



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hans-Petter Bergseth

Tertialrapport 2. tertial 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner *Tertialrapport for 2. tertial 2018* og oversender denne til Helse Nord RHF.
2. Styret tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport August 2018* til orientering.

Bakgrunn

Tertialrapporten viser framdrift på gjennomføring av bestillinger i oppdragsdokumentet for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Den månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetsresultatene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse, miljø og sikkerhet (HMS). 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 presentere framdrift på bestillinger i oppdragsdokumentet, og gjennom KVR gi styret nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til RHFets krav, samt interne satsningsområder.

Saksutredning

UNN har oppfylt flere av kravene i oppdragsdokumentet, og er i ferd med å oppfylle de resterende. Foretaket gjennomgår alle 180 nasjonale kvalitetsindikatorer, samt egne hovedindikatorer. Områder der det trengs forbedring blir fulgt opp. UNN ligger over eller på landsgjennomsnittet på de fleste nasjonale indikatorene.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Ved utgangen av tertialet er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter svakt økende. Målet om null fristbrudd er fortsatt ikke nådd. Kravet om andelen overholdte pasientavtaler på 95% i 2021 er innen rekkevidde. Tid til tjenestestart og overholdelse av pasientavtaler er to forholdsvis nye indikatorer, som det må arbeides med for å innfri kravene.

Det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS-medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering. Prosedyre for registrering av tjenestekoder er ikke på plass, slik

at andelen samstemming av legemiddellister ikke er representativ. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingssenteret.

Somatikk

Andelen pasienter med hjemmedialyse er for 1. tertial på 27,6 % (Helsedirektoratets hjemmeside). Egne registreringer viser at vi har ligget i intervallet 32 -35 % de siste to år. Våre egne registreringer inkluderer dialysepasienter i Tromsø, Narvik og Finnmark. (UNN har ansvar for dialysepasienter i Finnmark). Pasienter fra Harstad inngår ikke i registreringene. Det er uvisst hvilke pasienter som inngår i Helsedirektoratets data. Dette kan forklare et noe lavere resultat enn det fagområdet selv rapporterer. Saken vil bli fulgt opp og korrigert.

Andelen nye pasienter i kreftpakkeforløp er under måltallet. Tidligere års erfaring er at sommermånedene medfører et registreringssetterslep. Andelen pakkeforløp innenfor behandlingsfrist er fortsatt for lav. Tiltakene beskrevet i forrige KVR arbeides det videre med.

Oppholdstid i akuttmottakene ligger like under måltallet. Det er fortsatt fokus på forbedring av pasientforløpene i direktørens ukentlige tavlemøter. En av årsakene til økt oppholdstid kan skyldes utskifting av personell og mangelfull opplæring av de nye i løpet av sommermånedene. Det er iverksatt forbedringstiltak.

Psykisk helsevern og rus

Antall tvangsinnleggelses og antall personer innlagt med vedtak om tvunget psykisk helsevern er redusert. Det har vært en liten reduksjon i andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet, og en reduksjon av andel mekanisk tvang. Tallene er små, og det er usikkert om det er en varig tendens. Ledelsen i klinikken opprettholder fokus i ukentlige tavlemøter. Arbeidet med å implementere nasjonale retningslinjer og feedbackverktøy for å forhindre Dropout innenfor rusfeltet pågår for fullt. Liggetiden for voksne i psykisk helse og rus har økt, noe som kan skyldes økning i antall utskrivningsklare pasienter. Det har vært en økning i pasientkontakter for barn og unge. Det vil bli stort fokus på implementering av de tre første pakkeforløpene som tas i bruk fra 1. januar 2019.

Brukermedvirkning

UNN har over tid etablert mange strukturer for å sikre god pasient- og brukermedvirkning. Brukerutvalgets leder er medlem av Kvalitetsutvalget, og brukerutvalgets øvrige medlemmer inngår i klinikkenes KVAM-utvalg. Erfaringen med deltakelse i KVAM-utvalgene er variabel. I februar 2018 ble det for første gang etablert brukerpanel for medvirkning i byggesaker. For å lage en helhetlig plan for brukermedvirkning i UNN skal det arrangeres en workshop i høst med aktuelle deltakere

Samhandling med kommuner

Det høye antall utskrivningsklare pasienter vedvarer. Totalt har liggedøgnene i somatikken økt med 683 fra forrige rapportering. Det pågår flere prosesser for å understøtte kommunehelsetjenesten i å gi behandlingstilbud. Samarbeidsutvalget mellom Tromsø kommune og UNN har gitt mandat til en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av foretakets og kommunens ansatte, samt fastlegene. Arbeidsgruppen skal kartlegge, optimalisere og kvalitetssikre 10-20 pasientforløp for multisyke brukere med stort behandlings- og omsorgsbehov. Arbeidet med å fullføre avtaler med avtalespesialistene er i sluttfasen. Avtaleutkastene er oversendt avtalespesialistene for signering.

Smittevern

UNN har redusert bruken av bredspektret antibiotika med ca. 15 % siden 2012. Det har vært et bevisst valg å være offensiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon etter sepsistilsynet i januar 2017. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig personell

UNN har gjennomført og fulgt opp ForBedring 2018. Det iverksettes nye tiltak for å redusere sykefraværet. Fortsatt ligger fraværet et godt stykke over målsetningen på 7,5 %. Sommerferieavvikling medførte en midlertidig økning i AML-brudd, men vi har en synkende tendens innværende år. Det har vært ulik praksis mellom lokalisasjonene i rekruttering til heltidsstillinger, og det er igangsatt et arbeid med å øke andelen heltidsstillinger for hele organisasjonen. Bruken av innleie fra byrå øker markant på grunn av mangel på kvalifisert personell. Dette medfører utfordringer i driften. Antallet lærlinger i 2018 er økt, og det er igangsatt arbeid med å vurdere oppgaveglidning på ulike områder.

Økonomisk status per august

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet skyldes blant annet lavere personalkostnader enn budsjettet (18,8 mill kr.). Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr.

Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma.

Vår prognose er at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative utviklingen. De klinikker/senter som har positive budsjettavvik må i tillegg opprettholde disse resten av året. Det vises for øvrig til vedlegg til saken «Økonomisk status UNN per august 2018».

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget 17. og 19.9.2018. Begge utvalgene sluttet seg til at saken fremmes til styrets behandling.

Det ble gjennomført eget drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.9.2018 for denne saken. Protokoll fra disse møtene behandles som egen referatsak i styremøtet ved UNN 4.10.2018.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med den positive utviklingen for de *nasjonale kvalitetsindikatorene*. Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt forekommer fristbrudd, at vi ikke er i mål med oppholdstidene i akuttmottaket samt at det er en negativ utvikling når det gjelder kreftpakkeforløpene. Indikatorer med manglende måloppnåelse har fortsatt fokus i direktørens ukentlige tavlemøter og klinikkene arbeider med konkrete forbedringstiltak. En del av utfordringene skyldes forhold som kan ha oppstått i løpet av ferieavviklingen. På de aktuelle områdene forventes det bedring i tiden som kommer. Det er positivt at *den gylne regel* er oppfylt på tre av fire punkter. For fremtidige rapporteringer vil det bli differensiert mellom barn og voksne.

Direktøren er svært tilfreds med at det igangsettes et arbeid med å lage en helhetlig plan for større grad av brukermedvirkning. Det forventes at det igangsatte samarbeid med Tromsø kommune og fastlegene vil gi positive effekter på samhandlingen på litt sikt. Det stabilt høye antall utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune er fortsatt bekymringsfullt.

Den utfordrende situasjon med mangel på enkelt personellgrupper må håndteres på en annerledes måte fremover for å få ned innleiekostnadene. Tiltaksarbeidet skal intensiveres og større grad av oppgaveglidning mellom yrkesgrupper vil være et sentralt grep i enkelte enheter. Risikoen i økonomien er økt ved at flere store klinikker ikke ser ut til å klare å drifte innenfor tildelt budsjetttramme inneværende år. Økonomistyring og oppfølging strammes inn i månedene fremover. Dette er helt nødvendig for å klare RHFets overskuddskrav på 40 mill kr.

Konklusjon

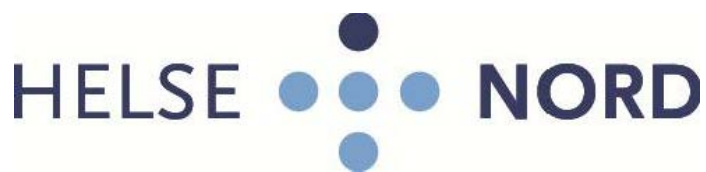
Tertialrapport 2 og Kvalitets- og virksomhetsrapporten gir samlet en god oversikt over status på igangsatt arbeid på flere områder, og peker på hvor man må ha særlig oppmerksomhet i det videre utviklings- og forbedringsarbeid. Den økonomiske situasjonen er krevende. Direktøren anbefaler at styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering og godkjenner Tertialrapport 2 2018 for oversending til Helse Nord RHF.

Tromsø, 26.9.2018

Marit Lind (s.)
konst. administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport for 1. kvartal 2018
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport pr august 2018
3. Økonomisk status UNN per august 2018



2. Tertialrapport

2018 for

Universitetssykehuset

Nord-Norge



Tertialrapport og Årlig melding 2018

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Krav.....	3
3.	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3. 1.	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenestekområder	4
3. 2.	Somatikk	5
3. 3.	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7
3. 4.	Samhandling med kommuner	8
3. 5.	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	9
3. 6.	Kvalitetsutvikling	9
3. 8.	Smittevern	13
6.	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	14
6. 1.	Sikre gode arbeidsforhold	14
6.2.	Tilstrekkelig kvalifisert personell	15
7. 1.	Innfri økonomiske mål i perioden	16
7. 2.	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	17
7. 3.	Anskaffelsesområdet.....	17
8.	Risikostyring og internkontroll	19

Tertialrapport og Årlig melding 2018

1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

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. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	Administrativt utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 Styrebehandlet Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 6. februar 2019. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

2 Krav

(Tatt ut av rapporteringsmalen)

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

3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3.1.1 Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

UNN har ved utgangen av 2.tertial 2018 en gjennomsnittlig ventetid på 59 dager for avviklede pasienter. For pasienter som fortsatt ikke er tatt til behandling er ventetiden 56 dager. Utviklingen har vært stabilt nedadgående. Klinikken rapporterer et kontinuerlig fokus på ventetiden og at målet på 50 dager er innen rekkevidde innen 2021. Ulike tiltak er innført for å redusere ventetiden for langtidsventende pasienter, blant annet innenfor ortopedi og håndkirurgi. Ved avvikling av langtidsventende pasienter vil rapportert ventetid gå noe opp for avviklede pasienter.

3.1.2 Ikke ha fristbrudd.

UNN har mellom 20 og 40 fristbrudd pr måned, og har ikke lyktes å fjerne fristbruddene helt. Antall fristbrudd er kraftig redusert de siste par årene. Temaet er på agenda i direktørens tavlemøter og på møter i klinikken. Det arbeides kontinuerlig med årsakene for å unngå at fristbrudd forekommer. Årsakene er komplekse og inngår som et ledd i satsningen på kontinuerlig forbedring.

3.1.3 Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017

Median tid til tjenestestart er pr 3.tertial redusert fra 71 (2016) til 62 dager (2017). Helsedirektoratets nettsider har ikke oppdatert data for 1 og 2. tertial 2018. Nye data publiseres 13 sept. UNN er i ferd med å få indikatoren i HN-LIS, for å ha mer oppdaterte data og raskere rapportering tilgjengelig. Det fokuseres særskilt på de fagspesifikke forløpene som har lengst tid til tjenestestart.

3.1.4 Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Ved utgangen av april 2018 overholdes 87% av pasientavtalene i UNN. Det er særskilt innenfor kontakttypene *kontroller* og *behandling* at utfordringene er størst. Ny rapportfunksjon i HN-LIS gir en god oversikt over resultatene for hvert fagområde og avdeling, noe som er til stor hjelp i forbedringsarbeidet. Indikatoren er forholdsvis ny og lite kjent. Dette vil bli fulgt opp i 3. tertial med oppdatert informasjon til klinikken. Målet på 95 % innen 2021 synes innen rekkevidde.

3.1.5 Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	0,5 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	0,6 %
Somatikk*	Økonomi	3,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	0,9 %
Somatikk	Konsultasjoner	3,0 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	3,6 %
Somatikk	Ventetid	0,0 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-6,4 %

Det er større vekst i månedsværk og aktivitet samt reduksjon i ventetider innen psykisk helse og rus enn i somatisk virksomhet. Den gylne regel er oppfylt på tre av fire kriterier.

3.1.6 Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.

Oppdaterte oversikter over LIS-ansbud formidles fra fagsjef til aktuelle avdelinger og klinikkjefer. Avdelingsleder følger opp overfor leger i egen avdeling. Vi har inntrykk av at dette har god effekt. UNN ligger eksempelvis svært lavt nasjonalt på utgifter per DDD for TNF-hemmere. I umiddelbar fremtid er det størst potensiale for kostnadsreduksjon når Humira går ut av patent 1. januar 2019. I den forbindelse planlegger vi en felles overgang til biotilsvarende legemidler i UNN.

3.1.11 Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.

Bruken av mine pasientreiser er økende i UNN. Samlet sette var digitaliseringsgraden på 56 % 1. tertial og 63,3% andre tertial.

3. 2. Somatikk

3.2.2 Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

UNN har arbeidet med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. For 2017 var andelen som fikk trombolysbehandling 15,4 %, noe under nasjonal målsetning. Andelen har en jevn men langsom økning over tid. For januar og februar 2018 er tendensen den samme med en andel på ca 14%. Utviklingen overvåkes og det er fokusområde i fagfeltet. Det er satt i gang et hjerneslagstudie for å finne standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover, noe som kan bidra til å øke andelen. For 2. tertial 2018 er andelen på 19,4%.

3.2.3 Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Samlet for januar og februar 2018 fikk 75% av pasientene trombolysbehandling innen 40 min etter innleggelse. Akuttmedisinsk klinikk bidrar med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. Professor ved Nevro,- hud og revmatologisk avdeling leder et internasjonalt hjerneslagstudie. Målet

Tertialrapport og Årlig melding 2018

er å finne en bedre standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover. For 2.tertial 2018 fikk 71,4 % av pasientene trombolyse innen 40 minutter.

3.2.4 Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

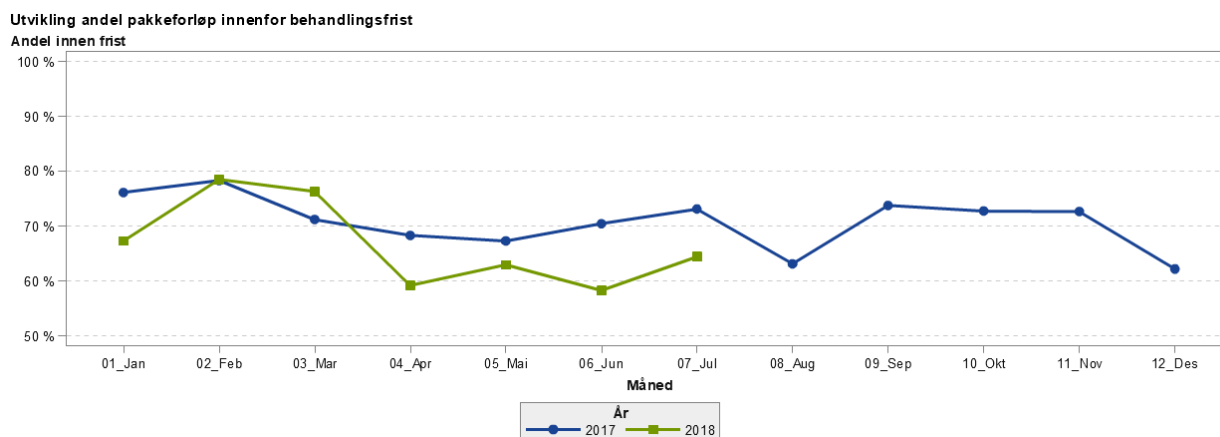
Andelen pasienter med hjemmedialyse er 27,6 % for 1. tertial 2018 (siste tilgjengelige tall på Helsedirektoratets nettsider). Andelen har ligget i intervallet 32 -35 % de siste to årene. Helsedirektoratets målinger på 27,6% er basert på andelen som får hjemmedialyse første dag i tertialet. Våre egne registreringer viser en høyere andel. Dette kan skyldes ulikt datamateriale. Det arbeides for å kartlegge dette.

3.2.6 Gjennomføre minst 70% av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

UNN har i perioden januar til august 2018 en andel på nye kreftpasienter i pakkeforløp på 67,1 %. Det arbeides i flere klinikker med forbedring og reorganisering av forløpene. For brystkreft har det manglet radiologer til å gjøre trippeldiagnostikk (mammografi, ultralyd og biopsi). Det er ikke lett å finne en permanent løsning på dette. Det er utfordringer med MR-kapasitet når det gjelder prostatakreft. Dette løses i høst ved at man skal bruke PET/MR-maskinen når denne ikke brukes til PET. For andre pakkeforløp med manglende måloppnåelse er det utfordringer med operasjons- og strålekapasitet. Det gjennomføres månedlige møter med tett oppfølging fra den enkelte klinikkssjef.

Mulighetene til å følge den enkelte pasient gjennom forløpet i HN-LIS er ikke lenger tilstede. Årsaken er overgangen til Dips Arena. Nye rapportfunksjoner må bygges opp for dag-til-dag-oppfølgingen av pakkeforløp.

Grafen viser andel pakkeforløp totalt innenfor behandlingsfrist pr. måned 2017 og 2018. Kilde HN-LIS



Tabellen viser andel pakkeforløp innenfor frist hittil i år. Kilde: HN-LIS. Diagnostisk pakkeforløp er foreløpig ikke inkludert i rapporten fra Helsedirektoratet. Medianverdier og standard forløpstid er heller ikke inkludert. Vi har rettet en henvendelse til Helsedirektoratet for evt å få dette inkludert.

Tabellen viser de pakkeforløp som har pasienter med behandlingstyper i det spesifikke forløp. Tidligere rapport har listet opp samtlige forløp fra 2016 ->, selv om det ikke har vært pasienter i forløpet på flere måneder. Tidligere rapport viste også akkumulerte resultater fra 2016 ->, hvilket gjorde at det nesten ikke var bevegelse i tallene.

UNN har nå fått mer relevante og riktige data tilgjengelig til oppfølgingen av pakkeforløpene.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
Total		437	651	67,1%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	6	6	100%
Blærekreft	Kirurgi	21	34	62%
Blærekreft	Medikamentell behandling	2	4	50%
Brystkreft	Kirurgi	49	88	56%
Brystkreft	Medikamentell behandling	18	21	86%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	4	6	67%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	3	5	60%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	22	23	96%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	3	4	75%
Føflekkreft	Kirurgi	34	45	76%
Galleveiskreft	Kirurgi	3	4	75%
Hjernekreft	Kirurgi	13	13	100%
Hjernekreft	Strålebehandling	0	1	0%
Hode- halskreft	Kirurgi	23	26	88%
Hode- halskreft	Medikamentell behandling	1	2	50%
Hode- halskreft	Strålebehandling	8	14	57%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	3	100%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	3	3	100%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	2	6	33%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	6	7	86%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	4	4	100%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Medikamentell behandling	2	2	100%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	7	8	88%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	15	16	94%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	1	1	100%
Lungekreft	Kirurgi	8	21	38%
Lungekreft	Medikamentell behandling	18	26	69%
Lungekreft	Strålebehandling	28	35	80%
Lymfomer	Medikamentell behandling	18	27	67%
Lymfomer	Strålebehandling	1	3	33%
Myelomatose	Medikamentell behandling	1	1	100%
Nyrekreft	Kirurgi	6	16	38%
Peniskreft	Kirurgi	1	2	50%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	0	4	0%
Prostatakreft	Kirurgi	14	28	50%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	5	16	31%
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	11	18	61%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	13	16	81%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	1	1	100%
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	8	9	89%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	40	68	59%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	2	2	100%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	8	11	73%

3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

3.3.1 Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.

Antall tvangsinnleggelser er redusert fra 193 i (2017) til 164 (2018) for perioden januar - april. Det observeres i samme periode en reduksjon i antall individer fra 130 til 111.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Antall tvangsinnleggelses er redusert fra 196 (2017) til 182(2018) i perioden mai - august . Det observeres i samme periode en reduksjon i antall individer fra 129 (2017) til 121 i (2018). Til og med 2. tertial er antall tvangsinnleggelses redusert med 11 % i forhold til i fjor, og antall individer innlagt med vedtak om tvunget psykisk helsevern er redusert med 7,2 %. Flere langsgående tiltak kan tenkes å være av betydning:

- Jevnlige møter for faglig ansvarlige psykiatere/psykologspesialister der vedtakene følges opp med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling.
- Daglig oppmerksomhet på å tilstrebe frivillighet ved mottak av nye pasienter, der oppfølging av endret lovverk, Psykisk helsevernloven, fra juli/september 2017 vektlegges.

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

Rusavdelingen har arbeidet systematisk for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-out prosjektet, bl.a. gjennom etablering av Drop-out team. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy, samt økt kartlegging av kognitiv fungering er tiltak som skal redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandlingen.

Implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer er fullført, men feedbackverktøy er ikke implementert ved alle enheter i Russeksjon Tromsø. I Narvik er mye av dette på plass, men noe gjenstår. Blant annet trengs en bedre oversikt over på hvilke områder og på hvilke måter de nasjonale retningslinjene og bruk av feedbackverktøy gjenspeiles i måten Russeksjon Narvik er organisert. Noe av dette er innarbeidet gjennom fraser i DIPS som styrer innhold og kvalitet på en del av den skriftlige dokumentasjonen. Andre deler av implementeringen har bidratt til å forme metodikken for forvernarbeid, som kontakt med lokalt hjelpeapparat før innleggelse.

3. 4. Samhandling med kommuner

3.4.3 Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder: -Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv). Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.

Det pågår flere prosesser for å understøtte kommunehelsetjenesten i å gi behandlingstilbud. Blant annet samarbeider vi med kommunene i opplæring av hjemmerespiratorteam i kommunehelsetjenesten, som vil gjøre det lettere for kommunene å ta imot pasienter som skal på sykehjem og har hjemmerespirator.

Samarbeidsutvalg mellom Tromsø kommune og UNN har gitt mandat til en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av foretak ,kommune og fastleger. Arbeidsgruppen skal teste ut og samtidig kartlegge om man gjennom tettere samarbeid og støtte fra ledelsen klarer å optimalisere pasientforløpene for multisyke brukere med stort helsetjenestebehov. Arbeidsgruppen skal avdekke eventuelle hindringer, svikter i pasientforløpene og komme med forslag på konkrete forbedringsområder som kan bidra til en mer pasientsentrert tjeneste med økt egenmestring.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

I regi av OSO er det etablert et KSU (Klinisk samarbeidsutvalg) som skal utrede hvordan fordelingen av ansvar og oppgaver mellom UNN og kommuner skal foregå. Arbeidsgruppen er i gang og har startet kartlegging av pasientforløpet til de første pasientene.

OSO har egen sak om samarbeid mellom UNN og fastleger på møte 27. september. Forslaget er å utarbeide lokale samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet mellom fastleger og UNN.

3. 5. Samhandling med leverandører av private helsetjenester

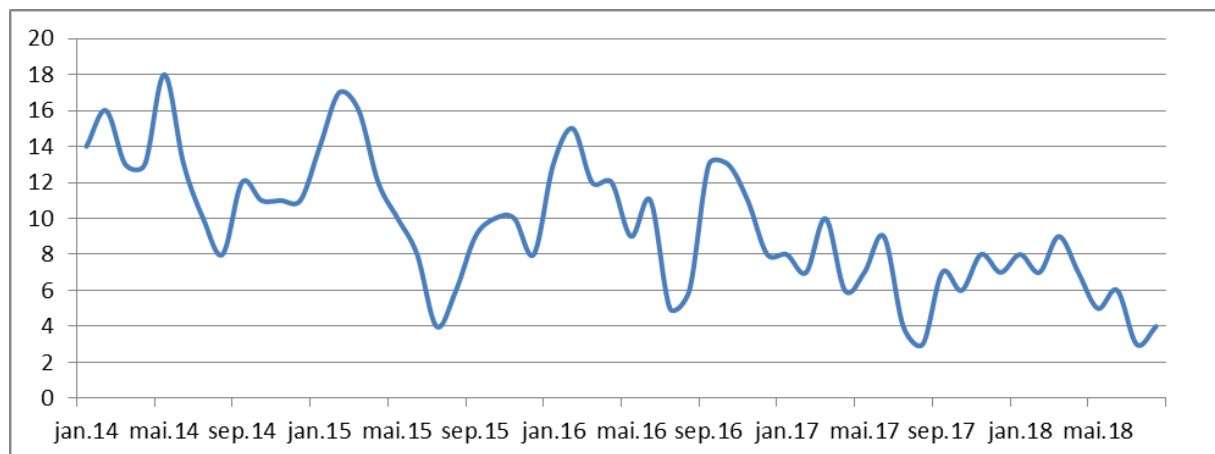
3.5.3 Etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå med alle avtalespesialister innen 1. juni.

Utarbeiding av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene er igangsatt. Arbeidet er noe mer omfattende enn først antatt. Det skal utarbeides samarbeidsavtaler med 39 unike spesialister, fordelt på åtte fagområder og seks ulike steder i Troms og Ofoten. Utkast / forslag til samarbeidsavtaler er sendt til alle avtalespesialister, og de avtaler som ikke er signert følges opp med avtalespesialistene.

3. 6. Kvalitetsutvikling

3.6.2 Ikke ha korridorpasienter.

UNN har fremdeles utfordringer med korridorpasienter på enkelte sengeposter. Åpningen av A-fløy og påfølgende rokade forventes å gi bedret kapasitet, og dermed reduksjon i korridorpasienter. Innføring av sengepostkoordinatorer ventes også å bidra til å redusere antallet korridorpasienter. UNN har en andel på 1,7 % av pasientdøgn på korridor i 1.tertial. Det registreres en nedgang i 2. tertial som sannsynligvis skyldes en sommereffekt. Tendensen er nedadgående fra 2,9 % i 2014.



3.6.11 Implementere regionale rutiner for legemiddelsamstemming og legemiddelmodul i Dips. Rapportere legemiddellister som er samstemt fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90% av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av Dips medikasjon og registrering av tjenestekode for rapporteringsformål. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingscenteret. Det vises til neste kapittel for en nærmere redegjørelse av status.

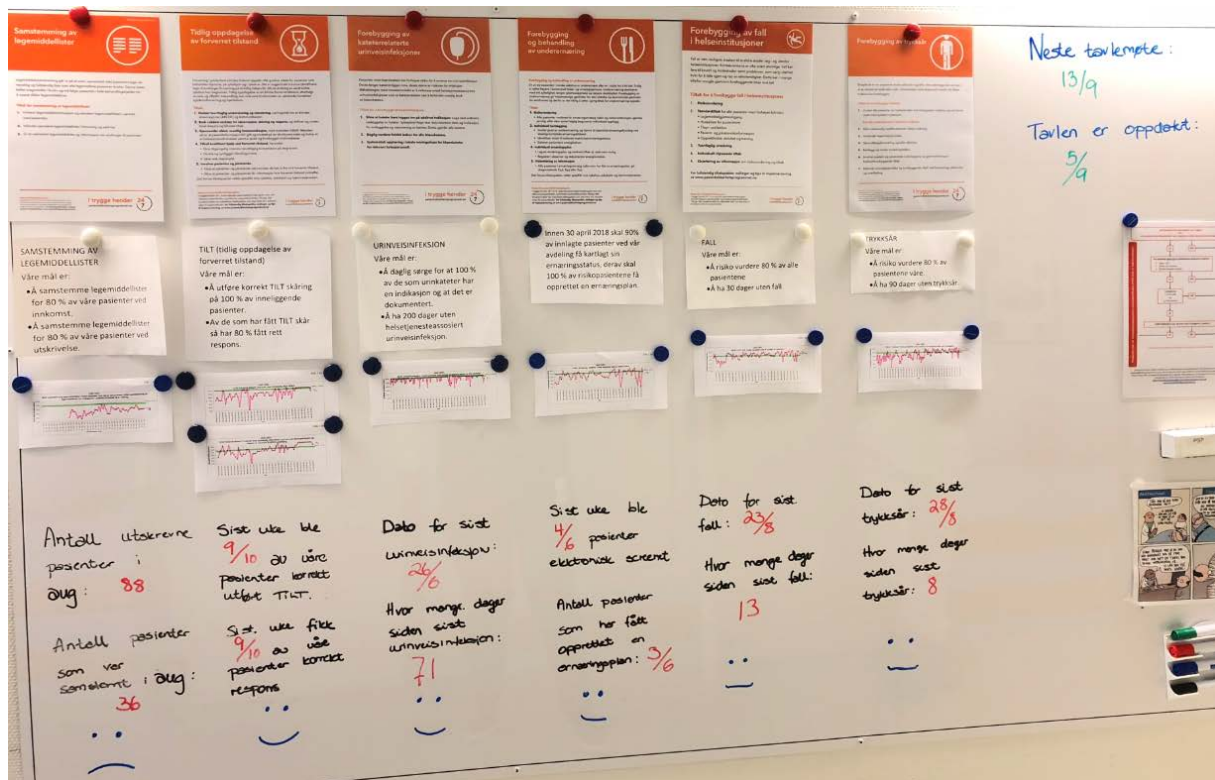
3.7.2 Pasientsikkerhet.

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 2. tertial 2018

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene.

Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved intensivavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må likevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter. Har de iverksatt denne type tiltak, er ruten merket med «tilpasset».

Veldig mange enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på arbeidet og bidra til kulturendring. Bildet viser pasientsikkerhetstavlen ved ortopedisk avdeling.



Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Det er på basis av registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse, utviklet en rapport i HN LIS. For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN på 17 %. Tallene for hver klinikk presenteres i det videre. Det understrekes at disse tallene kan gi et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene uten å ha fått på plass system for registrering av tjenestekodene.

Klinikkvis oversikt:**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.

BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 11 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 40 % av oppholdene var registrert samstemt.

Hjerte- og lungeklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed sengepost										PS-tavle
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PS-tavle, r-tavle,
Lungemed										PS-tavle

Hjerte- og lungeklinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 4 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 11 % av oppholdene var registrert samstemt.

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk										
Hematologisk										Risikotavle
Inf med										PS-tavle, risikotavle, ernæring, trygg utskrivelse oppstart
Fordøyelse/Nyre										PS-tavle
Geriatrisk										PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			Psy				TILT 4 Peibale		PS-tavle, ernæring, utskrivelsesinfo
Med A Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

Medisinsk klinikk har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 29 % av innleggelsene 2. tertial. Medisinsk avdeling i Narvik har registret samstemmingskode ved 65 % av sine opphold.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
K3K										
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset									Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Harstad	Tilpasset	Tilpasset								Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Narvik	Tilpasset	Tilpasset						Starter m TILT 2. tert		PS-tavle, flere prosjekter
Kreft									Tilpasset	Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset									PS-tavle
Gyn,uro,endo,plast	Tilpasset							Tilpasset, kun TILT		PS-tavle, pilot trygg utskrivning
Kir. Harstad	Tilpasset									PS-tavle

K3K har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 16 % av innleggelsene 2. tertial.

Neuro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Neuro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken										
Neuro-, hud- og revmatologiskavdeling										PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyevdelingen	Tilpasset									PS-tavle, PS-tavle, ernæring, utskrivningskoordinator ++
Ortopeden Tø										R-tavle
Ort. Harstad	Tilpasset									R-tavle
FRMA Tromsø (døgn)										PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)										risikotavle

NOR-klinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 18 % av innleggelsene 2. tertial.

Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken										
Intensiv Seksjon A Tromsø - Ikke rapportert pga flytting og omorganisering		Tilpasset								PS-tavle
Intensiv Seksjon B Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset - TILT og ISBAR under innføring		Tavler nede og flytting
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Planlegger ISBAR		PS-tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset						Tilpasset - slagalarm, trombolysa			PS-tavle, pårørende-prosjekt, simulering
ANOP Akuttinntak Harstad		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagalarm	RETTIS	Mangler måling	Tavle, skjema for vurdering v innl., oppholdstid i akuttinntak
ANOP An/op Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deitar i Medisinsk mottaksleim	Tilpasset ISBAR, ABCDE		PS-tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Akuttinntak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				visittsjekklister, tavle
ANOP Intensiv/peri Narvik		Tilpasset								
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk										
Ambulansetjenesten		Tilpasset, innhenter info hvis tilgjengelig				Tilpasset, nye bæreadresser	Tilpasset, klargjør til trombolysa	Tilpasset, ABCDE og RETTS	Sepsis-skjema i amb, innført blodkultur og start AB	
Akuttinntaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, innfører TILT bruker ABCDE		PS-Tavle,
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, risikotavle

Det registreres ikke heldøgnsopphold ved Akuttmedisinsk klinikk, derved vil legemiddelsamstemming gjort her «tilfalle» pasientens moderpost.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Psykisk helse og rusklinikken:

Psykisk helse- og rusklinikken gjennomfører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken, og gjelder også poliklinikkene. Forbedringsområdene rapporteres ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 1.tertial 2018	Legemiddel- samstemmi ng	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				Bedre pasientforløp
Akuttpost sør				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
Akuttpost Tromsø				Tavler
PRE				Tavle
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan, ettersamtaler, "Hjertefrisk", forbedringstavler
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid,
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
SPHR Ofoten				
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				
Rusbehandling Narvik				Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet
Medikamentfri enhet		Tilpasset		

3. 8. Smittevern

3.8.2 Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.

Avdeling for mikrobiologi og smittevern (AMS) har ansvar for etablering av styringssystemer (infeksjonskontrollprogram, antibiotikastyringsprogram), rådgivning og overvåkning. AMS har levert både på overordnet nivå og med tilbakemelding til hver enkelt avdeling. Lederne i den kliniske virksomheten (alle klinikker) har ansvar for resultatmålene. UNN har redusert bruken av disse medikamentene med ca 15 % siden 2012. Det arbeides med A-team for fortsatt å redusere bruken.

Det er i 2018 gjennomført intern revisjon med tiltakspakker for å redusere bruken av bredspektret antibiotika. Etter sepsistilsynet i januar 2017 har det vært et bevisst valg å være offensiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

3.8.4 Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

UNN registrerer insidens for postoperative sårinfeksjoner for NOIS-inngrepene aortakoronarebypass, total- og hemiprotoser hofte, keisersnitt, kolecystektomi og koloninngrep. Dette rapporteres av smittevernoverlegen tertialvis til Helse Nord RHF. UNN gjennomfører kontinuerlig oppfølging av

Tertialrapport og Årlig melding 2018

postoperative sårinfeksjoner i NOIS-POSI. Helse Nord RHF mottar tertialvise rapporter fra smittevernlege i UNN. Ved dype sårinfeksjoner gjennomføres forenet hendelsesanalyse med gjennomgang av pasientens forløp for å avdekke forbedringsområder.

Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) er utført 1. og 2. kvartal 2018. Resultatene er rapportert til Helse Nord RHF via smitteverneverlege.

Insidensundersøkelse av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) 1.tertial 2018 er utført. Alle enheter leverte tall og alle klarte kravet om minimum 95 % oppfølging. Resultatene er rapportert til Helse Nord RHF via smitteverneverlege til postmottak.

Rapportering til kvalitetsutvalg og på systemnivå til ledelsens gjennomgang.

6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

6. 1. Sikre gode arbeidsforhold

6.1.1 Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.

I UNN har vi så langt i 2018 17,9 % faste ansatte med deltidsstillinger. I dette tallet inngår også frivillig deltid. Enkelte enheter og lokalisasjoner har mer deltid enn andre, og i noen enheter, for eksempel i Harstad, er det satt i gang tiltak for å øke stillingsprosenten til disse medarbeiderne.

Plan for ytterligere reduksjon av antall deltidsansatte;

1. MÅL: Øke stillingsbrøkene til ansatte som arbeider ufrivillig deltid
 - a. TILTAK: Arbeide systematisk for at alle som arbeider ufrivillig deltid skal få økt stillingsbrøk, og fortrinnsvis fulle stillinger
 - b. TILTAK: God informasjon om mulighet for å registrere ufrivillig deltid, samt lederopplæring og informasjon til ansatte om fortrinnsrett for deltidsansatte.
2. MÅL: God heltidskultur
 - a. TILTAK: Utlysning av fortrinnsvis fulle stillinger
 - b. TILTAK: Fleksibel bruk av personell for å kunne tilby heltidsstillinger

6.1.2 Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

UNN arbeider systematiske med å redusere sykefraværet:

- Utarbeide, implementere og følger opp IA-handlingsplan.
- IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på å øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær.
- Prosesstøtte til lederne i oppfølging av sykemeldte, som et systematisk HMS-tiltak for å forebygge sykefravær.
- Gjennomføring og oppfølging av ForBedring. Tilbyr prosesstøtte til lederne i oppfølgingsfasen.
- Månedlig rapportering på sykefravær i KVR-rapporten.
- Har særskilt fokus på klinikker som har mange medarbeidere med gjentakende fravær med tett og systematisk oppfølging. Satsningen "Bli i jobb" er i startfasen i 2018.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Har opprettet ressursgrupper for håndtering av sykefravær. Hensikten med gruppene er å styrke lederne til å håndtere sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.
- Tett og godt samarbeid med NAV.
- Utarbeidet planskisse for styrket innsats i sykefraværsarbeidet høsten 2018, i samarbeid med NAV.
- Ledere i enheter med mer enn 10% sykefravær skal aktivt følges opp fra støttefunksjonene (personal og BHT).

6.2. Tilstrekkelig kvalifisert personell

6.2.2 Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.

UNN gjennomførte i 2017-18 en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030. Denne kartla dagens personalressurser mot estimert behov. I tillegg ble informanter i fagmiljøene intervjuet. UNN vil i 2030 ha størst mangel på: sykepleiere, spesialsykepleiere (anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon-, akutt-, geriatri/demens-, psykisk helse-, øye-, kreft- og palliasjon), bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister (onkologi, øyesykdommer, radiologi, hjertesykdommer, anesthesiologi) og helsesekretærer med videreutdanninger.

Resultater og tiltak utarbeidet i rapporten brukes systematisk i planlegging av foretakets kompetanseutvikling- og planer samt kunnskap om hvilke formelle utdanningsløp som trengs i fremtiden. Tiltakene som er anbefalt i rapporten skal inn i ny handlingsplan for undervisning og læring 2019-2021.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering. Ny modell har som formål å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for.

Det er behov for å utdanne flere sykepleiere. Manglende finansiering av studieplasser og rigide krav til praksis i utdanningen er hindringer for å øke kapasiteten. Særlig vanskelig er det å imøtekomme krav til lang sammenhengende praksisperiode i kirurgiske sengeposter. Dette kravet vil endres når nye nasjonale retningslinjer for de rammeplanstyrte utdanningene trer i kraft fra 2020.

For å være i forkant av nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS-programmet), arbeides det med å øke kapasitet og sikre kvalitet for lege- og sykepleierutdanningen. Arbeidet gjøres i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT Helsefak.

UNN samarbeider med UiT Helsefak om ny master innen akuttisykepleie med oppstart høst 2020. Arbeidet vil inngå i nytt regionalt samarbeid for utdanning (SAMUT).

6.2.3 Redegjøre i tertialrapport 2 for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Strategisk

- UNN arbeider langsiktig med leder- og ledelsesutvikling i tråd med foretakets strategiske utviklingsplan. Herunder også sett opp mot HN's overordnede strategi.
- I tillegg arbeides det med en ny modell som skal gjøres gjeldende fra 2019, for å imøtekomme målene i UNNs strategiske utviklingsplan.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Det arbeides også i regionalt rekrutteringsnettverk med å se på rekrutteringen og innfasingen av nye ledere. Arbeidet pågår.

Operativt

- UNN har ulike tilbud til ledere. Et eksempel er prosessorientert kurs for ledere som har jobbet i foretaket 2 år eller mer. Fokus er praktisk ledelse.
- Ledelse gjennom kontinuerlig forbedring – innføringskurs for nye ledere (høsten 2018).
- Rekrutteringskurs for ledere.
- Kurs i Arbeidsgiverstøtte.

Administrativt

- Kurs i administrative systemer for ledere.
- Opplæring og veiledning i bruk av kompetansemodulen.

7. 1. Innfri økonomiske mål i perioden

7.1.2 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:

- **Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.**
- **Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.**
- **Satsing på klinisk farmasi.**
- **Innkjøp.**
- **Innføring av nytt sak-/arkivsystem.**
- **Innføring av kompetansemodulen i personalportalen.**

Forvaltningssentere

Forvaltningssenter LAB, RAD og EPJ har bidratt i utarbeidelse av felles mal i Helse Nord for rapportering på nytteverdien av innføring av felles kliniske system i regionen.

Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

Satsing på klinisk farmasi.

UNN er i en prosess med å tilsette personer i stillingene som er øremerket klinisk farmasi. Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

Innkjøp.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

Innføring av nytt sak-/arkivsystem.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

Kompetansemodulen i UNN

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Bakgrunn:

Implementering av kompetansemodule (KM) ble besluttet i direktørmøte (sak 28-2016). Implementeringen startet i mars 2017, mens selve utrullingsplanen ble vedtatt av direktørens ledergruppe i sak 44-2017. Opplæringsbehovet har vist seg å være større enn først antatt og vil forskyve den opprinnelige tidsrammen for prosjektet. Dette ble meldt til AD-møte i Helse Nord og i april ble prosjektet utvidet fram til 28. februar 2019. Helse Nord finansierer to stillinger ut prosjektperioden.

Status:

Så langt i prosjektperioden har 463 ledere og fagansvarlige fått opplæring. Blant disse er ca. 270 ledere. Det gjenstår opplæring av ca 300 personer. Plan for videre opplæring er utarbeidet og kurs gjennomføres kontinuerlig.

UNN har utarbeidet flere sentrale kompetanseplaner som gjelder for store grupper ansatte (Barn som pårørende, legemiddelhåndtering, blodtransfusjoner, plan for nye ledere, osv.), i tillegg til de sentrale kompetanseplanene *Alle ansatte UNN*. Det er også utarbeidet en rekke lokale planer for enkeltenheter og klinikker.

Prosjektet tilbyr tilpasset opplæring, samt oppfølging og veiledning i utvikling av kompetanseplaner.

Gvinster:

- Mer systematisk og strategisk arbeid med kompetanseutvikling
- Mer strukturerte utviklingsamtaler og oppfølging av medarbeidere
- Gir digital dokumentasjon av kompetanse
- Enklere akkreditering og revisjoner
- Enklere bemanningsplanlegging
- Bedre koordinering, administrering og oppfølging av utdanningsløp
- Bidra til å sikre bærekraftige fagmiljø

7. 2. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

7.2.3 Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.

Arbeidet med integrasjon mellom Medusa og Clockwork ledes av Helse Nord – IKT. Medisinsk teknisk avdeling ved UNN har deltatt i flere møter. Siste møte ble avholdt 28. juni 2018. Det er utarbeidet en beskrivelse av hva MTA/BHM-miljøene i RHF –ene ønsker og forventer, og hva som ønskes fra HN-IKT. Det er etablert kontakt med Softpro (leverandør av Medusa) samt leverandøren av Clockwork. Begge leverandørene skal være med på neste møte for å uttale seg om mulige løsninger.

7. 3. Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

Krav for 2018:

Tertialrapport og Årlig melding 2018

1.Samordning

- **Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.**
- **Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018**
- **Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.**

Anskaffelsesplanen for 2019 og oversikt over planlagte investeringsanskaffelser for 2018 er oversendt Helse Nord. Fireårig handlingsplan oversendes innen 31.12.2018 i henhold til oppdraget.

2.Systembruk

Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.

Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold

Direktørens ledergruppe vedtok i møte 5. september 2017 full implementering av innkjøps- og logistikksystemet Clockwork (CWL), jfr sak 86/17. Til ledermøtesaken fulgte 1) utrullingsplan, 2) prosess- og prosedyrebeskrivelser knyttet til bruk og vedlikehold av data i CWL og 3) risikovurdering ved utrulling av CWL.

Skriftlige arbeidsprosesser og -prosedyrer for bruk av CWL samt for vedlikehold av data i CWL oppdateres og vedlikeholdes i Docmap. Opplæring av personell i klinikkene, i bruk av e-procurement/CWL, ble gjennomført høsten 2017 i tråd med utrullingsplanen.

UNN vil høsten 2018 jobbe for å gjøre flere avtaler og avtaleprodukter tilgjengelig i Clockwork, samt oppdatere eksisterende avtaleinformasjon. I tillegg vil vi jobbe målrettet for å øke bruken av CWL i klinikkene. I den sammenheng arbeider UNN for å få på plass en indikator i HN-LIS, som kan vise status og utvikling i bruk av CWL. Bruken av CWL skal kunne brytes ned på hvert enkelt kostnadssted i hver enkelt klinikk. Indikatoren ansees som et viktig verktøy for klinikkene selv, men også for innkjøpsseksjonen, spesielt med hensyn til hvilke enheter innkjøpsseksjonen skal prioritere oppfølgingen av.

Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.

Det er mulig å måle hvor mye som kjøpes i tråd med avtaler gjennom CWL. I utgangspunktet vil alt kjøp i CWL av forhåndregistrerte artikler være avtalebasert. Problemet er å måle det som kjøpes utenom CWL. Det vil kreve et betydelig og manuelt arbeid å skaffe slik oversikt.

Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

Alt som kjøpes gjennom CWL er i tråd med avtaler. Utfordringen er kjøp utenom CWL. Det krever et betydelig og manuelt arbeid å undersøke om disse innkjøpene er gjort i tråd med avtaler. Det er derfor en bedre strategi å søke å øke kjøp gjennom CWL.

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Varekjøp gjennom CWL

Andelen av varekjøp i CWL var 1. og 2. tertial på 63,3%.

Tjenestekjøp gjennom CWL

Det er ennå ikke lagt tilrette for at tjenestekjøp kan bestilles via CWL.

Samhandling internt

Det vises til pkt 2 Systembruk.

Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.

Forespørslene som mottas om prosjektdeltakere blir videreformidlet gjeldende klinikker/enheter ved UNN. UNN stiller med fagkompetanse i forespurte anskaffelsesprosjekter.

Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp. Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

Vi arbeider for å kunne bestille og motta anskaffelser fra Sykehusinnkjøp på en mest mulig effektiv og kvalitativt god måte. Vi har definert 3 ulike arbeidsprosesser knyttet til leveranser fra Sykehusinnkjøp. Vi bestiller og mottar enkeltanskaffelser (i hovedsak utstyrsanskaffelser) og planlagte rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nord, samt mottar nasjonale rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nasjonale tjenester. Dette innebærer tre ulike arbeidsprosesser som vi forsøker å optimalisere gjennom kontinuerlig forbedring.

Samhandling eksternt

Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

Midlertidig samarbeidsavtale er ikke revidert. Sykehusinnkjøp har ansvaret for prosessen. UNN bidrar når arbeidet igangsettes.

Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

Arbeidet er ikke påbegynt.

Innen 1.juli etablere en strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.

Helse Nord RHF følger dette opp overfor helseforetakene i forbindelse med prosjekt innkjøp 2021. Første møte i strategisk samhandlingsforum er avtalt 19. sept. UNN deltar.

8. Risikostyring og internkontroll

Krav for 2018:

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Ledergruppen i UNN behandlet Ledelsens gjennomgang (LGG) for 2017 i ledermøte 5. juni 2018. Gjennomført LGG ble dernest presentert i styremøte 21. juni 2018.

Direktørens ledergruppe besluttet en ny modell for LGG 9. januar 2018. En dedikert ressurs i Kvalitets- og utviklingscenteret har som hovedoppgave å implementere den nye modellen. Medarbeideren begynte 16. mai 2018 og det er anslått at implementeringen vil ta 3-5 år.

I den nye modellen legges det opp til at LGG først gjøres på avdelingsnivå, dernest på klinikknivå og til slutt på foretaksnivå. Dette gjør det mulig å aggregere informasjonen gjennom nivåer i organisasjonen. I tillegg vil avdekkede mangler kunne løstes til neste nivå ved behov.

Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2

1) Nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling.

UNN følger opp pasientsikkerhetsprogrammet. Måloppnåelsen her er vanskelig å vurdere da nasjonalt har vært vanskelig å dokumentere effekten av pasientsikkerhetsprogrammet, jf. Deilkås ET. Pasientskader i Norge 2016 målt med Global Trigger Tool. Rapport fra Helsedirektoratet: Oslo: Helsedirektoratet 2017. Vi gjennomfører GTT-målinger, i 2017 fant vi at det var oppstått 13,8% pasientskader per 100 innleggelses i gjennomgangen av tilfeldig utvalgte 240 journaler i UNN. Tall fra nasjonale kvalitetsindikatorer viser at UNN ligger på eller over gjennomsnittet.

Det er totalt 180 nasjonale kvalitetsindikatorer. UNN følger oppdateringen av disse kontinuerlig. Siste gjennomgang gjelder for indikatorer som er publisert 13. september 2018. Oppsummert lå UNN på gjennomsnitt eller bedre enn gjennomsnitt for de fleste kvalitetsindikatorer.

Rapporteringspunktene i kapittel 3.1 og 3.6 gjentas ikke her.

Noen områder vi gjør det spesielt bra:

- Færre fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatikk (0,3% ved UNN mot 1,1% nasjonalt)
- Færre fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatikk (1,3% ved UNN mot 1,9% nasjonalt)
- Lavere andel planlagte operasjoner som blir strøket fra det planlagte programmet (4,3% ved UNN mot 6,0% nasjonalt)
- Høyere andel nye kreftpasienter i pakkeforløp 1. tertial (85,7% ved UNN mot 79,3% nasjonalt)
- Lavere andel tvangsinnleggelses i psykisk helsevern 1. tertial (13,9% ved UNN mot 16,1% nasjonalt)
- Høyere andel gjenoppliving ved plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus (35,9% ved UNN mot 30,0% nasjonalt)

Noen områder vi lå dårligere enn landsgjennomsnittet var:

- Andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivelse fra somatikk (81,4% ved UNN mot 84,2% nasjonalt)

Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Andel henvisninger i somatisk helsetjeneste med brudd på vurderingsgarantien – henvisninger skal vurderes innen 10 dager (3,9% ved UNN mot 2,4% nasjonalt)
- Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen (svært få pasienter - tilfeldig variasjon pga små tall?. Det jobbes kontinuerlig med å få flere pasienter innen tidsvinduet for trombolyse.»
- Andel pakkeforløp innen anbefalt forløpstid for ulike urologiske tilstander (dette er kjent og følges opp)
- Andel pasienter med diagnosen schizofreni som har individuell plan (11,3% ved UNN mot 27,4% nasjonalt)

1) Pasient- og brukervedvirkning

UNN har over tid etablert mange strukturer for å sikre god pasient- og brukervedvirkning. Brukerutvalgets leder har lenge vært i Kvalitetsutvalget. I 2017 ble det besluttet at brukerrepresentanter også skulle være med i KVAM-utvalgene på klinikknivå. Erfaringene har vært både gode. Det er etablert ungdomsråd i UNN som deler sine erfaringer og råd med hele organisasjonen. I februar 2018 prøvde vi for første gang å etablere et brukerpanel for medvirkning i byggesaker. Brukerpanelet består av frivillige (pasienter og pårørende). Representanter fra brukerpanelet og ansatte ved sykehuset i Narvik samarbeidet om å definere nærhetsbehov for ulike funksjoner i Nye Narvik sykehus. Erfaringene var udelt positive. Psykisk- helse og rus-klinikken har etter hvert lang erfaring med erfaringskonsulenter i fast stilling. I tillegg til å delta i den nasjonale PasOpp-undersøkelsen gjennomføres det lokale pasienterfæringsundersøkelser. Et av de beste eksemplene er hvordan Hjerte- og lungeklinikken har gjennomført jevnlig undersøkelser over en tiårsperiode, og brukt erfaringene systematisk til forbedringer. Siden høsten 2016 har UNN kunnet gjennomføre pasienterfæringsundersøkelser elektronisk i PING-verktøyet. PING gir mulighet for å gi tilbakemeldinger i et fritekstfelt i tillegg til de konkrete spørsmålene. UNN er i ferd med å etablere et lavterskeltilbud der pasienter og pårørende også kan gi sine tilbakemeldinger når de ikke svarer på en erfaringsundersøkelse, ved å følge en «gi din tilbakemelding»-lenke på vår internettside (under *Kontakt oss*). I tillegg har vi PING telefontjeneste, som kan bidra til å sette pasient/pårørende i kontakt med rett fagmiljø eller helsepersonell. Vi har også flere eksempler der brukerrepresentanter deltar i arbeidsgrupper, i forbindelse med forbedringsarbeid, forskningsprosjekter og annet. Ortopedisk sengepost har som del av sin forsterkede oppfølging av pasienthendelser begynt å spørre pasienter og pårørende hva de så, som kan bidra til tiltak som hindrer gjentakelse.

Prosjektet *Mine behandlingsvalg* har nå syv samvalgsverktøy publisert på helsenorge.no. Av disse ble kneartrose publisert for første gang i vår, mens verktøyene for kronisk nyresvikt og sykkelig overvekt har gjennomgått en større revisjon. Seks nye samvalgsverktøy er under utvikling for publikasjon i løpet av høsten 2018: Graves sykdom, brystkreft, ideopatisk normaltrykks hydrocephalus (voksen vannhode), prostata kreft med spredning, psykose og hofteartose. De to sistnevnte er samarbeidsprosjekt med hhv Helse-Vest og Helse-Sørøst. Prosjektet har også publisert bruksanvisning og andre nyttige dokumenter til bruk for andre utviklere av samvalgsverktøy (<https://unn.no/fag-og-forskning/mine-behandlingsvalg>).

Mine Behandlingsvalg har fått nasjonalt oppdrag i å implementere samvalg i Norge. I de kommende årene vil prosjektet utvikle og implementere samvalgsverktøy til de fleste medisinske tilstander hvor samvalg er relevant. Det er etablert samarbeid med det tyske samvalgsprosjektet «Share to care».

Til tross for ulike tiltak mener vi fortsatt at vi har en god vei å gå før vi når visjonen om *Pasientens helsetjeneste*. I løpet av høsten skal det arrangeres en workshop der UNN-ressurser og andre som har befattning med området «brukervedvirkning» inviteres til et kreativt verksted. Dagen skal resultere i en oversikt over det fragmenterte tilbud som er etablert for at brukere/befolkningen skal kunne gi oss

Tertialrapport og Årlig melding 2018

forslag til forbedring, og ideer om det vi kunne fått til/etablere slik at brukere får en reell innflytelse på utvikling og drift av UNN. Ledergruppen vil deretter avgjøre tiltak, herunder del- og overordnet ansvar for disse, tidsrammer og ressursbruk.

2) Gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

UNN har gjennomført og fulgt opp Forbedring 2018. UNN følger hovedtendensene til resten av landet. Vi har engasjerte medarbeidere som opplever høyt arbeidspress i hverdagen, men ligger noe under landsgjennomsnittet på en del temaområder. Det er derfor viktig med god oppfølging av resultatene i undersøkelsen.

ForBedring er fulgt opp i linja og gjennom KVAM-strukturen. Ledere er tilbudt hjelp til oppfølging og prosesser der de har behov for det. Oppfølging av undersøkelsen følges også opp av AMU.

KVAM-strukturen er et av virkemidlene for å sikre gode arbeidsforhold gjennom samarbeid mellom vernetjenesten, arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. UNN har et ekstra fokus på forebygging og oppfølging av sykefravær. Vår vurdering er at en reduksjon av sykfraværet vil kunne få mange gode effekter på arbeidsforholdene i UNN. Dette er derfor et høyt prioritert felt fra både UNN og NAV.

UNN har gjennomførte en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030. UNN vil i 2030 ha størst mangel på: sykepleiere, spesialsykepleiere innen alle spesialiteter, bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister (onkologi, øyesykdommer, radiologi, hjertesykdommer, anesthesiologi) og helsesekretærer med videreutdanninger. Den desentrale strukturen gir oss ei utfordring med spesialister på alle steder.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering. Ny modell har som formål å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Det er behov for å utdanne flere sykepleiere. Manglende finansiering av studieplasser og rigide krav til praksis i sykepleieutdanningen er hindringer for å øke kapasiteten.

For å være i forkant av nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS-programmet), arbeides det med å øke kapasitet og sikre kvalitet for lege- og sykepleierutdanningen. Arbeidet gjøres i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT Helsefak.

UNN er i gang med å vurdere oppgaveglidning på ulike områder, der det er særlig mangel på kvalifisert personell. Vi har økt antallet lærlinger i 2018.

3) Innfri økonomiske krav

Helse Nord har gitt UNN et overskuddskrav på 40 mill kr. I tillegg til dette var eget resultatkrav på 60 mill kr, altså tilsammen 100 mill kr. Det egne overskuddskravet vil ikke bli oppnådd for 2018, og målet for året er dermed resultatkravet fra RHF'et som er lik budsjett.

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet er drevet av lavere personalkostnader enn budsjettet med 18,8 mill kr. Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr. Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma. Også akkumulert reduseres personalkostnadene slik at de reduserer det totale negative budsjettavviket noe. Vår prognose er at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative

Tertialrapport og Årlig melding 2018

utviklingen, slik at merforbruket ikke øker mot slutten av året. Og at de klinikker/senter som har positive budsjettavvik har dette også ved årets slutt.

Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

UNN har på bakgrunn av tidligere organisering og erfaring med LGG besluttet en ny modell for LGG. I den nye modellen skal gjennomgangen gjøres både på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Dette er også i tråd med kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra tidligere viste at LGG ikke ga en tilstrekkelig gjennomgang av virksomhetens styringssystem når den bare ble gjennomført på foretaksnivå.

I LGG2017 hadde vi et særlig fokus på å avdekke i hvilken grad styringssystemet er på plass ved de ulike hovedområdene som skal gjennomgås (Avvikssystem, dokumentstyring, intern revisjon, kompetansestyring, systematisk HMS-arbeid, Pasientsikkerhetsprogrammet, Smittevern, personvern- og informasjonssikkerhet og Miljøledelse – Grønt sykehus). LGG ble ikke gjort på avdelings- og klinikknivå i 2017. Det er del av den jobben vi nå er i gang med å planlegge for fremtidige LGG. Vi starter med å pilotere LGG i to klinikker i 2019, Barne- og ungdomsklinikken og Hjerter- og lungeklinikken. Selv om LGG ikke ga en fullstendig gjennomgang av styringsdata i LGG2017, har vi likevel system for løpende gjennomgang og vurdering av styringsdata i månedlig Kvalitets- og virksomhetsrapport, Dialogavtalen og direktørens dialogmøter, HN-LIS med indikatorer og målekort for klinikk- og avdelings-nivået.

Informasjonssikkerhet:

Det ble gjennomført risikovurdering på informasjonssikkerhet i hele foretaket i 2017.

Risikovurderingen konkluderte med fire hovedområder for oppfølging: *Sikker utskrift, dokumentere opplæring i personvern- og informasjonssikkerhet, kontroll av ansattes tilganger og systematisk innsynskontroll*. Tiltakslista etter risikovurderingen inngikk i LGG2017.

Klima og miljø

UNN er iso-sertifisert etter ISO 14001:2015 og ble resertifisert av DNV GL i 2017. Det ble gjennomført en egen ledelsens gjennomgang på ytre miljø som inngikk i LGG2017. Tiltakslisten ble styrebehandlet sammen med foretakets LGG2017.

Beredskap

Beredskap har ikke tidligere vært del av LGG i UNN. Det ble i 2018 besluttet å ta med beredskap i fremtidige LGG. UNN har for dårlige styringsdata på beredskapsområdet. Det gjennomføres høsten 2018 en ny risikovurdering som vil dekke blant annet medisinsk beredskap, infrastrukturberedskap, forsyningssikkerhet og intern katastrofeberedskap. Sist risikovurdering på beredskap ble gjennomført i 2013. Ny risikovurdering ferdigstilles desember 2018.

Risikostyring:

Risikostyring som system ble ikke vurdert i LGG 2017. UNN gjennomfører risikostyring etter mal fra HN RHF og tilsvarende retningslinjer. Det gjennomføres risikovurderinger på blant annet beredskap, informasjonssikkerhet, prosjekter, arbeidsmiljø, organisatoriske endringer, bygningsmessige endringer og overordnede mål. Risikovurderingene gjennomføres på bestillinger fra avdelinger, kliniksjefer, direktør og på bestilling i Oppdragsdokument fra HN RHF. UNN har fordelt kompetanse

Tertialrapport og Årlig melding 2018

og ansvar for risikostyring på flere enheter i foretaket, etter hvilke områder som skal risikovurderes. For fremtidige LGG vil risikostyring inngå som et av hovedområdene som gjennomgås.



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventelister	11
Ventetid	11
Fristbrudd	12
Korridorpasienter	13
Strykninger	14
Epikrisetid	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	15
Oppholdstid i akuttmottaket	15
Aktivitet	16
Somatisk virksomhet	17
Psykisk helsevern voksne	19
Psykisk helsevern barn og unge	19
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
Den gylne regel	20
Samhandling	21
Utskrivningsklare pasienter	21
Bruk av pasienthotell	23
Personal	24
Bemanning	24
Sykefravær	27
AML-brudd	29
Kommunikasjon	31
Sykehuset i media	31
Økonomi	32
Resultat	32
Prognose	34
Likviditet	34
Investeringer	35
Byggeprosjekter	35

Hovedindikatorer

<p>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, august</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 88 %</p> <p>Antall over 4 timer: 181</p>	<p>Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak poliklinikk, august</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 83 %</p> <p>Antall over 4 timer: 156</p>	<p>Utvikling andel polikliniske besøk under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av august</p> <p>42</p>	
<p>Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, august</p> <p>Andel i pakkeforløp: 83 %</p> <p>Andel innenfor frist: 67 %</p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.</p>

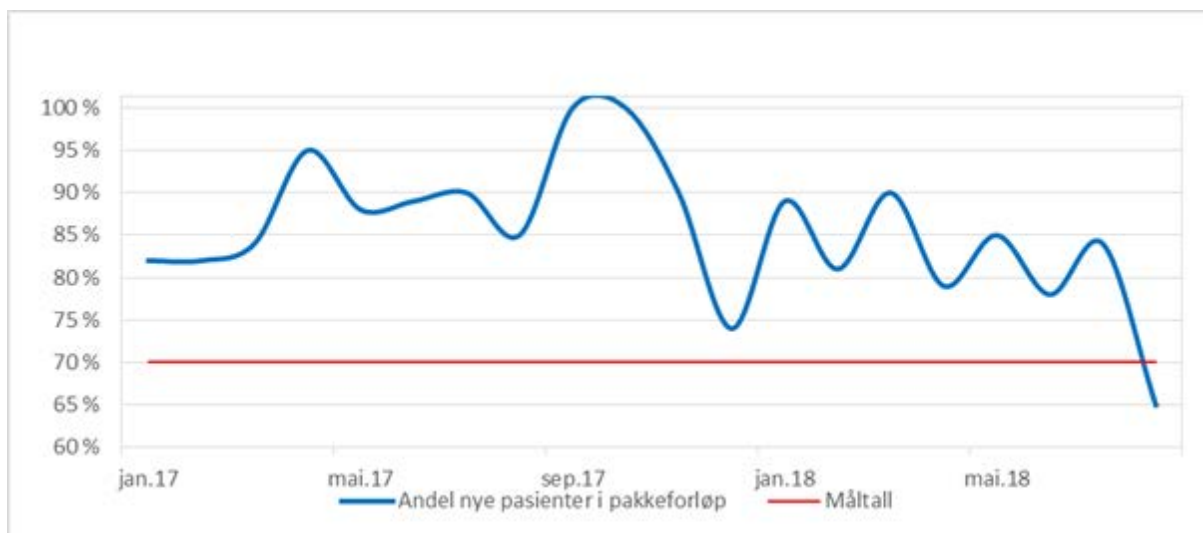
<p>Tvang psykisk helsevern – voksne august</p> <p>Andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet totalt: 5,3 %</p> <p>Andel mekanisk tvang: 2,3 %</p>	<p>— Andel tvangsmiddelbruk — Andel mekanisk tvang — Andel fastholding</p>
<p>Sykefravær, august</p> <p>Mål 7,5 %</p>	<p>— Sykefravær — Plan — Trend</p>
<p>AML brudd, august</p> <p>Antall AML-brudd: 5177</p> <p>Mål reduksjon med 50%</p>	
<p>Budsjettavvik tom august</p> <p>-37,8 mill kr</p>	<p>— Akkumulert regnskap — Budsjettet overskudd - Krav RHF — Resultatmål</p>

Kvalitet

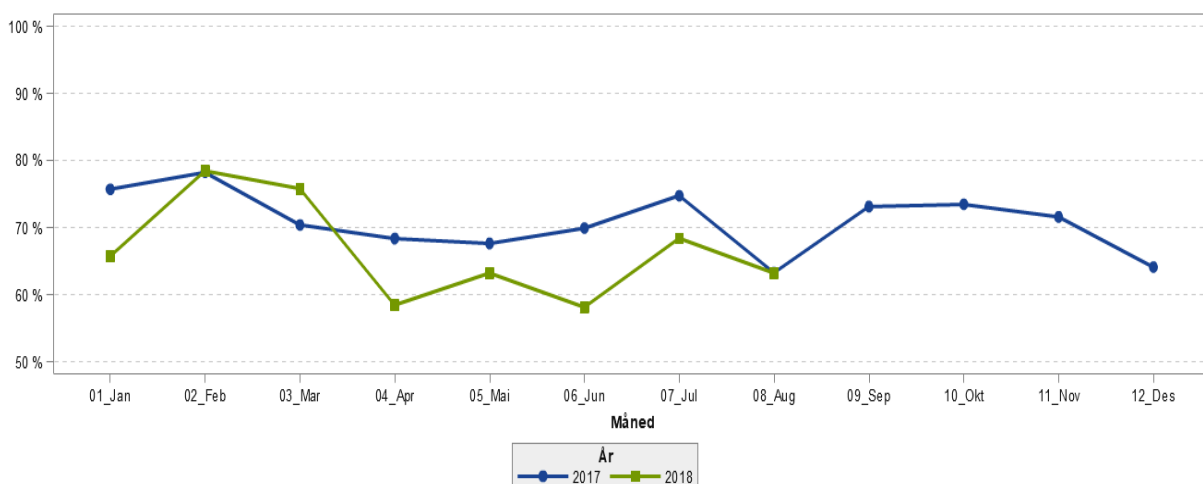
Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
Total		500	749	66,8%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	9	10	90,0%
Blærekreft	Kirurgi	23	40	57,5%
Blærekreft	Medikamentell behandling	2	6	33,3%
Brystkreft	Kirurgi	54	95	56,8%
Brystkreft	Medikamentell behandling	19	22	86,4%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	5	8	62,5%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	4	6	66,7%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	24	25	96,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	3	4	75,0%
Føflekkreft	Kirurgi	46	59	78,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	3	4	75,0%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Hjernekreft	Kirurgi	17	17	100,0%
Hjernekreft	Strålebehandling	0	1	0,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	28	33	84,8%
Hode- halskreft	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Hode- halskreft	Strålebehandling	8	15	53,3%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	3	100,0%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	3	7	42,9%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	9	10	90,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	4	5	80,0%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	7	8	87,5%
Livmorhalskreft (cervix)	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	19	20	95,0%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	11	25	44,0%
Lungekreft	Medikamentell behandling	19	27	70,4%
Lungekreft	Strålebehandling	32	40	80,0%
Lymfomer	Medikamentell behandling	21	31	67,7%
Lymfomer	Strålebehandling	2	4	50,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Nyrekreft	Kirurgi	8	19	42,1%
Nyrekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	2	3	66,7%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	0	4	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	18	35	51,4%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	7	21	33,3%
Sarkom	Kirurgi	2	2	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	13	17	76,5%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	48	89	53,9%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	12	16	75,0%

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

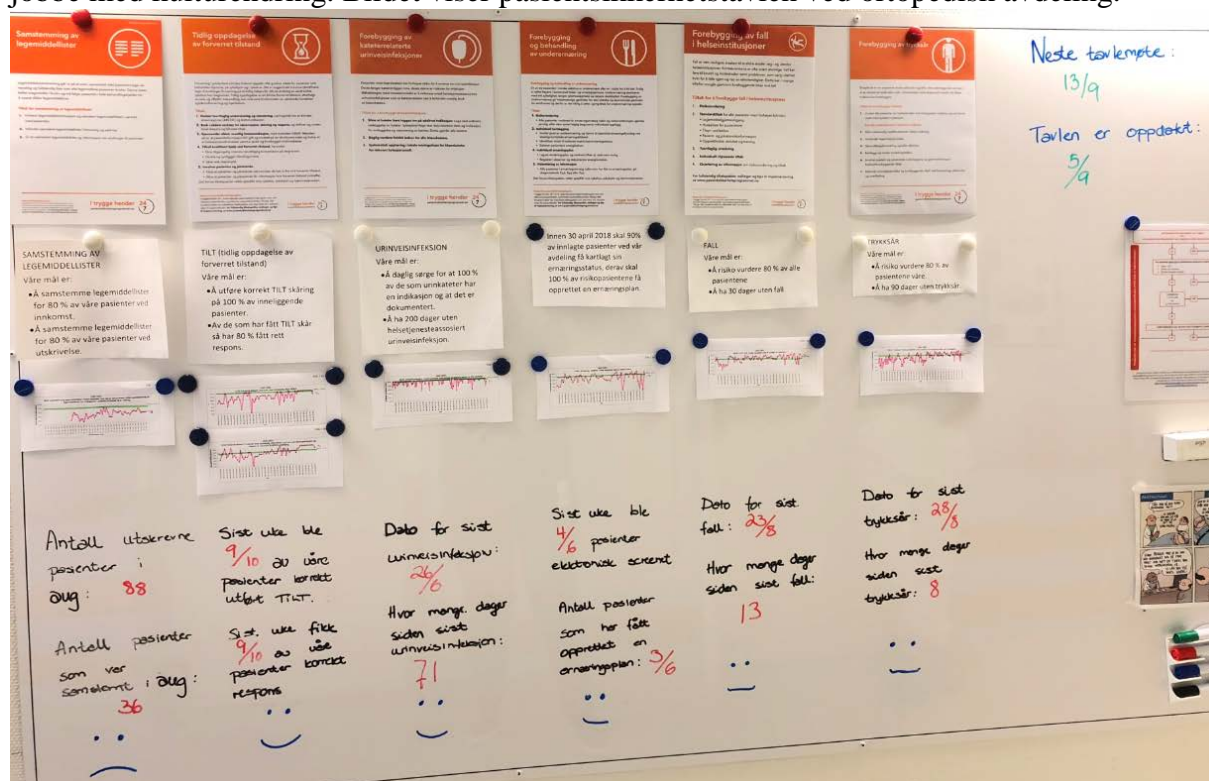
Pasientsikkerhetsprogrammet

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 2. tertial 2018

De obligatoriske tiltakene for innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres iverksatt ved alle sengepostene.

Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved intensivavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må allikevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter. Har de iverksatt denne type tiltak, er ruten merket med «tilpasset».

Veldig mange enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på arbeidet og jobbe med kulturendring. Bildet viser pasientsikkerhetstavlen ved ortopedisk avdeling.



Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingscenteret.

Det er på basis av registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse, utviklet en rapport i Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS). For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN 17 %. Tallene for hver klinikk presenteres i det videre. Det understrekes at disse tallene kan gi et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene uten å ha fått på plass system for registrering av tjenestekodene.

Klinikkvis oversikt:**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.

BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 11 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 40 % av oppholdene var registrert samstemt.

Hjerte- og lungeklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed sengepost										PS-tavle
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PS-tavle, r-tavle
Lungemed										PS-tavle

Hjerte- og lungeklinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 4 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 11 % av oppholdene var registrert samstemt.

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Medisinsk klinikk										
Hematologisk										Risikotavle
Inf med										PS-tavle, risikotavle, ernæring, trygg utskrivelse oppstart
Fordøyelse/Nyre										PS-tavle
Geriatrisk										PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			PUK				TILT + POU Safe		PS-tavle, ernæring, utskrivelsesinfo
Med A Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

Medisinsk klinikk har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 29 % av innleggelsene 2. tertial. Medisinsk avdeling i Narvik har registrert samstemmingskode ved 65 % av sine opphold.

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
K3K										
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset									Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Harstad	Tilpasset	Tilpasset								Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Narvik	Tilpasset	Tilpasset						Starter m TILT 2. tert		PS-tavle, flere prosjekter
Kreft									Tilpasset	Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset									PS-tavle
Gyn,uro,endo,plast	Tilpasset							Tilpasset, kun TILT		PS-tavle, pilot trygg utskrivning
Kir. Harstad	Tilpasset									PS-tavle

K3K har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 16 % av innleggelsene 2. tertial.

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken										
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling										PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen	Tilpasset									PS-tavle
Ortopeden Tø										PS-tavle, ernæring, utskrivningskoordinator ++
Ort. Harstad	Tilpasset									R-tavle
FRMA Tromsø (døgn)										PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)										risikotavle

NOR-klinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 18 % av innleggelsene 2. tertial.

Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken										
Intensiv Seksjon A Tromsø - Ikke rapportert pga flytting og omorganisering		Tilpasset								PS-tavle
Intensiv Seksjon B Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset - TILT og ISBAR under innføring		Tavler nede pga flytting
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Planlegger ISBAR		PS-tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset						Tilpasset - slagsalarm, trombolyse			PS-tavle, pårørendeprosjekt, simulering

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk										
Ambulansetjenesten		Tilpasset, innhenter info hvis tilgjengelig				Tilpasset, nye skjemaer til trombolyse.	Tilpasset, klarer til trombolyse.	Tilpasset, ABCDE og RETTS	Sepsis-skjema i amb, innført blodkultur og start AB	
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, innfører TILT, bruker ABCDE		PS-Tavle,
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, risikotavle
ANOP Akuttinntak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Akuttinntak Harstad		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagsalarm	RETTS	Skjemaer måling	Tavle, skjema for vurdering i innl., Opsholdstid i akuttinntak

Det registreres ikke heldøgnsopphold ved Akuttmedisinsk klinikk, derved vil legemiddelsamstemming gjort her «tilfalle» pasientens moderpost.

Psykisk helse og rusklinikken:

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 og gjelder også poliklinikkene. Forbedringsområdene rapporteres ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 2. tertial 2018	Legemiddel-samstemming	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
<i>Akuttpost nord</i>				Bedre pasientforløp
<i>Akuttpost sør</i>				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
<i>Akuttpost Tromsø</i>				Tavler
PRE				Tavle
<i>Alderspsykiatri døgn</i>				
<i>Sikkerhet (Begge poster)</i>	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan, ettersamtaler, "Hjertefrisk", forbedringstavler
<i>Døgn 1+2</i>		Tilpasset		Pasientforløp
<i>Døgn Storsteinnes</i>				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
<i>SPHR Nord-Troms</i>		Tilpasset		Pårørendearbeid,
<i>SPHR Sør-Troms</i>		Tilpasset		
SPHR Ofoten				Tavle
ReStart				Tavle, Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung		Tilpasset		"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				PS-tavle, r-tavle
Rusbehandling Narvik		Tilpasset		Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet
<i>Medikamentfri enhet</i>		Tilpasset		

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	9 592	8 840	8 777	-63	-1
...herav med fristbrudd	76	77	42	-35	-45
...herav med ventetid over 365 dager	141	50	20	-30	-60
Gjennomsnittlig ventetid dager	75	64	63	-1	-2
Ikke møtt til planlagt avtale	1 130	1 868	1 121	-747	-40

Tabell 3 Avvikling av venteliste hittil i år

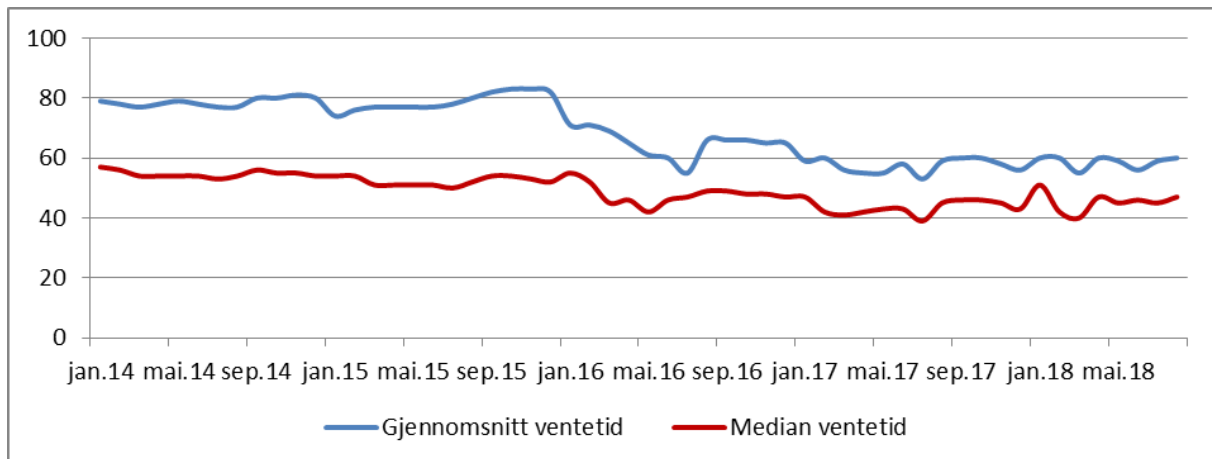
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	31 998	30 358	29 544	-814	-3
...herav med fristbrudd	380	467	383	-84	-18,0
Andel - avviklet ordinært	94	100	100	0	0

Ventetid

Tabell 4 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

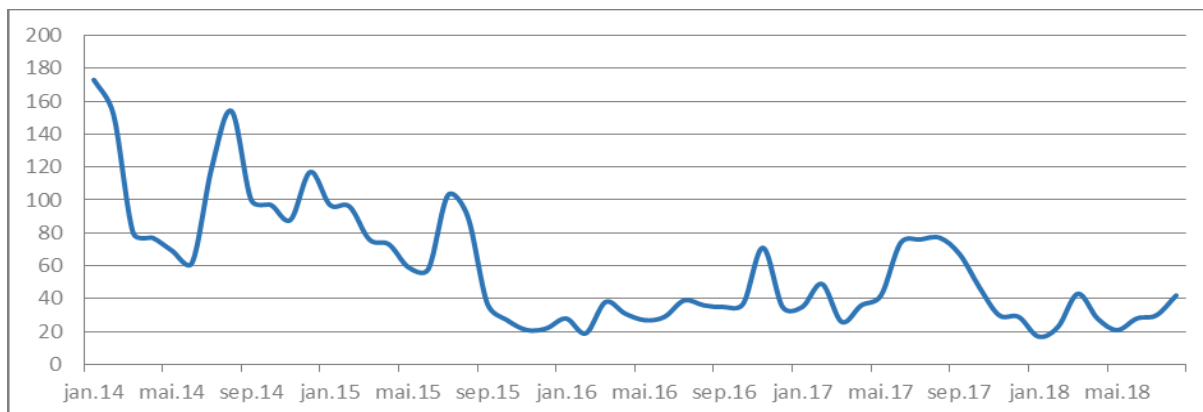
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	66	59	60	1	2
Median ventetid i dager	49	45	47	2	4

Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 4 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

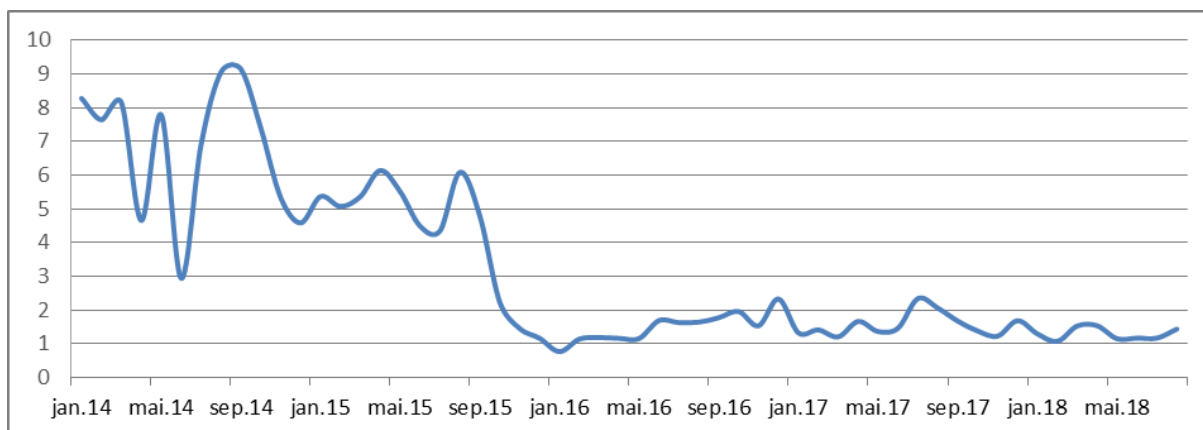


Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av august 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16	1 793	0,9 %
Medisinsk klinikk	6	714	0,8 %
Hjerte- og lungeklinikken	4	639	0,6 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	16	4 817	0,3 %
UNN	42	7 963	0,5 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

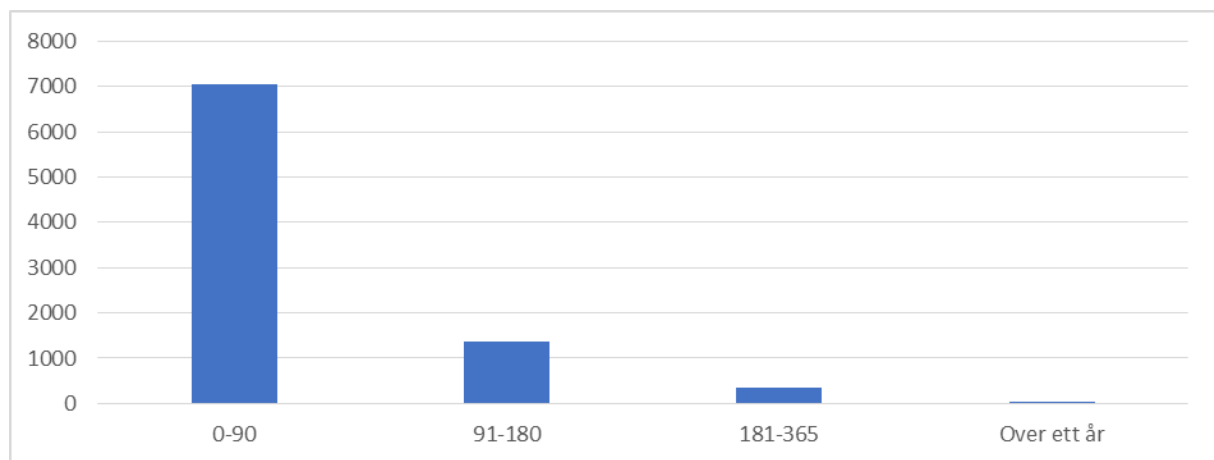
Figur 5 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

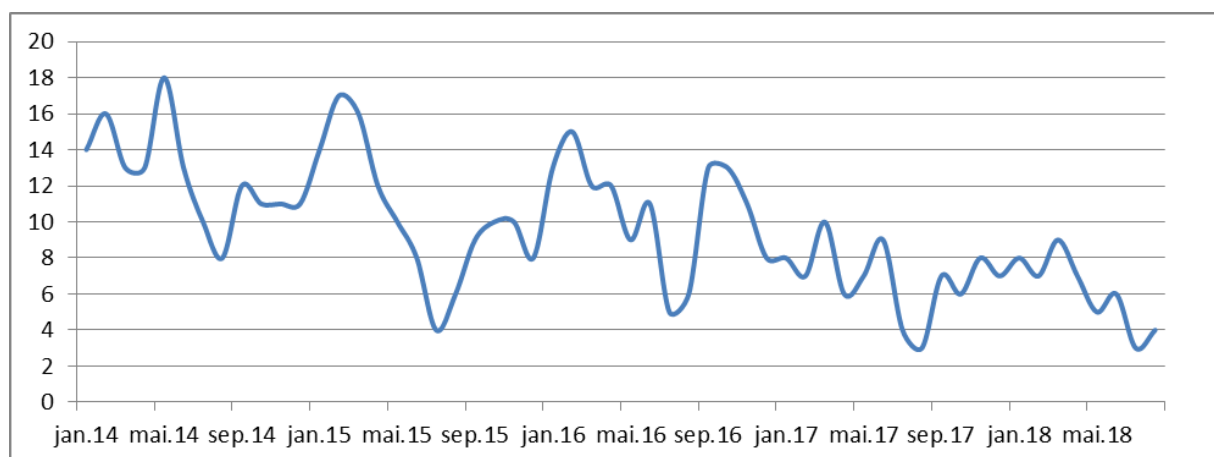
Klinikk	jul.18	aug.18
Barne- og ungdomsklinikken	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	3	16
Medisinsk klinikk	2	4
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9	14
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	13
UNN	26	48

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



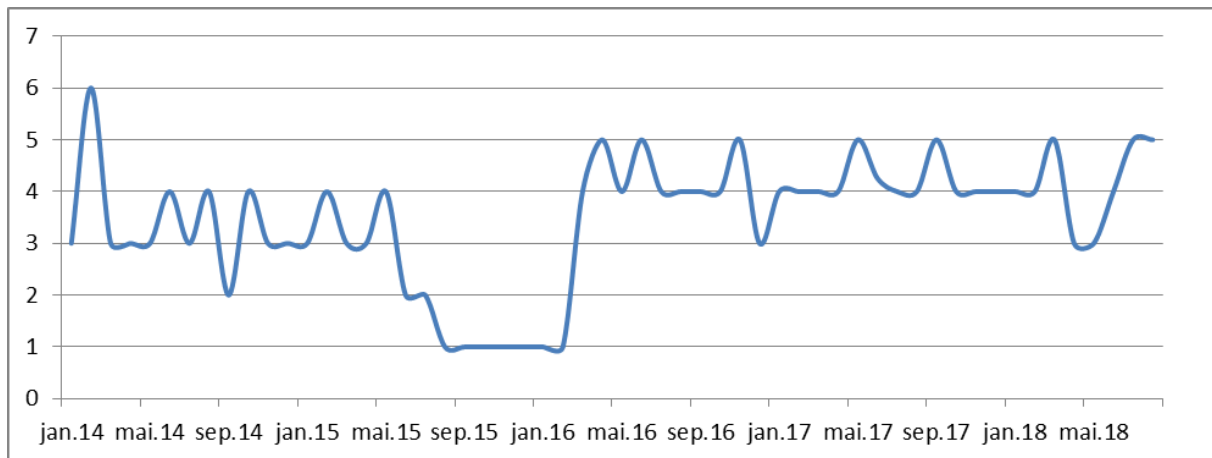
Korridorpasienter

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



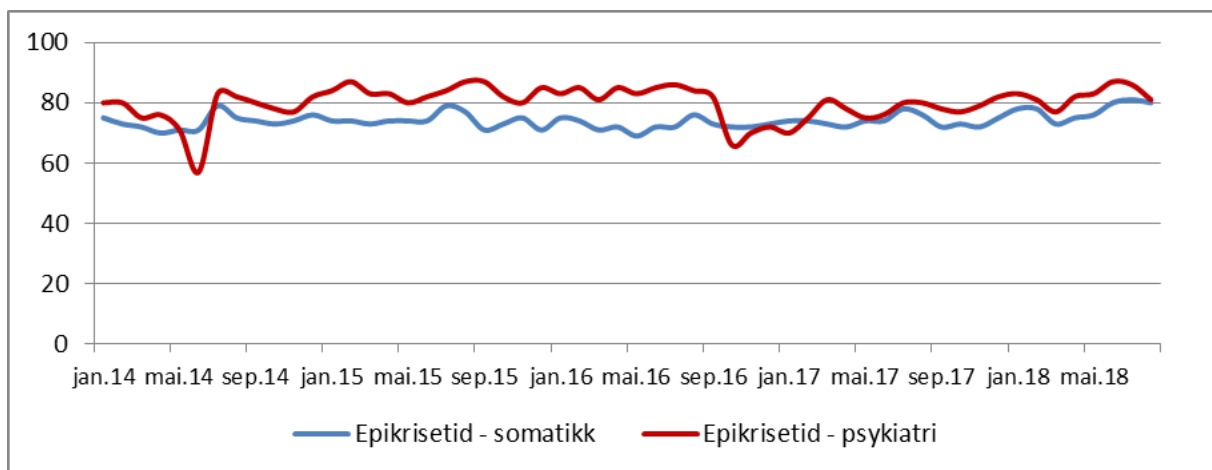
Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



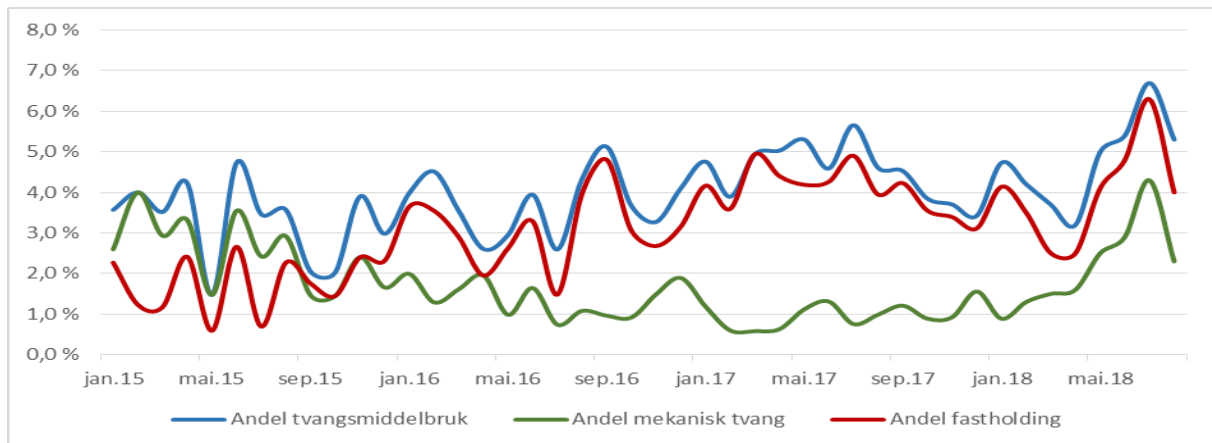
Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



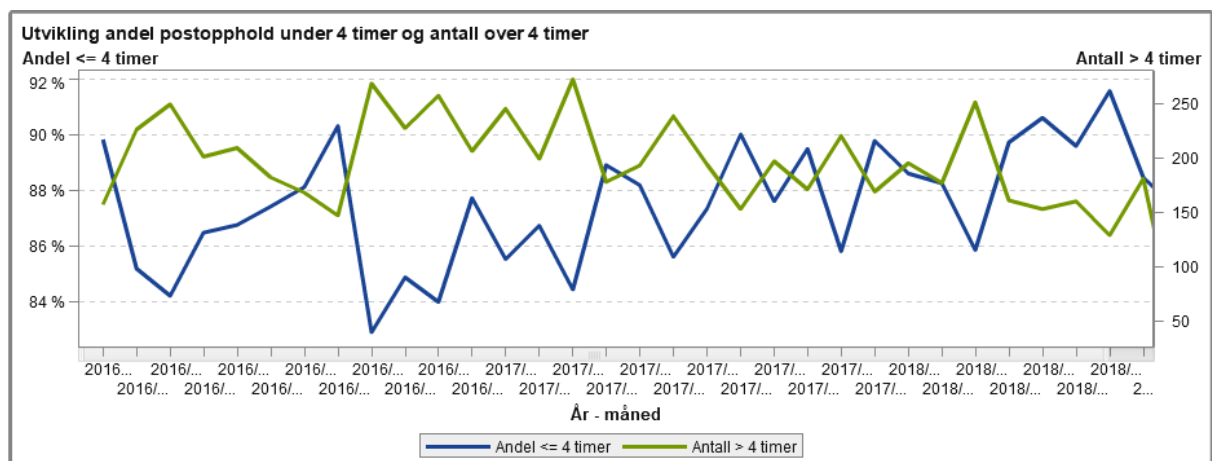
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

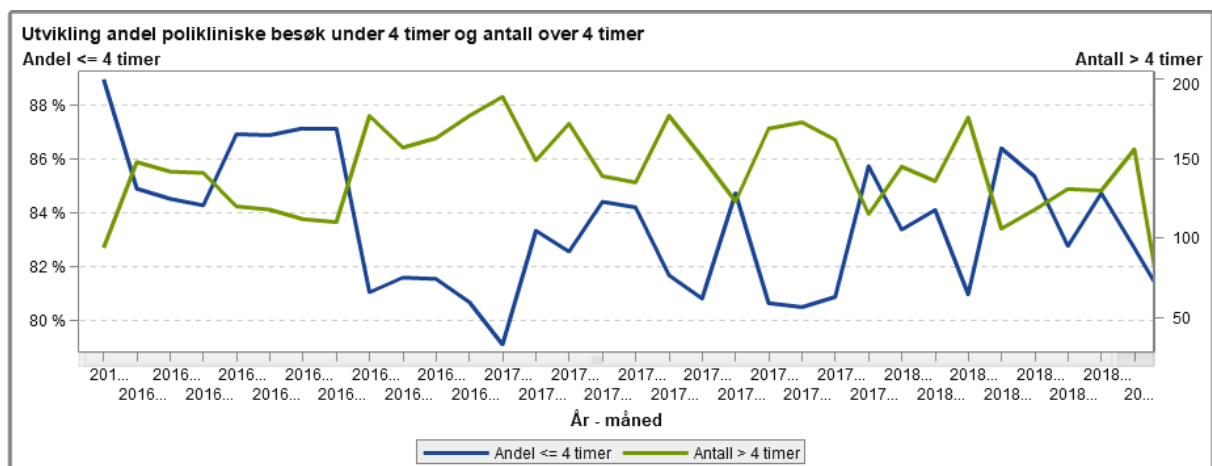


Oppholdstid i akuttmottaket

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



Figur 12 Oppholdstid i akuttmottaket poliklinikk (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Aktivitet

Tabell 7 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	63 886	66 355	66 017	2 469	3,9	338	0,5
Liggedager i perioden	Somatikk	116 453	115 688	115 413	-765	-0,7	275	0,2
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	171 918	177 037	172 888	5 119	3,0	4 149	2,4
DRG-poeng	Somatikk	47 244	48 232	51 076	988	2,1	-2 844	-5,6
Laboratorieanalyser	Somatikk	4 131 203	4 586 578	4 683 618	455 375	11,0	-97 040	-2,1
Røntgenundersøkelser	Somatikk	97 682	110 941	112 750	13 259	13,6	-1 809	-1,6
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	8 085	7 450	10 964	-635	-7,9	-3 514	-32,1
Pasientkontakter	Somatikk	235 804	243 392	238 905	7 588	3,2	4 487	1,9
PHV								
Utskrivelser postopphold	PHV	2 299	2 221	2 335	-78	-3,4	-114	-4,9
Liggedager i perioden	PHV	26 116	27 571	29 567	1 455	5,6	-1 996	-6,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	42 622	42 111	43 218	-511	-1,2	-1 107	-2,6
Pasientkontakter	PHV	44 921	44 332	45 553	-589	-1,3	-1 221	-2,7
BUP								
Utskrivelser postopphold	BUP	145	125	119	-20	-13,8	6	5,4
Liggedager i perioden	BUP	1 573	1 674	2 044	101	6,4	-370	-18,1
Polikliniske konsultasjoner	BUP	19 050	19 847	16 847	797	4,2	3 000	17,8
Pasientkontakter	BUP	19 195	19 972	16 965	777	4,0	3 007	17,7
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser postopphold	TSB	784	586	662	-198	-25,3	-76	-11,5
Liggedager i perioden	TSB	15 367	12 754	13 111	-2 613	-17,0	-357	-2,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	6 522	8 375	7 587	1 853	28,4	788	10,4
Pasientkontakter	TSB	7 306	8 961	8 249	1 655	22,7	712	8,6

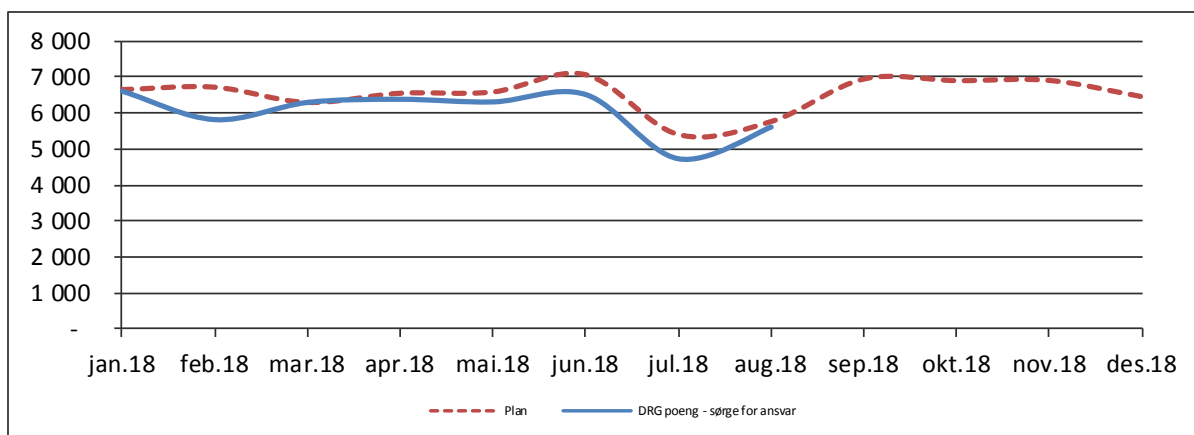
DRG-poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde).

Plantall for laboratoriet er justert og inkluderer analyser utført som pasientnær analysering i UNN (Harstad, Narvik og Tromsø).

Fremmøte stråleterapi i 2018 er stipulert da tall ikke er levert hittil i år.

Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG-poeng UNN 2018

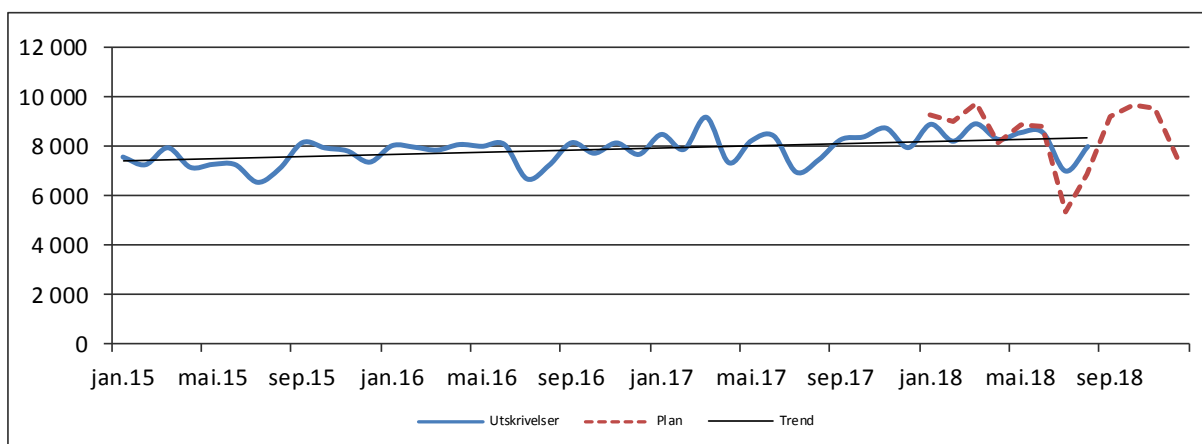


Tabell 8 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

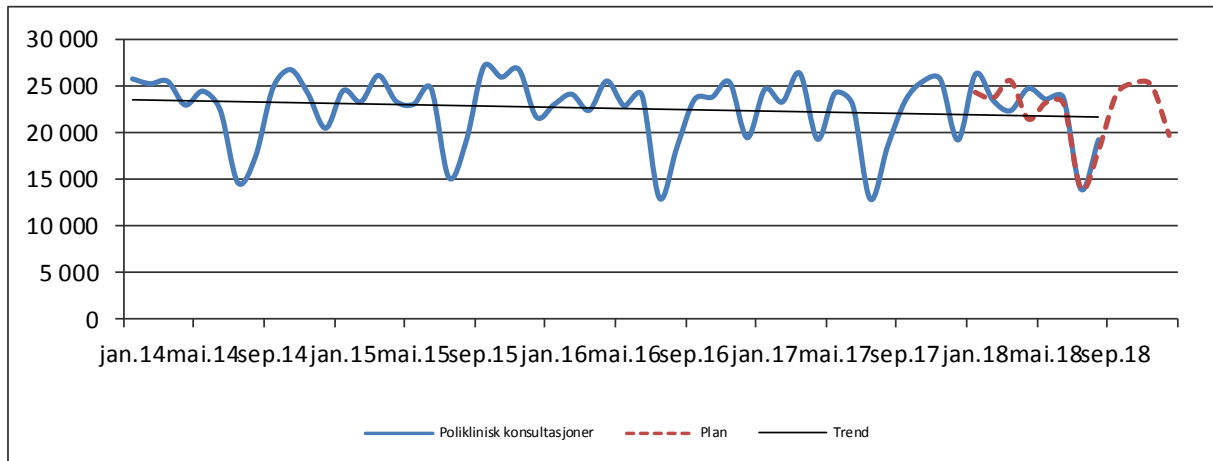
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 476	1 480	-3
Barne- og ungdomsklinikken	2 198	2 252	-54
Hjerte- og lungeklinikken	8 160	7 979	181
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12 304	13 429	-1 125
Medisinsk klinikk	8 882	8 844	37
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	11 614	12 187	-572
Operasjons- og intensivklinikken	48	79	-31
Totalt	44 683	46 250	-1 567

DRG-poeng – egen produksjon.

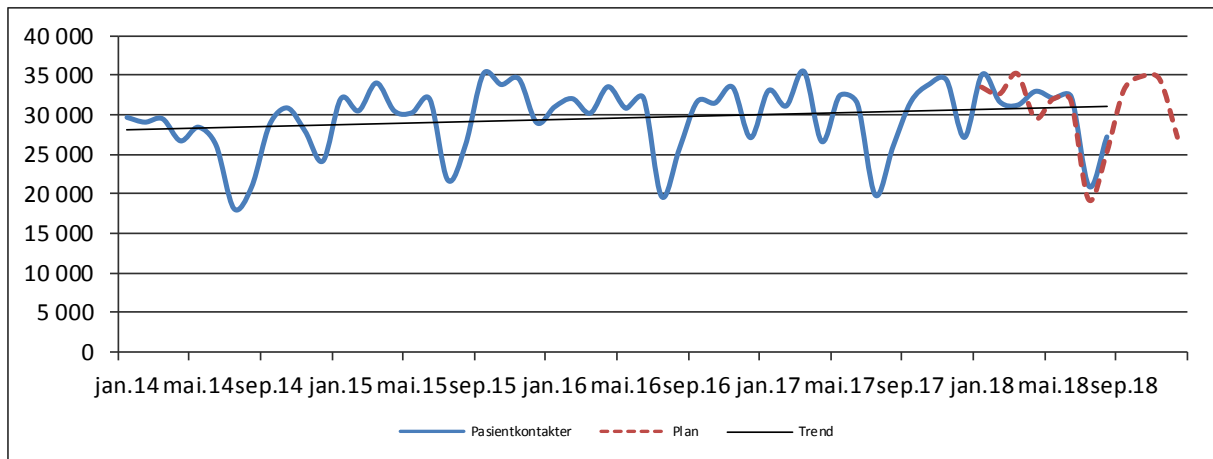
Figur 14 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



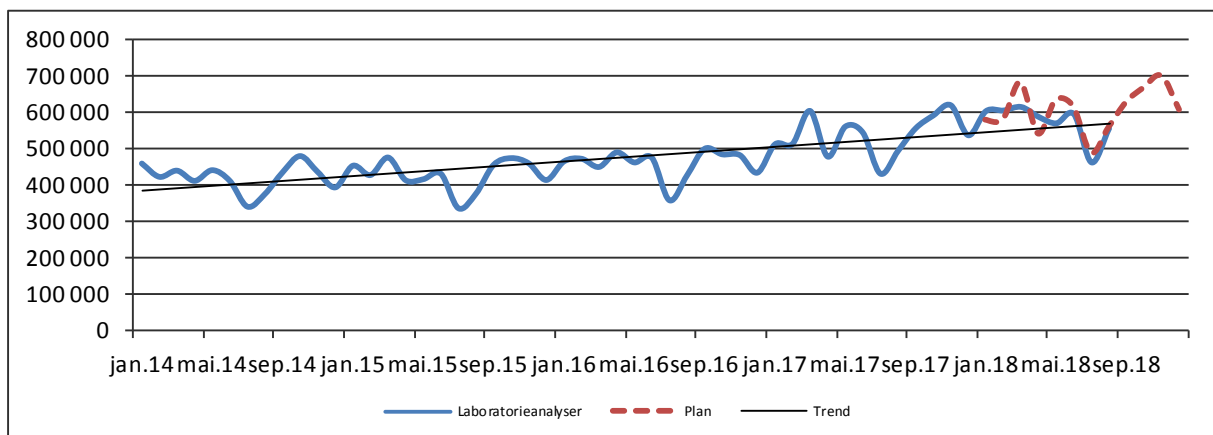
Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



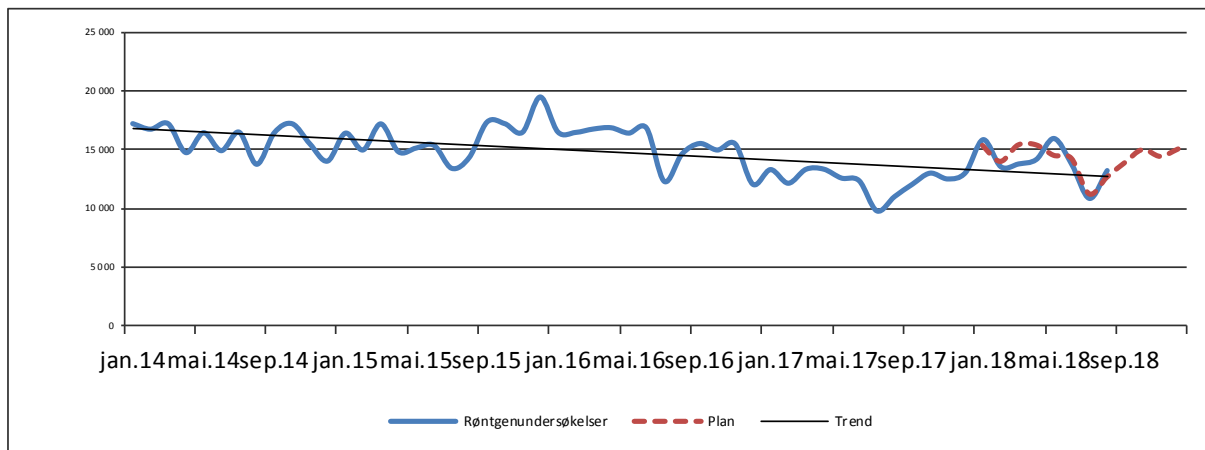
Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 17 Laboratorieanalyser

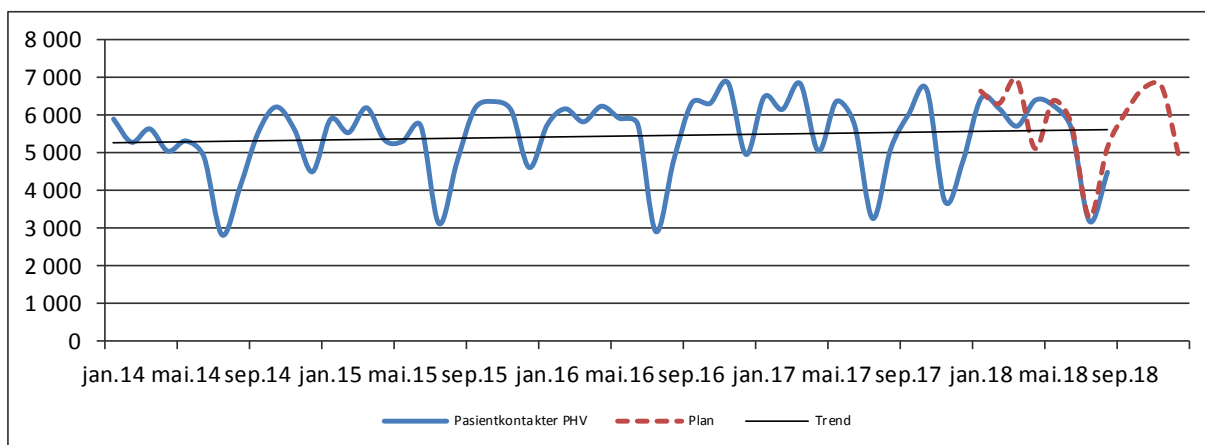


Figur 18 Røntgenundersøkelser



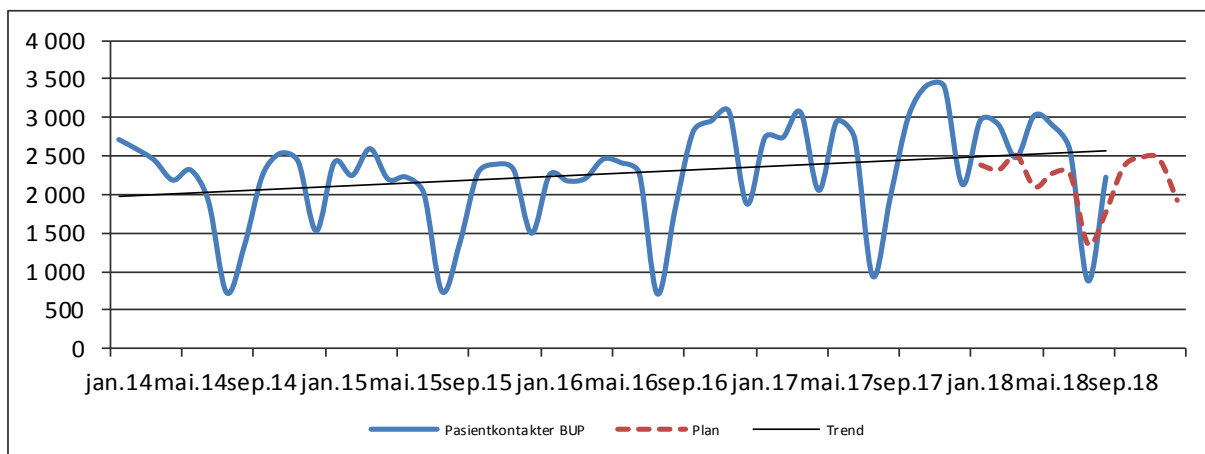
Psykisk helsevern voksne

Figur 19 Pasientkontakter – PHV



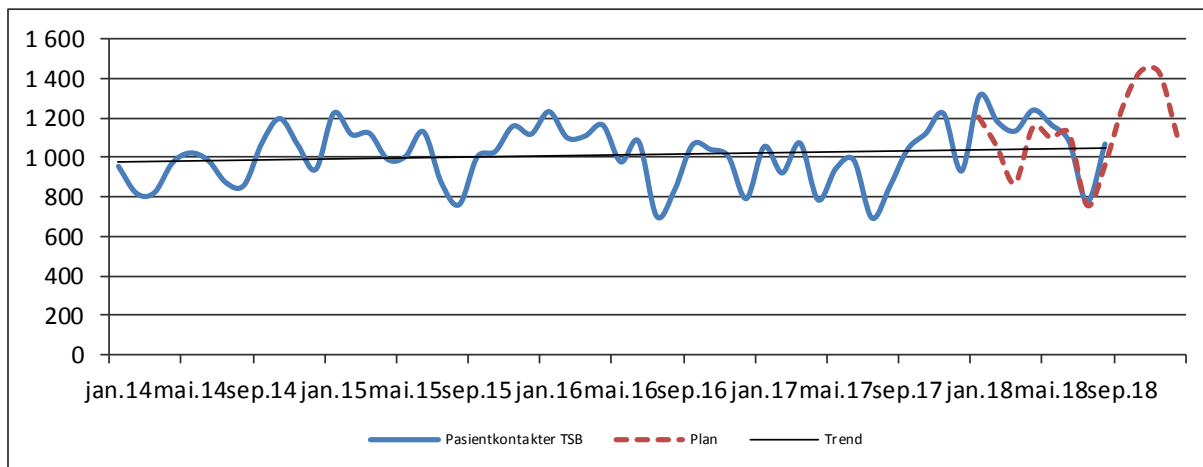
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 9 Den gylne regel

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	0,5 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	0,6 %
Somatikk*	Økonomi	3,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	0,9 %
Somatikk	Konsultasjoner	3,0 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	3,6 %
Somatikk	Ventetid	0,0 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-6,4 %

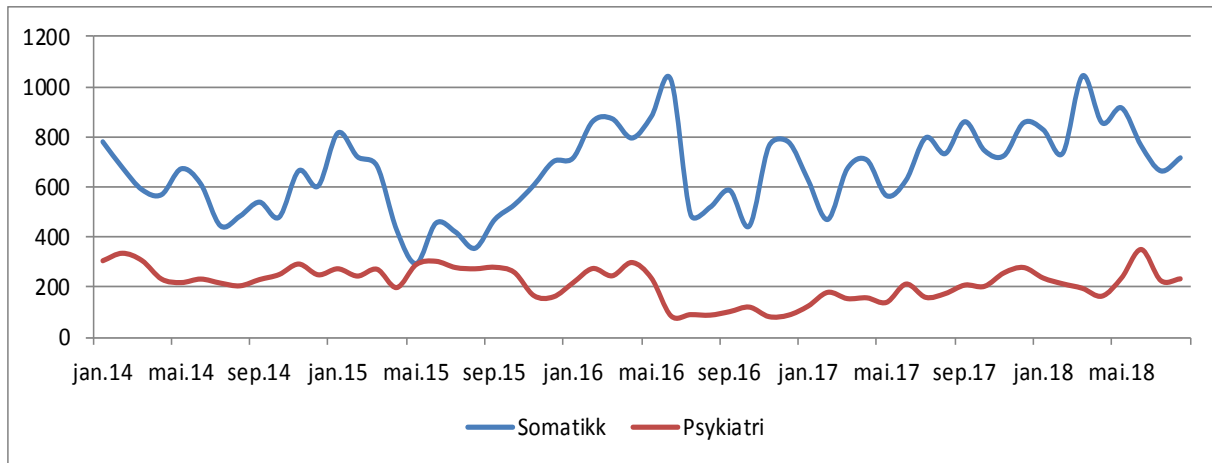
* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

**Psykisk helse og rus inkluderer psykiatri for barn og unge

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

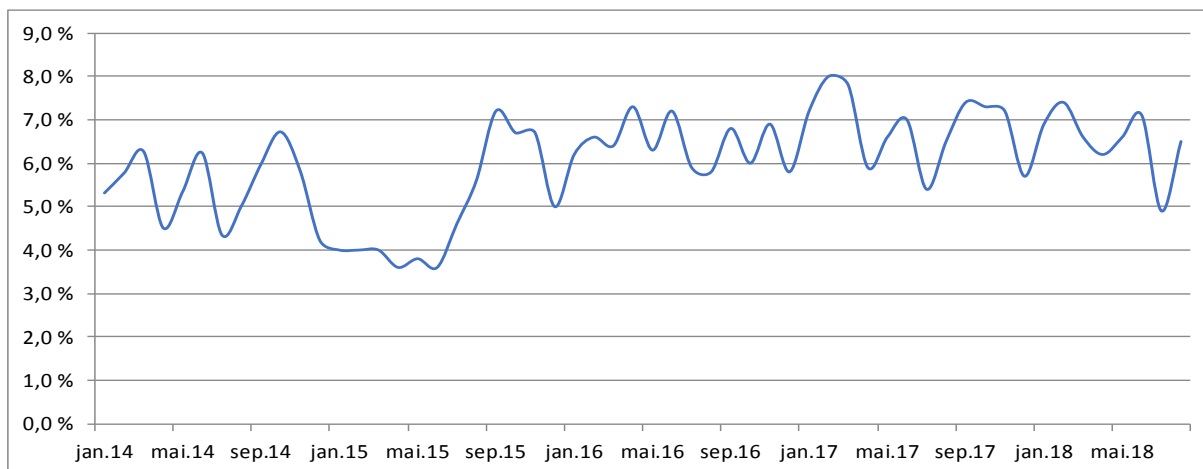
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
TRANØY	101		4	66
TROMSØ	1 415		79	19
HARSTAD	201		22	8
LØDINGEN	15		2	7
SALANGEN	5		1	2
IBESTAD	2		2	1
NORDREISA	7		2	1
KVÆFJORD	2		2	1
NARVIK	7		2	0
SKÅNLAND	1		1	0
MÅLSELV	1		1	0
Sum	1 757	0	118	9

Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

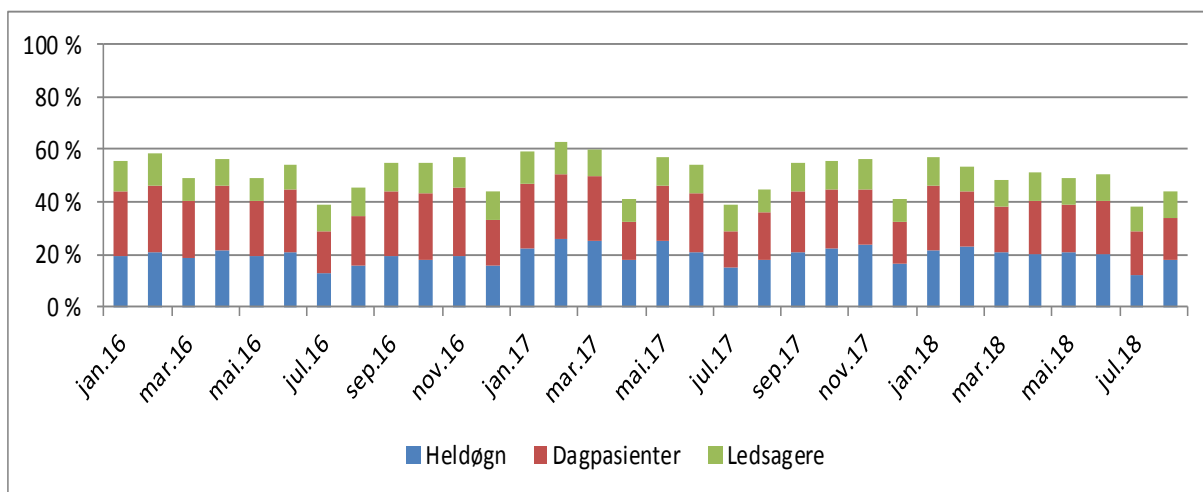
Kommune	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivnings-klare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
LØDINGEN	123	34	91	59
BALSFJORD	276	235	51	49
TROMSØ	3 686	3 298	505	49
TJELDSUND	57	3	55	45
BALLANGEN	113	58	54	45
EVENES	56	4	38	40
SKÅNLAND	120	16	109	40
GRATANGEN	42	26	16	38
IBESTAD	47	2	46	34
HARSTAD	793	211	600	32
NORDREISA	123	90	35	25
KVÆFJORD	68	1	68	23
STORFJORD	43	32	11	23
LYNGEN	66	50	20	23
BARDU	85	58	28	21
NARVIK	381	159	226	20
TRANØY	30	14	10	20
KARLSØY	38	25	14	17
SKJERVØY	48	32	16	16
MÅLSELV	103	63	43	15
LAVANGEN	15	2	13	14
SALANGEN	23	9	14	10
BERG	9	4	5	10
TYSFJORD	11	3	8	6
LENVIK	62	21	44	5
SØRREISA	10	1	9	3
DYRØY	3	0	3	3
KÅFJORD	5	2	3	2
KVÆNANGEN	2	1	1	2
TORSKEN	1	0	1	1
Sum	6 439	4 454	2 137	33

Bruk av pasienthotell

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



Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet

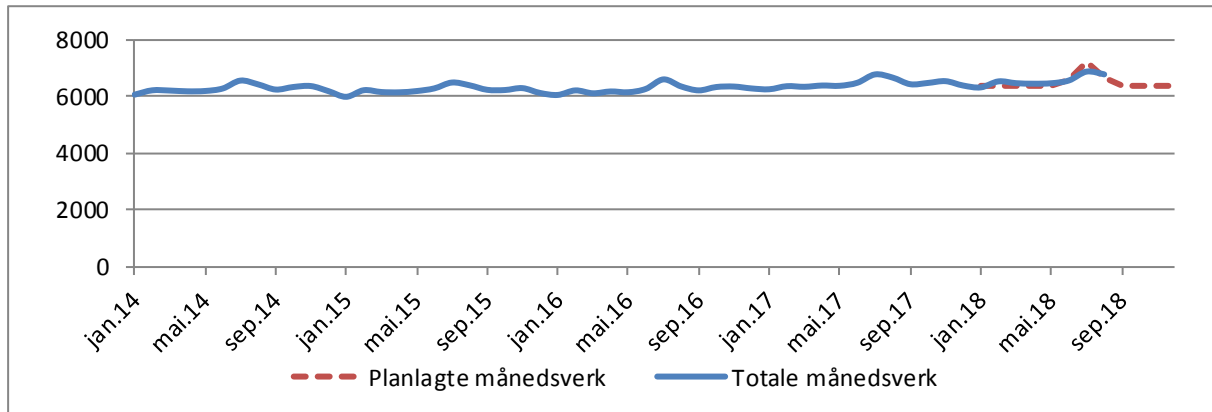


* Beleggsprosenten beregnes for uka som helhet. I perioden man-tors vil beleggsprosenten være høyere.

Personal

Bemanning

Figur 25 Brutto utbetalte månedsværk 2014-2018

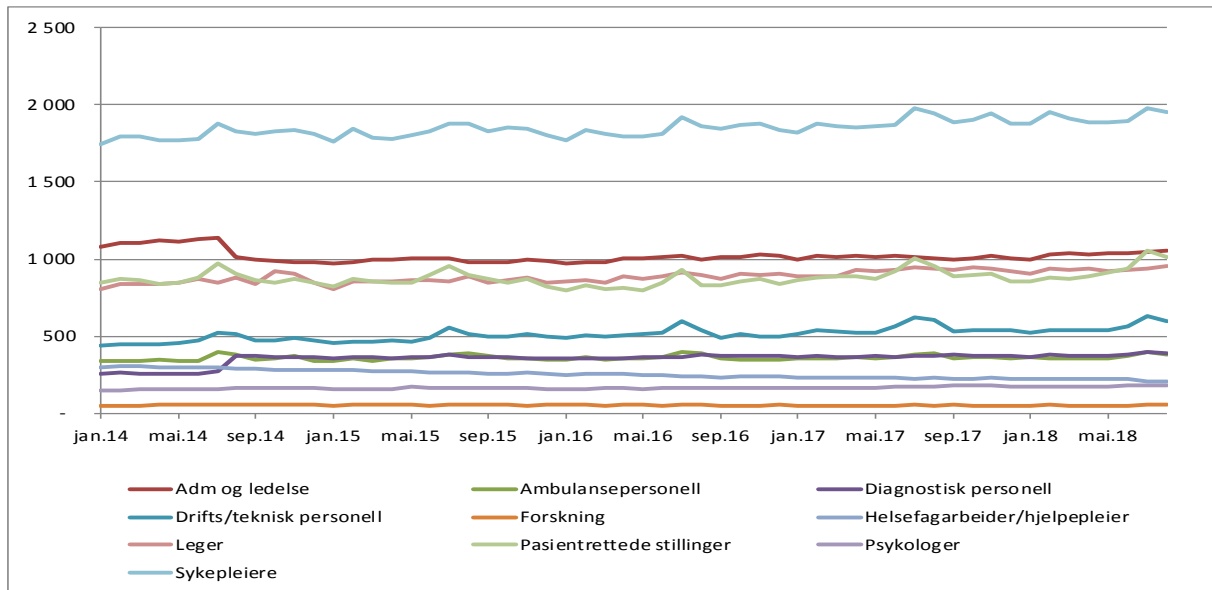


Tabell 12 Brutto utbetalte månedsværk 2016-2018

Måned	2016	2017	2018	Plantall 2018	Avvik mot plan
Januar	6 054	6 254	6 320	6 364	-44
Februar	6 213	6 362	6 531	6 364	167
Mars	6 112	6 341	6 468	6 369	99
April	6 176	6 386	6 450	6 368	82
Mai	6 149	6 376	6 466	6 375	91
Juni	6 266	6 483	6 564	6 550	14
Juli	6 601	6 777	6 876	7 231	-355
August	6 353	6 665	6 779	6 687	92
September	6 214	6 432	-	6 392	
Oktober	6 333	6 476	-	6 363	
November	6 349	6 539	-	6 375	
Desember	6 282	6 385	-	6 380	
Snitt hittil i år	6 241	6 455	6 557	6 538	18

Tabellen viser hvor mange månedsværk som i gjennomsnitt er brukt i årets 8 første måneder.

Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2014-2018



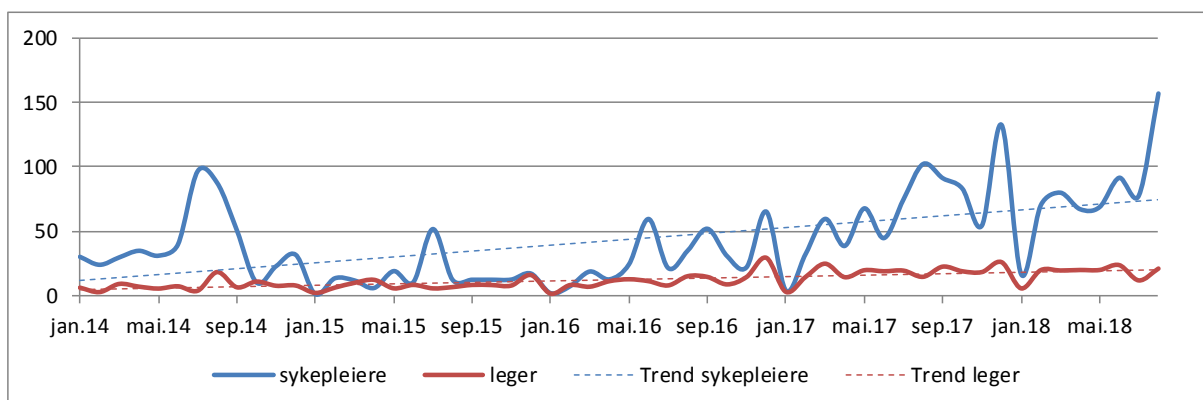
Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2016-2018

Profesjon	2016	2017	2018	Avvik fra 2017
Adm og ledelse	997	1 014	1 035	22
Ambulansepersonell	365	364	365	1
Diagnostisk personell	361	370	378	8
Drifts/teknisk personell	521	552	559	7
Forskning	52	48	51	3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	249	230	217	-13
Leger	877	916	932	16
Pasientrettede stillinger	832	911	926	16
Psykologer	160	168	175	7
Sykepleiere	1 827	1 884	1 919	35
Snitt hittil i år	6 241	6 455	6 557	101

Adm og ledelse inkluderer fagstillinger.

Figur 27 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

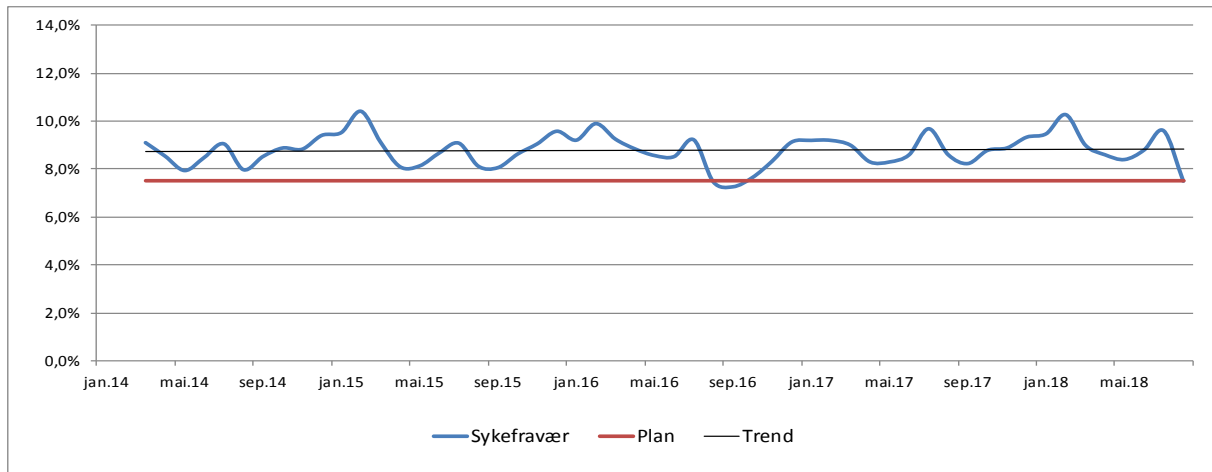
År ▲	2016		2017		2018	
	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
Klinikknavn - UNN ▲						
10 - Akuttmedisinsk klinikk	19,3	0,2	65,4	0,3	37,9	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17,9	19,9	35,4	56,0	31,3	20,0
13 - Hjerter- og lungeklinikken	90,0	0,0	135,7	0,0	142,8	0,0
15 - Medisinsk klinikk	28,2	2,3	65,5	4,8	82,6	13,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	43,5	0,0	79,7	0,6	13,5	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	125,8	22,8	349,6	46,4	323,6	44,4
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	37,2	2,2	56,5	3,0	22,7	1,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	30,8	5,3	42,5	0,0	24,4
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	61,2	0,0	58,9	0,0	35,9

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i august 2018 er på 7,8 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 8,6 %. Dette er en reduksjon på 0,8 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,3 % og viser en reduksjon på 0,3 prosentpoeng, mens Langtidsfraværet (> 16 dager) ligger på 5,5 %.

I snitt var det hver dag i august 256¹ ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 28 Sykefravær 2014-2018



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN ▲	Sykefraværspersent siste mnd ifjor	Sykefraværspersent siste mnd	Endring i prosentpoeng forrige måned mot ifjor
Sum	8,6 %	7,5 %	-1,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,2 %	9,4 %	0,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0 %	5,9 %	-1,1 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	6,4 %	5,3 %	-1,1 %
15 - Medisinsk klinikk	9,8 %	6,0 %	-3,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	9,0 %	6,4 %	-2,6 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,2 %	8,6 %	-0,6 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,0 %	7,2 %	-1,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	10,7 %	10,0 %	-0,7 %
30 - Diagnostisk klinikk	6,7 %	6,6 %	-0,2 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1,2 %	5,1 %	3,8 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	9,6 %	7,3 %	-2,4 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	11,8 %	8,1 %	-3,6 %
50 - Direktøren	18,0 %	1,0 %	-17,0 %
52 - Stabssenteret	5,8 %	6,8 %	1,1 %
Annet	1,9 %	7,1 %	5,1 %

¹ Dette er et estimat da det er utfordrende å gi helt korrekt beregning av antall sykedager i måneden. I vår beregning deles antall sykefraværingsdagsverk på antall dager i måneden. For å være presis kunne man delt antall sykedager på de dagene man skulle vært på jobb. Hver ansatt jobber i gjennomsnitt ca. 21 dager per måned og man kunne delt antall sykedager på 21. Dette er heller ikke helt riktig siden det er mange deltidstillinger som utgjør en feilkilde ut fra en beregning med 21 dager.

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i august måned vært registrert tre 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

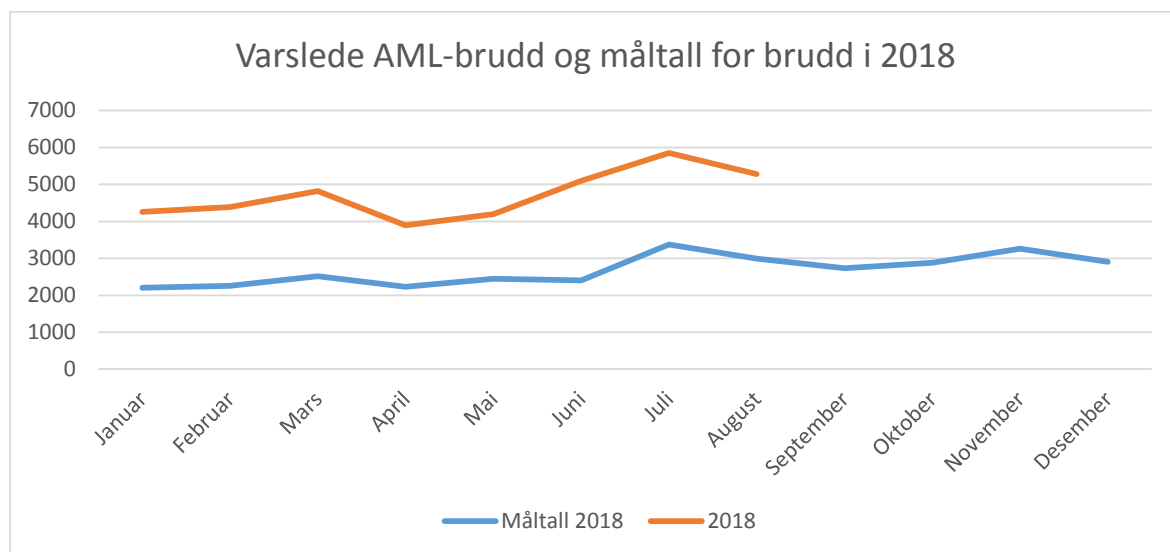
Det har i august 2018 vært registrert totalt 411 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 364 graderte. Det tilsvarer en andel på 88,6 % graderte sykemeldinger. Andelen er lite forandret fra forrige måned (84,9 %).

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

AML-brudd**Tabell 16 AML-brudd per klinikk**

Klinikk/senter	2017	2018	Differanse
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8052	6439	-20 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4567	4942	8 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	4438	3138	-29 %
15 - Medisinsk klinikk	1997	2388	20 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1234	734	-41 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	5389	5328	-1 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	5290	4884	-8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	5924	6680	13 %
30 - Diagnostisk klinikk	2179	1339	-39 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7	3	-57 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	1571	1702	8 %
48 - Kvalitets- og utviklingscenter	58	59	2 %
50 - Administrerende direktør	0	0	0 %
52 - Stabssenter	110	136	24 %
Annet	7	2	-71 %
Totalt	40823	37774	-7,5 %

Varslede AML-brudd i 2018 per 31.08. sett opp mot samme periode i 2017

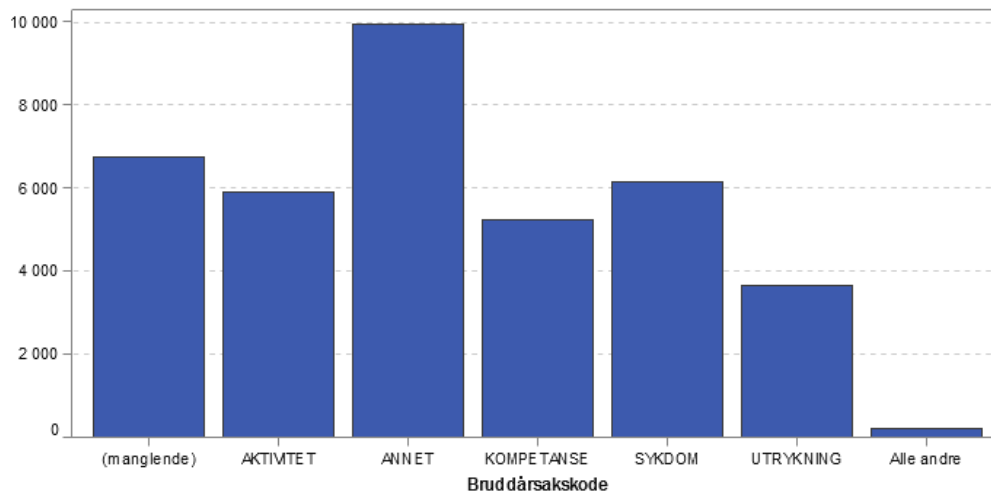
Figur 29 Varslede AML-brudd sett opp mot måltall for 2018

Måltall for AML-brudd 2018 er en reduksjon på 50% av de varslede bruddene i 2017. Grafene ovenfor viser de varslede bruddene for 2018 per måned, sett opp mot måltallet for 2018 per måned.

I 2017 hadde UNN totalt sett ca. 64 000 varslede AML-brudd. Dette betyr at måltall for 2018 var ca. 32 000 varslede brudd. Per 31.08.18 er det registrert nærmere 38 000 varslede AML-brudd for UNN. Dette betyr at man med fire måneder igjen av året allerede har gått over måltallet om AML-brudd for 2018.

Mulige tiltak for å redusere varslede AML-brudd

Vi har en indikator for hvor mange av de varslede bruddene som muligens ikke er reelle (hvis man tar utgangspunkt i at ledere lager arbeidsplaner uten AML-brudd). Dette er brudd som er registrert med årsakskoden «(manglende)».

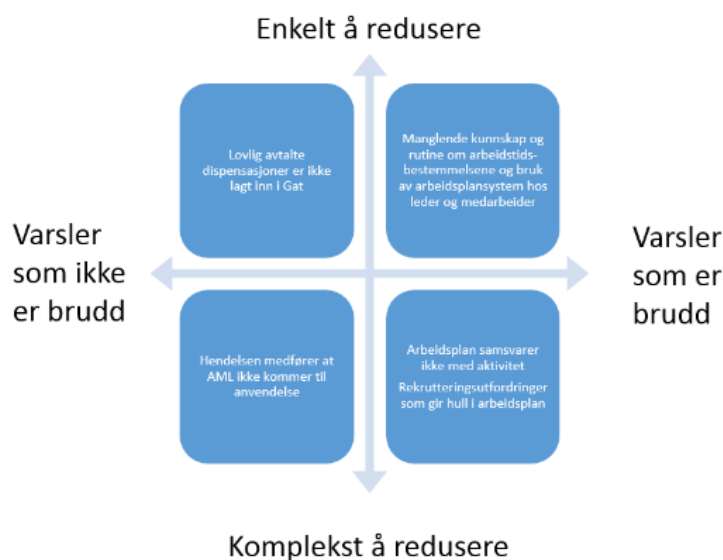


Per 31.08.2018 var det ca. 6 730 brudd som var registrert med denne årsakskoden. Disse bruddene varsles pga. manglende (og rett) registrering av AML-dispensasjoner i Gat. Med andre ord kan disse varslede bruddene elimineres ved rett systemregistrering. Hvis man i tillegg inngår individuelle avtaler med arbeidstakere om overtidsarbeid, og knytter dette til årshjulet (og ikke minst registrerer det på rett plass i Gat), vil det ha en tilbakevirkende effekt på varslede AML-brudd i 2018.

Det er også planlagt en automatisering av innlegging av dispensasjonsverdier fra særavtaler for ambulansetjenesten. Dette vil mest sannsynlig gi en reduksjon av varslede AML-brudd, men da både for 2017 og 2018, slik at den relative nedgangen vil mest sannsynligvis forbli lik.

Selv med disse administrative tiltakene vil UNN, slik det ser ut nå, **ikke** nå måltall for varslede AML-brudd for 2018.

Strategi for reduksjon av varslede AML-brudd



Strategien for reduksjon av varslede AML-brudd var at man først skulle fokusere på AML-brudd som var «ikke-reelle» og som var enkle å redusere. Man skulle deretter arbeide seg mot reelle brudd som det er komplekst å redusere. Det er mulig man nå bør vende fokus mot de mer komplekse årsakene som ligger bak de reelle bruddene. Dette går eksempelvis på sykefravær, rekruttering og tilgang på rett kompetanse og god planlegging etter drift. Oppfølging og arbeid med dette vil kreve mer ressurser (både av stab og klinikkene/sentrene) og et lengre tidsperspektiv enn det er satt av til dette arbeidet per dags dato.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

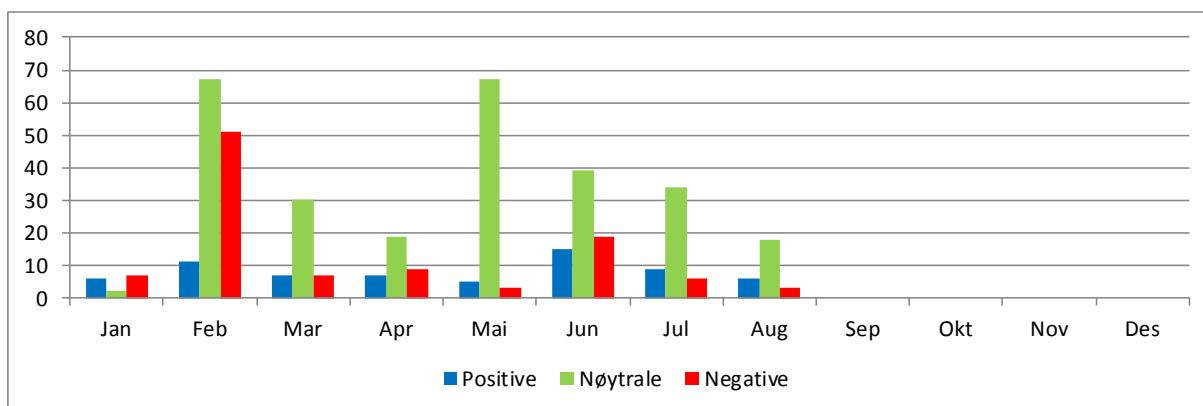
Mediebildet i august var generelt rolig. I første rekke var det saker som rettet seg mot ambulansetjenesten i UNN som ble omtalt.

Her kan vi i første rekke trekke fram nyheten om at UNN som første norske sykehus har etablert en ny prosedyre for behandling av pasienter med mistenkt sepsis (blodforgiftning). Denne behandlingen starter nå allerede i ambulansene. Nyheten fikk nasjonal og regional oppmerksomhet gjennom dekning av NRK. Saken ble også fanget opp og sitert av andre lokale medier, og fikk også stor oppmerksomhet i våre egne kanaler via Pingvinavisa.

Den saken som skapte størst negativ oppmerksomhet rettet seg mot endringene i ambulansestructuren, med nedleggelse av ambulansebåten på Bjarkøy. Saken ble presentert av Harstad Tidende, og har skapt leserdebatt i etterkant.

Overskridelser ved byggingen av PET-senteret ble også fanget opp i styrepapirene til Helse Nord og omtalt med negativt fortegn.

Figur 30 Mediestatistikk 2018

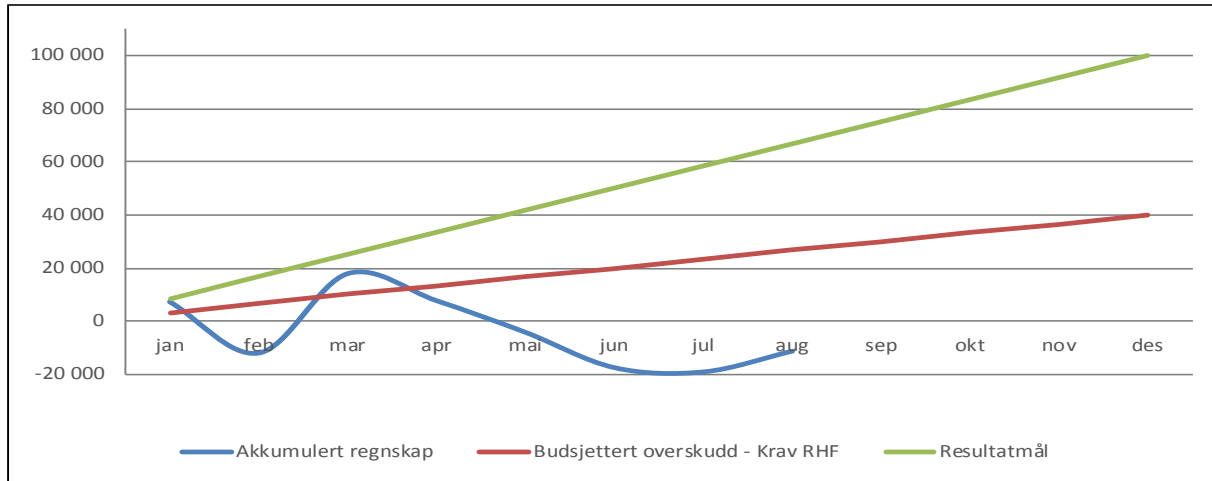


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2018



For 2018 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg har vi hatt som mål et ytterligere overskudd på 60 mill kr, slik at styringsmålet for 2018 var et overskudd på til sammen 100 mill kr (8,3 mill kr per måned og 5,0 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for august viser et regnskapsmessig resultat på 7,8 mill kr. Det er 4,5 mill kr høyere enn budsjettet, og 0,5 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per august viser regnskapet 11,2 mill kr i underskudd, det er 37,8 mill kr lavere enn budsjettet og 77,9 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 17 Resultatregnskap 2018

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	420,2	420,2	0,0	0 %	3 124,7	3 124,7	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	-1 %	17,2	17,2	0,0	0 %
ISF egne pasienter	123,5	124,7	-1,2	-1 %	1 019,2	1 096,8	-77,6	-7 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	6,5	-4,0	-62 %	57,2	62,4	-5,2	-8 %
Gjestepasientinntekter	2,4	3,1	-0,7	-22 %	22,4	25,0	-2,6	-10 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	-18,0	-6,4	-11,6	183 %	95,7	106,4	-10,7	-10 %
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,6	46 %	18,1	15,9	2,1	13 %
Andre øremerkede tilskudd	17,1	38,5	-21,4	-56 %	148,0	226,7	-78,7	-35 %
Andre driftsinntekter	34,2	17,7	16,6	94 %	275,6	250,5	25,2	10 %
Sum driftsinntekter	586,1	607,8	-21,7	-4 %	4 778,1	4 925,7	-147,5	-3 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,7	17,4	0,3	2 %	141,1	135,0	6,1	5 %
Kjøp av private helsetjenester	2,7	5,3	-2,6	-50 %	34,3	37,1	-2,8	-8 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	65,0	66,6	-1,7	-2 %	527,4	552,1	-24,7	-4 %
Innleid arbeidskraft	15,4	5,6	9,8	177 %	72,9	21,4	51,5	241 %
Lønn til fast ansatte	276,8	287,8	-11,0	-4 %	2 488,6	2 565,6	-77,0	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	31,0	32,8	-1,8	-6 %	201,5	225,1	-23,5	-10 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	63,9	65,0	-1,0	-2 %	442,2	443,8	-1,7	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,7	-22,3	-1,4	6 %	-181,0	-174,4	-6,6	4 %
Annen lønnskostnad	27,8	31,4	-3,5	-11 %	211,6	200,3	11,3	6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	327,4	335,3	-7,9	-2 %	2 793,7	2 837,9	-44,2	-2 %
Avskrivninger	22,5	22,5	0,0	0 %	139,7	139,7	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	80,1	92,7	-12,6	-14 %	718,9	755,0	-36,1	-5 %
Sum driftskostnader	579,2	604,7	-25,5	-4 %	4 797,3	4 900,7	-103,4	-2 %
Driftsresultat	6,9	3,1	3,8	122 %	-19,1	25,0	-44,1	-176 %
Finansinntekter	1,0	0,8	0,2		8,5	6,7	1,9	
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5		0,6	5,0	-4,4	
Finansresultat	0,9	0,2	0,7		7,9	1,7	6,3	
Ordinært resultat	7,8	3,3	4,5	135 %	-11,2	26,7	-37,8	-142 %

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksterntfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksterntfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	420,2	420,2	0,0	3 124,7	3 124,7	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	17,2	17,2	0,0
ISF egne pasienter	123,5	124,7	-1,2	1 019,2	1 096,8	-77,6
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	6,5	-4,0	57,2	62,4	-5,2
Gjestepasientinntekter	2,4	3,1	-0,7	22,4	25,0	-2,6
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	-18,0	-6,4	-11,6	95,7	106,4	-10,7
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,6	18,1	15,9	2,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	34,2	17,7	16,6	275,6	250,5	25,2
Sum driftsinntekter	569,0	569,3	-0,3	4 630,1	4 699,0	-68,9
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,7	17,4	0,3	141,1	135,0	6,1
Kjøp av private helsetjenester	2,7	5,3	-2,6	34,1	36,8	-2,7
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,3	65,1	-0,8	521,7	543,3	-21,6
Innleid arbeidskraft	15,4	5,6	9,8	72,9	21,4	51,5
Lønn til fast ansatte	268,0	267,9	0,1	2 412,1	2 448,4	-36,3
Overtid og ekstrahjelp	29,0	28,3	0,7	184,3	198,7	-14,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	61,8	60,1	1,7	423,3	415,0	8,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,0	-20,9	-2,2	-175,6	-166,2	-9,4
Annen lønnskostnad	26,7	28,7	-2,1	201,5	184,9	16,7
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	316,0	309,7	6,3	2 695,2	2 687,2	8,1
Avskrivninger	22,5	22,5	0,0	139,7	139,7	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	77,2	86,2	-9,0	694,0	716,9	-22,9
Sum driftskostnader	562,0	566,2	-4,1	4 649,2	4 674,0	-24,7
Driftsresultat	6,9	3,1	3,8	-19,1	25,0	-44,1
Finansinntekter	1,0	0,8	0,2	8,5	6,7	1,9
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5	0,6	5,0	-4,4
Finansresultat	0,9	0,2	0,7	7,9	1,7	6,3
Ordinært resultat	7,8	3,3	4,5	-11,2	26,7	-37,8

Tabell 19 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

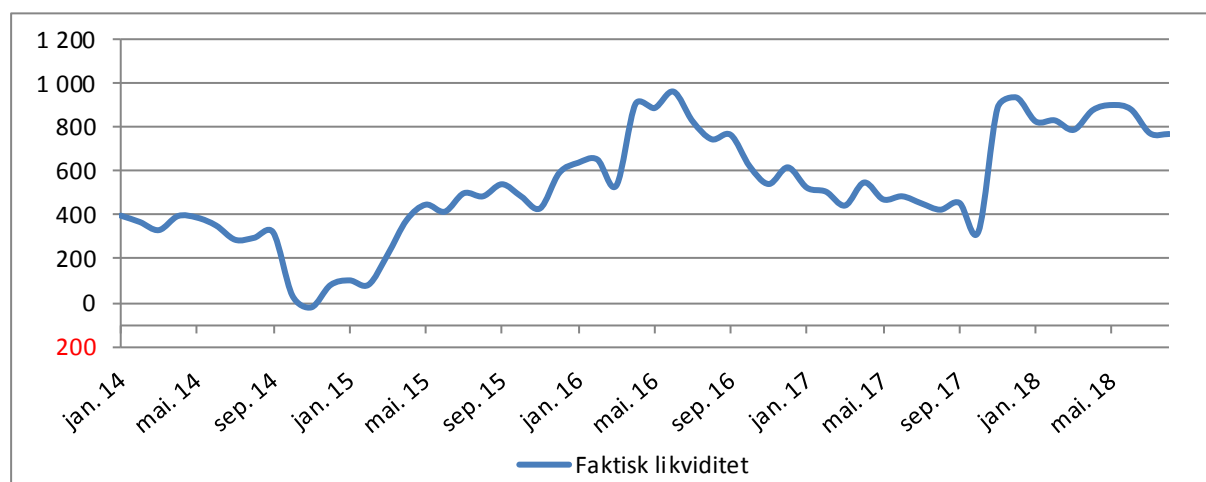
Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,4	36,3	3,9	0,5	261,7	256,5	-5,2	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,8	24,7	-0,1	-0,2	135,5	110,3	-25,2	-24,2
13 - Hjerte- lungeklinikken	9,5	14,7	5,2	2,6	84,3	82,1	-2,2	4,6
15 - Medisinsk klinikk	44,5	44,2	-0,3	1,8	199,4	189,2	-10,2	1,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	24,4	23,7	-0,7	0,5	136,0	131,0	-5,0	-1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	74,7	63,9	-10,8	-0,1	467,8	449,4	-18,4	-0,7
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,9	31,1	0,2	-1,0	193,6	176,5	-17,1	-11,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	57,6	60,8	3,2	-0,7	425,2	430,1	4,9	-5,4
30 - Diagnostisk klinikk	63,4	61,6	-1,8	0,0	370,9	358,5	-12,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,0	1,0	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	40,0	42,4	2,3	0,0	341,7	345,5	3,7	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,4	11,0	1,5	0,0	76,4	83,7	7,3	0,0
52 - Stabssenteret	13,5	14,7	1,2	0,0	101,1	102,8	1,7	0,0
62 - Felles	-433,9	-433,3	0,6	-8,6	-2 786,2	-2 746,0	40,2	-45,1
Totalt	7,8	3,3	4,5	-5,2	-11,2	26,7	-37,8	-82,9

Prognose

Prognosen for 2018 tilsier at UNN ikke klarer eget overskuddskrav på 60 mill kr ut over RHF sitt krav. Fokuset de siste 4 månedene av 2018 vil være å nå overskuddskravet fra Helse Nord RHF på 40 mill kr som også er prognosen for året.

Likviditet

Figur 32 Likviditet



Investeringer

Tabell 20 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelser tidligere år	Restramme overført fra 2017	Investerings ramme 2018	Samlet investerings ramme 2018	Investert juli 2018	Investert august 2018	Sum investert 2018	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) august	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		2,2	0,0	2,2	0,0		0,0		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		225,8	0,0	225,8	9,6	11,9	158,6		67,2
PET-senter inkl alle underprosjekter.(Plan 5-7)		31,6	43,2	74,8	1,8	4,4	76,8		-2,0
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	9,5	28,3	39,7		69,7
SUM Nybygg		310,0	102,2	412,2	21,0	44,6	275,1	0,0	137,1
Åsgård Bygg 7		0,8		0,8	0,0		0,0		0,8
SUM Rehabilitering		0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Tromsundersøkelsen		5,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0		10,0
MTU Svalbard		0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0		2,0
nCounter(FlexDX)analyseplattform		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Datarom-Unn-p85-DS1-Pasienthotellet		77,2	0,0	77,2	0,0	0,0	0,0		77,2
ENØK		3,4		3,4	0,0	0,0	0,8		2,5
SUM Prosjekter		85,6	7,0	92,6	0,0	0,0	0,8	0,0	91,8
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,3	89,6	161,9	2,3	3,3	52,8	72,5	36,6
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0	0,3	0,4	1,3		
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	0,4	0,3	8,8		67,8
Ambulanser	1,8	1,81	12,0	13,8	0,0		8,3		5,5
Teknisk utstyr	2,8	3,19	12,0	15,2	0,1	0,2	5,5	4,3	5,4
Ombygginger		22,5		22,5	0,0	0,0	0,8		21,7
EK KLP		-0,1	28,2	28,1	0,0		30,0		-1,9
SUM Utstyr med mer	117,9	123,1	195,0	318,1	3,1	4,2	107,5	76,8	135,0
SUM total	117,9	519,5	304,2	823,7	24,1	48,9	383,4	76,8	364,7

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

Pr juli 2018	A-fløya	PET-senter
HMS	H=1	H=0
Klinisk drift	02.05.2018	10.04.2018
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2017	227,1 mill kr	74,8 mill kr
Sum investert hittil 2018	146,6	72,3
Sum investert tidligere år	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Sum investert totalt	1461,9	529,9
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-18	+62

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Økonomi pr august UNN

Styremøte 4. oktober 2018



1. Resultat pr august 2018

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet er drevet av lavere personalkostnader enn budsjettet med 18,8 mill kr. Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr. OPIN klinikken har en særlig økning på kostnaden innleie fra firma, da de har store utfordringer med å rekruttere spesialiserte pleiere.

Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma. Også akkumulert reduseres personalkostnadene slik at de reduserer det totale negative budsjettavviket noe. ISF inntekten har store negative budsjettavvik i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (-24,2 mill kr) og i Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (-11,7 mill kr). Innleie av personell er dyrere enn egne ansatte og dette påvirker resultatet negativt. Ved OPIN klinikken mangler UNN for tiden i overkant av 45 ansatte. Dette er på intensivavdelingen og oppvåkningsavdelingen. For å dekke inn for denne mangelen brukes innleie fra firma. Også for Medisinsk klinikk har innleiekostnaden vært høy knyttet til personalmangel ved UNN Harstad. Totalt for UNN er overforbruket på innleie fra firma hittil i år 51,0 mill kr over budsjett.

Tabell 1 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	32,4	36,3	3,9	0,5	261,7	256,5	-5,2	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,8	24,7	-0,1	-0,2	135,5	110,3	-25,2	-24,2
13 - Hjerte- lungeklinikken	9,5	14,7	5,2	2,6	84,3	82,1	-2,2	4,6
15 - Medisinsk klinikk	44,5	44,2	-0,3	1,8	199,4	189,2	-10,2	1,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	24,4	23,7	-0,7	0,5	136,0	131,0	-5,0	-1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	74,7	63,9	-10,8	-0,1	467,8	449,4	-18,4	-0,7
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,9	31,1	0,2	-1,0	193,6	176,5	-17,1	-11,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	57,6	60,8	3,2	-0,7	425,2	430,1	4,9	-5,4
30 - Diagnostisk klinikk	63,4	61,6	-1,8	0,0	370,9	358,5	-12,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,0	1,0	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	40,0	42,4	2,3	0,0	341,7	345,5	3,7	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,4	11,0	1,5	0,0	76,4	83,7	7,3	0,0
52 - Stabssenteret	13,5	14,7	1,2	0,0	101,1	102,8	1,7	0,0
62 - Felles	-433,9	-433,3	0,6	-8,6	-2 786,2	-2 746,0	40,2	-45,1
Totalt	7,8	3,3	4,5	-5,2	-11,2	26,7	-37,8	-82,9

Enkelte klinikker skiller seg ut resultatmessig. I Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken har det vært utfordrende å nå budsjettmålet for ISF-inntekter hittil i år, som har resultert i at ISF-inntektene er 24,2 mill kr bak budsjett pr august. Klinikken har utviklet noen kompenserende tiltak for dette. Vi ser en positiv utvikling i august for K3K klinikken, hvor budsjettavviket er tilnærmet likt 0.

Resultatet i Medisinsk klinikk er preget av mangel på personell i Harstad, som har resultert i ekstra innleie. Det er utarbeidet en plan for å redusere bemanningsutfordringene ved UNN Harstad. Hovedsakelig går denne på å redusere antall deltidsstillinger og øke antall fulltidsstillinger.

For Operasjons- og intensivklinikken ble august en utfordrende måned. Det er personalkostnadene inklusive innleie som er den tyngste driveren til avviket sammen med et høyere forbruk av implantater og forbruksvarer på 2,2 mill. I forbindelse med flytting over til A-fløya har det vært noen utfordringer som har resultert i ekstra personalkostnader.

Også i Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken er personalkostnadene høyere enn budsjett. ISF inntekten har en negativ utvikling i forhold til budsjett og er pr august 11,7 mill under budsjett. På tross av at inntektene går ned, klarer ikke klinikken å redusere kostnadene. Personalkostnadene er 9,5 mill kr over budsjett.

Diagnostisk klinikk viser også et stort budsjettmessig underskudd pr august med 12,4 mill kr. Utfordringer med bemanning av røntgenleger er hovedårsaken til at innleie fra firma er 5,8 mill kr over budsjett. I tillegg har klinikken et høyt overforbruk på laboratorie- og røntgenrekvisita på til sammen 7,3 mill kr.

2. Prognose 2018

Det er i august og september fremlagt prognoser fra klinikkene for 2018. Etter en gjennomgang av disse, ble det foretatt en ny runde med de klinikker som innehar størst avvik. Etter gjennomgang er vår prognose at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative utviklingen, slik at merforbruket ikke øker mot slutten av året. Og at de klinikker/senter som har positive budsjettavvik har dette også ved årets slutt.

Samtidig er det noen inntekter og kostnader som ikke er helt avklart ennå for 2018. Disse postene kan også påvirke resultatet.

- På inntektssiden er det en årlig avregning av ISF inntektene. Vi får da erstattet estimater med virkelige tall på pasientstrømmer og den indre fordelingen i Helse Nord blir avregnet. Dette har de senere år gitt positive effekter for UNN og vi forventer dette også for 2018. En foreløpig beregning foreligger normalt i september, men den endelige avregningen kommer ikke før i november/desember.
- Forbruket på TNF hemmere er mindre enn i budsjett og det vil sannsynligvis ligge en positiv økonomisk effekt på slutten av året.
- Forsinkelser i PET senter og A-fløyen gir oss en positiv effekt på avskrivningskostnadene på 5 mill kr i 2018.

3. Investeringer 2018 og 2019

UNN får en ramme for investeringer fra Helse Nord RHF på 150 mill kr pluss eget overskudd foregående år. I 2018 var målet til UNN å klare RHF-ets overskuddskrav på 40 mill kr i tillegg til eget overskuddskrav på 60 mill kr. Til sammen skulle overskuddet i 2018 beløpe seg til 100 mill kr. Da eget overskuddskrav ikke vil oppnås i 2018 vil dette gi negative konsekvenser for investeringene i 2019. Det er allerede noen låste midler i 2019-rammen som vist under.

Investeringsbudsjett 2018:

Ramme fra RHF	mnok 150
UNNs eget overskudd 2017	mnok 54
<u>Total investeringsramme 2018</u>	<u>mnok 204</u>
Gjenstående budsjett 2018	mnok 5

Investeringsbudsjett 2019:

Ramme fra RHF	mnok 150
Forutsatt at UNN når budsjett 2018	mnok 40
<u>Total investeringsramme 2019</u>	<u>mnok 190</u>
Rest ramme 2019 etter «lovnader»	mnok 36

Etter overskridelse totalt i A-fløy og Pet-senteret må arealplan fase 1 finansieres av eget investeringsbudsjett. Fase 1 var opprinnelig på 85 mill kr og prosjektet gjennomgås nå for mulige nedjusteringer.

4. Tiltak

Som tidligere nevnt er det ikke realistisk at vi klarer vårt eget overskuddskrav i 2018 og prognosen per september er at vi skal klare kravet fra RHFet på 40 millioner kroner. For å oppnå dette resultatet er det helt nødvendig å ta grep om økonomistyringen de siste månedene i året. Det er satt i gang flere tiltak som skal bremse kostnadsutviklingen fremover. Ved gjennomgang av tiltakene var det diskutert hvorvidt det bør innføres full reise-, innkjøp- og ansettelsesstopp. Beslutningen inntil videre er at alle klinikkene styrer tiltakene hver for seg, slik at vi ikke iverksetter unødvendige kontrollmekanismer i oppfølgingen.

Et av tiltakene som er diskutert er full ansettelsesstopp. Fordelen med tiltaket er at det er ekstremt effektivt. På den andre siden er det stor mangel av personale i enkelte klinikker som gjør arbeidshverdagen utfordrende for de som jobber der. Risikoen vil være økt antall sykemeldinger og økt innleie. Det er derfor enighet om at alle, også de klinikker/senter som ikke har merforbruk, er svært restriktive med nyansettelser.

Etter en runde med hva som er konsekvensene av full stopp av innleie fra firma ble det besluttet at også dette skal holdes på et minimum. Ved full stopp må aktiviteten på enkelte klinikker tas ned og effektene vil dermed utebli.

Det tredje tiltaket som er igangsatt er mindre overtid. Alle disse tre første tiltakene handler om å øke fokuset på planlegging og å ta en ekstra runde på graden av nødvendighet før vi leier inn personale.

I tillegg må alle klinikker/senter vurdere innkjøpsstopp som varer fra nå og ut 2018. Dette vil da gjelde både reisekostnader, forbruksartikler og andre driftskostnader.

I OPIN klinikken, hvor det er størst utfordringer med mangel på personale, er det igangsatt et prosjekt for å finne løsninger på utfordringen. For den langsiktige løsningen er studie plassene til spesialsykepleierne (ABIKO) fylt opp. Samtidig må det rekruttering til på et område som er mangelvare i hele helse Norge. For å imøtekomme denne problemstillingen er det også et stort behov for fokus på oppgaveglidning og hvorvidt det er mulig å bruke annet personell til samme oppgaver.

Et av fellestiltakene i 2018 er å få ned strykninger. Arbeidet er dessverre ikke kommet veldig langt, men bør ha god økonomiske effekt. Kostnadene som berøres er personal-, utstys og pasientreisekostnader.