



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
91/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.12.2019
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

Hovedindikatorer for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2020

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2020:
 - a. Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivelse (andel)
 - b. Kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid (andel)
 - c. Strykninger fra planlagt operasjonsprogram, inneliggende og dagkirurgiske pasienter (andel)
 - d. Pasienter passert planlagt tid (andel)
 - e. Ventetider innen somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - f. AML-brudd (antall)
 - g. Sykefravær (andel)
 - h. Regnskapsresultat
 - i. Gjennomføring av pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra det tidspunkt målinger er tilgjengelig
2. Styret forutsetter at hovedindikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i ukentlige tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
3. Styret ber om rapportering på hovedindikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhets-rapportene.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 97/2018 *Nye hovedindikatorer for UNN* seks hovedindikatorer for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse. Disse hovedindikatorene var andel epikriser sendt innen et og syv døgn etter utskrivelse, gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor anbefalt forløpstid, andel pasienter (innlagte og dagkirurgiske) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet, sykefravær

og regnskapsresultat. I forbindelse med virksomhetsplanleggingen for 2020 er det naturlig å vurdere foretakets hovedindikatorer og eventuelt gjøre endringer i disse.

Formål

Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2020.

Saksutredning

Måling av prosess- og resultatkvalitet 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.

I oppdragsdokumentet til foretakene vektlegger regjeringen følgende tre overordnede, nasjonale styringsmål med (utvalgte) spesifiserte delmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
 - a. Redusere gjennomsnittlig ventetid. Under 50 dager innen 2021 (somatikk), 40 dager (PHV) og 30 dager (PHBU og TSB)
 - b. Redusere median tid til tjenestestart
 - c. Overholde større andel av pasientavtalene (andel passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021

- d. Andel kreftpakkeforløp gjennomført innen anbefalt forløpstid skal være minst 70 % for hver kreftform
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - a. Høyere vekst innen PHV, PHBU og TSB enn innen somatikk (vekst i økonomi og i aktivitet, reduksjon i ventetider)
 - b. Gjennomføre minst 80 % av pakkeforløp innen PHV, PHBU og TSB innen anbefalt forløpstid
 - c. Minst 50 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra PHV og TSB.
 - d. Tallet på tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern skal reduseres
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
 - a. Redusere andel pasientskader sammenlignet med 2017 (GTT-undersøkelsen)
 - b. Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må ses i sammenheng, Andel enheter med «modent sikkerhetsklima» (målt i medarbeider- og pasientsikkerhetskulturmålingen «ForBedring» årlig) skal være minst 60 %
 - c. 30 % reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i 2020 sammenlignet med 2012.
 - d. Ingen korridorpasienter.
 - e. Minst 70 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivelse fra somatisk helsetjeneste.

UNN har utpekt tre hovedsatsinger for å bidra til at foretaket kommer i økonomisk balanse:

1. Innkjøp – redusere innkjøpskostnadene med 50 mill. kr i 2020
2. Rekruttering og stabilisering
3. Stormottakersatsingen

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 25., 26. og 27.11.2019.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er tilfreds med at AML brudd tas inn igjen som en av hovedindikatorene i 2020.

Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling. Protokoll og referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 11.12.2019.

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 hovedindikatorene for 2018 og 2019.

Basert på innspill fra diskusjon i styret i oktober i år, diskusjon i UNNs ledergruppe og egne vurderinger, mener direktøren at antall hovedindikatorer for 2020 bør økes noe sammenlignet med tidligere år. Direktøren vektlegger at hovedindikatorene må kunne måles fortløpende i eksisterende systemer, helst ukentlig, for å være hensiktsmessige og virksomme. Det er også naturlig å knytte UNNs hovedindikatorer til de nasjonale styringsmålene, og/eller til UNNs hovedsatsinger. Noen av de nasjonale styringsmålene oppdateres kun en eller få ganger årlig, og egner seg derfor lite som kontinuerlige indikatorer.

Vurdering av UNNs hovedindikatorer for 2019

Epikriser innen 1 dag og innen 7 dager etter utskrivelse – Stabilt resultat på eller noe under nasjonalt snitt i flere år, noe økning i andel sendt innen 1 døgn, men lite bedring i andel sendt innen 7 døgn siste år. Måloppnåelse bør økes. UNNs måltall for andel sendt innen 1 døgn er lavere enn nasjonalt måltall for somatikk. Andel epikriser sendt innen 1 døgn foreslås videreført som hovedindikator for 2020, med måltall 70 % for somatikk og 50 % for PHV/TSB.

Kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid - Stabilt resultat omtrent på landsgjennomsnittet. Liten endring de siste to år. UNN har fortsatt for lav måloppnåelse og flat utvikling i 2019. Foreslås videreført som hovedindikator også i 2020.

Strykninger fra operasjonsprogram – Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)- Noe nedgang i andel strykninger i 2019, men fortsatt vedvarende over måltallet på 5 %. Operasjonskapasitet er en flaskehals i UNN, og hovedindikatoren foreslås videreført i 2020.

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.

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 2020

AML-brudd – arbeidsmiljøet er viktig i forhold til UNNs hovedsatsing på rekruttering og stabilisering, og AML-brudd foreslås gjeninnført som hovedindikator i 2020.

Andel passert planlagt tid gjenspeiler oppfølging av UNNs interne ventelister, og er et nasjonalt styringsmål. UNN må forbedre måloppnåelsen vesentlig innen 2021, og denne foreslås derfor som ny hovedindikator for 2020.

Oppfyllelse av den gylne regel er et nasjonalt styringsmål, og måles på flere måter (økonomi, aktivitet og ventetider). Ventetider innen somatikk, PHV, PHBU og TSB foreslås tatt inn som hovedindikator for 2020.

Gjennomføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør tas inn som hovedindikator så snart fortløpende målinger (månedlige) er tilgjengelig. Øvrige nasjonale styringsmål og egne indikatorer presenteres fortløpende i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, i tertialmeldinger/årlig melding eller i egne saker til styret.

Konklusjon

Direktøren foreslår følgende hovedindikatorer for UNN 2020:

1. Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivelse (andel)
2. Kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid (andel)
3. Strykninger fra planlagt operasjonsprogram, inneliggende og dagkirurgiske pasienter (andel)
4. Pasienter passert planlagt tid (andel)
5. Ventetider innen somatikk psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
6. AML-brudd (antall)
7. Sykefravær (andel)
8. Regnskapsresultat
9. Gjennomføring av pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra det tidspunkt målinger er tilgjengelig

Tromsø, 11.12.2019

Anita E. Schumacher (s)
administrerende direktør

Vedlegg: Tabell over indikatorer

Vedlegg 1

UNNs hovedindikatorer for 2019, og mulige nye indikatorer for 2020 foreslått av UNNs styre og ledergruppe

Område	Indikator	Tilfredsstillende SMART-kriteriene	Hyppig målbar?	I tråd med UNNs strategi og oppdrag?	I tråd med nasjonale styringsmål	Følges i KVR	Vurdering
Hovedindikatorer 2019							
Kvalitet prosess	Kreftpakkeforløp innen normert tid	Ja	Månedlig	Ja	Ja	Ja	Stabilt resultat omtrent på landsgjennomsnittet. Liten endring de siste to år, fortsatt for lav måloppnåelse. Foreslås videreført som hovedindikator.
Samhandling/kvalitet	Epikriser innen 1 dag og innen 7 dager etter utskrivelse	Ja	Kontinuerlig	Ja	Ja	Ja	Stabilt resultat på eller noe under nasjonalt snitt i flere år. Forsinket/manglende epikrise hyppig årsak til samhandlingsavvik. Andel epikriser innen 1 dag foreslås videreført hovedindikator for 2020, jf. nasjonalt styringsmål
Personal	Sykefravær	Ja	Månedlig (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.
Kvalitet prosess	Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det	Ja	Ja	Ja		Ja	Operasjonskapasitet er vedvarende flaskehals i UNN, og det pågår fortsatt oppfølging

	planlagte operasjonsprogram met (andel)						med implementering av tiltak for reduksjon av strykninger som oppfølging etter ekstern og intern evaluering. Viktig forbedringsområde. Foreslås videreført som hovedindikator i 2020.
Økonomi	Regnskapsresultat	Ja	Månedlig	Ja	-	Ja	Foreslås videreført som hovedindikator i 2020.
Innspill fra styret og ledergruppe – mulige nye indikatorer							
Kvalitet prosess	Ventetid	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Foreslås tatt inn som hovedindikator i 2020. Gjenspeiler også en del av «den gyldne regel»
Kvalitet prosess	Andel pasienter passert planlagt tid	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Foreslås tatt inn som hovedindikator i 2020
Arbeidsmiljø	AML-brudd	Sannsynligvis	Månedlig	Ja	-	Ja	Sammenheng arbeidsmiljø – kvalitet er sentral, og AML-brudd er en indikator for arbeidsmiljø. Foreslås tatt inn igjen som hovedindikator i 2020
Kvalitet prosess	Gjennomføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Ja, når registreng er på plass og måling mulig	Månedlig i løpet av første halvår 2020	Ja	Ja	Når den kan måles	Foreslås tatt inn som hovedindikator i løpet av 2020, når dette kan måles
Kvalitet prosess	Fristbrudd	Ja	Ja	Ja	-	Ja	Følges i KVR, foreslås ikke tatt inn igjen som hovedindikator
Kvalitet prosess	Andel utskrevet fra døgnopphold før kl. 12 utskrivelsesdag	Ja	Ja	Ja	-	Bør tas inn i KVR	Anbefales at følges i KVR, ikke hovedindikator.

Kvalitet/personal	Turnover av medarbeidere	Mulig	Foreløpig ikke	Ja	-	Nei	Må etableres som målbar indikator før den kan tas i bruk. Foreslås forsøksvis tatt inn i KVR.
Kvalitet/samhandling	Samstemming av legemiddellister ved innleggelse	Sannsynligvis	Kontinuerlig, men med stor usikkerhet	Ja	-	Ja	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 2020-2021. Det foreslås derfor at samstemming ikke innføres som hovedindikator i 2020
Økonomi – prosess	Andel innkjøp gjennom innkjøpssystemet Clockwork	Usikkert	Månedlig – men med usikkerhet?	Ja	-	Nei	Foreslås tatt inn i KVR, ikke som hovedindikator.
Kvalitet – stormottakersatsingen	Antall pasienter henvist til PSHT	Mulig	Manuell telling?	Ja	-	Nei	Kan evt. tas inn i KVR. Måltall?
Kvalitet – stormottakersatsingen	Antall e-konsultasjoner	Ja	Sannsynligvis (sjekkes)	Ja	-	Nei	Foreslås tatt inn i KVR dersom den kan måles med uttrekk fra DiPS/fremstilles i HN-LIS
Kvalitet - prosess	Pasientflyt akuttinntak	Mulig	Manuell måling?	Ja	-	Nei	Dersom automatisk måling kan etableres kan den tas inn i KVR.
Arbeidsmiljø	Medarbeidertilfredshet	Usikkert	Nei, kun årlig	Ja	-	Nei	Måles kun årlig, bør rapporteres til styret i egen sak eller som del av annen rapportering.

Kvalitet	Brukertilfredshet	Usikkert	Nei, måles ikke systematisk i hele UNN	Ja	-	-	Ikke tilgjengelig som indikator foreløpig.
Kvalitet	Pasientsikkerhet – GTT	Sannsynligvis ikke	Måles som stikkprøver, 3 x årlig	Ja	Ja	Nei	GTT-måling etter nasjonal metode er sannsynligvis lite robust indikator, ikke godt mål på pasientsikkerhet. Forekomst av sykehusinfeksjoner og postoperative infeksjoner er bedre, men måles for sjelden til å være hovedindikator.
Forskning	Antall publiserte artikler pr kvartal/tertial/halvår/år, evt. antall publikasjonspoeng	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.