



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
97/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge	12.12.2018
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

Nye hovedindikatorer for UNN

Innstilling til vedtak

- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2019:
 - Epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 døgn etter utskrivelse fra døgnopphold (andel)
 - Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt forløpstid (andel)
 - Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)
 - Sykefravær (andel)
 - Regnskapsresultat
- Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
- Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 101/2017 *Nye hovedindikatorer for UNN* syv hovedindikatorer for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse. Disse hovedindikatorene var oppholdstid i akuttmottaket, antall fristbrudd, gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, tvangsvedtak, sykefravær, brudd på arbeidstidsbestemmelsene og regnskapsresultat. I forbindelse med virksomhetsplanleggingen for 2019 er det naturlig vurdere foretakets hovedindikatorer og eventuelt gjøre endringer i disse.

Formål

Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2019.

Saksutredning

Måling av prosess- og resultat kvalitet er et vel etablert virkemiddel som de fleste virksomheter anvender for å sikre at definerte mål nås. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et stort antall målinger og indikatorer for ulike formål og i ulike systemer, som virksomhetsstyringen, nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Valg av indikatorer

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

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

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

Det er en vanlig anbefaling at antall hovedindikatorer bør begrenses til tre til syv for å sikre tilstrekkelig prioritering av de viktigste risikoområdene. Dette må imidlertid sees opp mot kompleksiteten i virksomheten.

En samlet oversikt med vurdering av gjeldende hovedindikatorer og foreslåtte/mulige nye hovedindikatorer er fremstilt i vedlagte tabell.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter 26., 27. og 28.11.2018.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten vektla at arbeidsmiljøindikatorer må inngå som del av hovedindikatorerne for UNN.

Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling. Protokoll og referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 12.12.2018.

Vurdering

Direktørens vurdering er at det å definere hovedindikatorer for UNNs virksomhetsstyring er viktig, selv om ønsket utvikling ikke er oppnådd fullt ut for de utvalgte hovedindikatorerne for

2017 og 2018. Basert på innspill fra diskusjon i styret i september i år, diskusjon i UNNs ledergruppe samt drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, mener direktøren at antall hovedindikatorer for 2019 bør være maksimalt 5-6. Direktøren vektlegger at hovedindikatorene må kunne måles fortløpende i eksisterende systemer, helst ukentlig, for å være hensiktsmessige og virksomme.

Oppsummering av UNNs hovedindikatorer for 2018

Oppholdstid akuttmottak - liten utvikling i de to årene dette har vært hovedindikator. Foreslås ikke videreført som hovedindikator. Følges i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene (KVR).

Fristbrudd - positiv utvikling over år, stabilt nivå på eller under nasjonalt snitt. Kritisert på grunn av ensidig fokus på nyhenviste. Foreslås ikke videreført som hovedindikator. Følges i KVR.

Kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid - Stabilt resultat omtrent på landsgjennomsnittet. Liten endring de siste to år. UNN har fortsatt for lav måloppnåelse og svak negativ utvikling i 2018. Foreslås videreført som hovedindikator også i 2019.

Tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne – Foreslås ikke videreført som hovedindikator. Følges i KVR.

Sykefravær - Reduksjon av sykefravær er et viktig innsatsområde relatert til både kvalitet og økonomi. Selv om det er noe etterslep i registreringen, anbefales sykefravær videreført som hovedindikator.

AML-brudd - Vedvarende utfordringer med å sikre at registreringene er riktig. Relativt liten utvikling i de to årene dette har vært hovedindikator. Foreslås ikke videreført som hovedindikator, men følges månedlig i KVR.

Regnskapsresultat – Oppnåelse av regnskapsresultat er en viktig indikator for virksomhetsstyringen i foretaket, og resultatet er viktig for UNNs muligheter for videre utvikling. Foreslås videreført som hovedindikator.

Nye hovedindikatorer som foreslås for 2019

Epikriser innen 1 dag og innen 7 dager etter utskrivelse – Måles kontinuerlig. Stabilt resultat på eller noe under nasjonalt snitt i flere år. Forsinket/ manglende epikrise hyppig årsak til samhandlingsavvik. Måloppnåelse bør økes. Måltall 50 % innen 1 døgn og 100 % innen 7 døgn etter utskrivelse.

Strykninger fra operasjonsprogram – Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel) - Operasjonskapasitet er flaskehals i UNN, og det pågår oppfølging med implementering av tiltak for reduksjon av strykninger som oppfølging etter ekstern og intern evaluering. Viktig forbedringsområde. Måltall < 5 % for 2019.

Gjennomføring av samstemming av legemiddellister, pakkeforløp i psykisk helsevern og andel pasienter passert planlagt tid bør på sikt tas inn som hovedindikatorer, men ikke før kontinuerlige, valide målinger er etablert. Gjennomføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og rusbehandling forventes å kunne tas inn som hovedindikator i løpet av 2019.

Konklusjon

Med bakgrunn i ovennevnte vurderinger foreslår direktøren følgende fem hovedindikatorer for UNN 2019:

1. Epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 døgn etter utskrivelse fra døgnopphold (andeler)
2. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt forløpstid (andel)
3. Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)
4. Sykefravær (andel)
5. Regnskapsresultat

Tromsø, 30.11.2018

Marit Lind (s.)
konst. administrerende direktør

Vedlegg: Tabell over mulige hovedindikatorer ved UNN

Vedlegg 1

UNNs hovedindikatorer for 2018, og mulige nye indikatorer foreslått av UNNs styre og ledergruppe

Område	Indikator	Tilfredsstillende SMART-kriteriene	Hyppig målbar?	I tråd med UNNs strategi og oppdrag?	Følges i KVR	Vurdering
Hovedindikatorer 2018						
Pasientflyt	Oppholdstid akuttmottak	Ja	Kontinuerlig	Ja	Ja	Liten utvikling i de to årene dette har vært hovedindikator. Foreslås ikke videreført som hovedindikator
Kvalitet prosess	Fristbrudd	Ja	Kontinuerlig	Ja	Ja	Positiv utvikling over år, stabilt nivå på eller under nasjonalt snitt. Kritisert pga. ensidig fokus på nyhenviste. Foreslås ikke videreført som hovedindikator.
Kvalitet prosess	Kreftpakkeforløp innen normert tid	Ja	Månedlig	Ja	Ja	Stabilt resultat omtrent på landsgjennomsnittet. Liten endring de siste to år. Foreslås videreført som hovedindikator.
Kvalitet prosess	Tvangsbruk PHV	Ja	Månedlig	Ja	Ja	Bruk av mekanisk tvang omfatter svært få pasienter, og det vil nødvendigvis bli en del svingninger i indikatoren selv om gjennomsnittlig måltall nås. Anbefales ikke videreført som hovedindikator.
Personal	Sykefravær	Ja	Månedlig – men etterslep	Ja	Ja	Reduksjon av sykefravær er et viktig innsatsområde relatert til både kvalitet og økonomi. Selv

						om det er noe etterslep i registreringen, anbefales sykefravær videreført som hovedindikator.
Personal	AML-brudd	Ja(?)	Kontinuerlig – etterslep?		Ja	Vedvarende utfordringer med å sikre at registreringene er riktig. Relativt liten utvikling i de to årene dette har vært hovedindikator. Foreslås ikke videreført som hovedindikator.
Økonomi	Regnskapsresultat	Ja	Månedlig		Ja	Videreføres som hovedindikator
Innspill fra styret og ledergruppe – mulige nye indikatorer						
Personal	Sykefravær med spissing mot oppfølging av «repeterte sykmeldte»	Nei	Nei, antas å kreve manuell telling?	Ja	Nei	Ikke egnet som hovedindikator ettersom den ikke kan måles.
Personal	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	Nei	Nei	Ja	Nei	Ikke egnet som hovedindikator ettersom den ikke kan måles.
Personal	Medarbeidertilfredshet	Mulig	Nei, kun årlig i ForBedring	Ja	Nei	Måles kun årlig, derfor ikke egnet som hovedindikator. Resultat fra årlig måling rapporteres til ledergruppe og styret
Kvalitet/personal	Beholde kompetanse. Turnover av spesialsykepleiere/sykepleiere	Mulig	Foreløpig ikke	Ja	Nei	Må etableres som målbar indikator før den kan tas i bruk
Samhandling/kvalitet	Epikriser innen 1 dag og innen 7	Ja	Kontinuerlig	Ja	Ja	Stabilt resultat på eller noe under nasjonalt snitt i flere år. Forsinket/manglende epikrise

	dager etter utskrivelse					hyppig årsak til samhandlingsavvik. Foreslås tatt inn som hovedindikator for 2019
Samhandling/kvalitet	Epikriser for pasienter med kommunalt hjelpebehov	Nei	Nei	Ja	Nei	Kan ikke måles og er derfor ikke egnet som hovedindikator
Kvalitet/samhandling	Samstemming av legemiddellister ved innleggelse	Sannsynligvis	Kontinuerlig, men med stor usikkerhet	Ja	Nei	Registrering av om samstemming er gjort er tungvint i EPJ, og målingene som foreligger er derfor sannsynligvis ikke riktig (samstemming er i mange tilfeller gjennomført selv om det ikke er registrert med riktig kode i EPJ). Registrering blir vesentlig enklere og riktigere når elektronisk medikamentkurve innføres i 2019-2021. Det foreslås derfor at samstemming ikke innføres som hovedindikator i 2019
Kvalitet/økonomi	Omlegging til rimeligere medikamenter	Nei	Nei	Ja	Nei	Ikke egnet som hovedindikator. Følges opp i samarbeid med Sykehusapotek Nord
Kvalitet prosess	Pakkeforløp PH/TSB	Ja(?)	Når elektronisk registrering er tilgjengelig i EPJ	Ja	Fra det tidspunkt den kan måles	Bør tas inn som hovedindikator når elektronisk registrering i EPJ er tilgjengelig og tatt i bruk, sannsynligvis i løpet av første halvår 2019.

Kvalitet prosess	Andel pasienter passert planlagt tid	Sannsynligvis	Foreløpig kun tertialvis publisering fra Helsedirektoratet	Ja	Ikke før den kan måles kontinuerlig	Ikke aktuell som hovedindikator før vi har kontinuerlig måling tilgjengelig i HN LIS. Dette er under utvikling, usikkert tidsperspektiv
Kvalitet prosess	Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)	Ja	Ja	Ja	Ja	Operasjonskapasitet er flaskehals i UNN, og det pågår oppfølging med implementering av tiltak for reduksjon av strykninger som oppfølging etter ekstern og intern evaluering. Viktig forbedringsområde. Foreslås som ny hovedindikator fra 2019.
Kvalitet prosess/økonomi	Antall DRG 470	Sannsynligvis	Kontinuerlig	Ja	Ja, fra 2019	Riktig koding har stort fokus i foretaket. DRG 470 innebærer at et opphold ikke er kodet, og indikatoren sier derfor noe om kvaliteten i kodearbeidet. Foreslås rapportert månedlig, men ikke som hovedindikator
Kvalitet sak/prosess	Klagebehandling	Neppe	Nei	Usikkert	Nei	Kan ikke måles fortløpende på en god måte. Månedlig statistikk over saker passert frist følges av foretaksledelsen. Ikke egnet som hovedindikator
Kvalitet	«Kommunikasjon» Evt. antall avvik/klagesaker pga. dårlig/utilstrekkelig kommunikasjon?	Neppe	Nei	Ja	Nei	Ikke egnet som hovedindikator da det er vanskelig å definere en entydig indikator og måle denne kontinuerlig

Forskning	Antall publiserte artikler pr kvartal/tertial/halvår/år	Usikkert	Nei	Ja	Nei	Dette rapporteres årlig, og hyppigere måling vil innebære mye manuelt arbeid. Uansett ikke hensiktsmessig å måle dette hyppigere enn tertialvis, og anses derfor ikke egnet som hovedindikator
Kvalitet/ Pasienttilfredshet	Andel pasienter som rapporterer at alt i alt er nokså eller veldig fornøyd med oppholdet/konsultasjonen	Usikkert	Ikke foreløpig – Ping for lite utbredt, årlig PASOPP	Ja	Nei	UNN har ikke kontinuerlig måling av pasienttilfredshet i stor målestokk, og indikatoren er derfor ikke egnet som hovedindikator