekaniske tvangsmidler. Dette foreslås målt månedlig.

8. Gjestepasientkostnader

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

9. Sykefravær

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

10. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML-brudd) vurderes å kunne gi en god indikasjon på kvaliteten i sammenhengene mellom planlegging av aktivitet og arbeidstidsplanleggingen (aktivitetsbasert bemanningsplanlegging). Indikatoren oppfylder SMART-kriteriene, men det kan være utfordrende å tidfeste når målet vil nås. Dette henger blant annet sammen med rekrutteringsutfordringer.

11. Tiltaksgjennomføring og regnskapsresultat

Gjennomføring av budsjetterte omstillingstiltak er en forutsetning for å nå budsjettmålene. Målingen er etablert, og kan brytes ned på klinikk- og avdelingsnivå. Gjennomføringsgrad vurderes å være spesifikt rettet mot forbedringsområdene, men indikatoren krever mye manuelt arbeid og vurdering. Det har i løpet av året blitt tydelig at indikatoren ikke har vært tolket entydig, og det oppleves som problematisk at opprinnelig plan måles. Det har medført at en klinikk har kunnet ha 100% måloppnåelse og samtidig negativt regnskapsresultat, og motsatt. Oppfølgingen av tiltakene har derfor ikke gitt et godt bilde på det økonomiske resultatet. For at sammenhengene mellom regnskapsresultat og tiltaksgjennomføring skal bli tydeligere bør tiltakene knyttes opp mot regnskapsresultatet. Dette skjer ved at en negativ utvikling i regnskapsresultatet følges opp ved planlegging av tiltak for å snu den aktuelle situasjonen. Dette innebærer at utviklingen av tiltak skjer i en dynamisk prosess knyttet til oppfølging av regnskapsresultat.

Regnskapsresultatet er en enklere indikator å følge med på, men resultat i seg selv er ikke direkte rettet mot et forbedringsområde. Indikatoren vurderes bortsett fra dette å oppfylle SMART-kriteriene. For neste år anbefaler vi at regnskapsresultatet velges som indikator. Oppfølging av tiltakene vil likevel være viktig å følge med på for klinikkene/sentrene, og skal skje i en dynamiske prosess hvor behov for tiltak knyttes mot utvikling i regnskapsresultatet.

## Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og medvirkningsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

Arbeidsmiljøutvalget var tilfreds med valg av hovedindikatorer, med særlig vektning av at indikatorene for sykefravær og brudd på arbeidstidsbestemmelsene er foreslått videreført.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering, og samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og legges frem til endelig behandling i styret 14.12.2017.

## Vurdering

Flere av UNNs hovedindikatorer for 2017 har vist seg å ikke kunne måles tilstrekkelig hyppig til at de er nyttige i forhold til den løpende virksomhetsstyringen. For å være hensiktsmessige, bør indikatorene kunne måles minimum månedlig. Hverken forekomst av sykehusinfeksjoner, gjennomføring av legemiddelsamstemming eller nåværende indikator for tvangsbruk i voksenpsykiatrien tilfredsstiller et slikt krav. Gjestepasientkostnader er viktig å følge med på, men uregelmessighet i fakturering gjør det vanskelig å måle månedlig.

Det er nå vurdert til sammen 12 mulige hovedindikatorer for 2018. Hensikten er å bruke indikatorene til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Det har også vært et mål å ha stor grad av samsvar mellom UNNs og Helse Nord RHF's hovedindikatorer. Det bør være et mål å holde fast ved flest mulig av hovedindikatorene over tid, for eksempel i et to- til femårsperspektiv. Dette må sees opp mot at UNN arbeider med å utvikle et bedre system for kontinuerlig forbedring, og i 2018 vil det bli rettet et sterkere fokus mot å utvikle indikatorer knyttet til dette arbeidet. Det vil også være et mål å få flest mulig av de aktuelle indikatorene tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS.

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

Selv om både forekomst av sykehusinfeksjoner og gjennomføring av legemiddelsamstemming er målområder som vurderes som svært viktige for sikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen og ressursbruken, kan de foreløpig ikke måles hyppig nok til at de er egnet til den løpende virksomhetsstyringen. Oppholdstid i akuttmottaket måles fortløpende, er lett tilgjengelig i Helse Nord LIS, og foreslås derfor videreført som hovedindikator. De øvrige foreslåtte indikatorene er alle målbare uten metodeproblemer av betydning, men det krever økt bevissthet rundt registrering for å få god kvalitet på alle indikatorene.

Fristbrudd oppfattes av mange som mindre viktig enn for eksempel «interne ventetider», men det er store metodeproblemer knyttet til måling av sistnevnte. Det pågår regionale og nasjonale prosesser for å etablere pålitelig måling av en form for «interne ventetider», og inntil disse er konkludert, og pålitelige målinger etablert, er det ikke hensiktsmessig å bruke dette som hovedindikator. En slik indikator forventes å være klar til bruk i 2019. Fristbruddene vurderes å gi en generell indikasjon på kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet, og anbefales derfor videreført som indikator.



Selv om arbeidsflyten i kreftpakkeforløpene vurderes å være stabil, er det fortsatt utfordringer med å gjennomføre alle pakkeforløp innenfor normert tid. Det anbefales derfor å gjeninnføre gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid som en hovedindikator, som også vil være i tråd med de regionale krav til risikostyring og hovedindikatorer.

Økonomisk resultatoppnåelse inngår ikke i hovedmålene i UNNs overordnede strategi. God økonomistyring vurderes likevel å være en grunnleggende forutsetning for å lykkes på alle andre områder. Gjennomføringsgrad for planlagte omstillingstiltak har vært hovedindikator i 2017. Oppfølgingen har vist at det er utfordringer knyttet til forståelsen av indikatoren. For neste år anbefaler vi at regnskapsresultatet velges som indikator. Oppfølging av tiltakene vil likevel være viktig å følge med på for klinikkene/sentrene, og skal skje i en dynamiske prosess hvor behov for tiltak knyttes mot utvikling i regnskapsresultatet.

Helse Nord RHF har nå besluttet ventetid (gjennomsnitt), fristbrudd (antall), pakkeforløp (andel innen normer tid), sykefravær (gjennomsnitt) og regnskapsresultat som indikatorer i den regionale risikostyringen. Det forutsetter at foretakene i tillegg utvikler noen indikatorer som er tilpasset utfordringene i den enkelte virksomhet. Risikoen for at UNN ikke skal nå måltallene for ventetid vurderes nå som svært lav, og ventetid forslås derfor ikke som en hovedindikator i UNN.

## Konklusjon

Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

1. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
2. Fristbrudd (antall)
3. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid (andel)
4. Tvangsvedtak (andeler)
5. Sykefravær (andel)
6. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
7. Regnskapsresultat

Tromsø, 7.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør