



STYRESAK

Styresak:	77/2021
Møtedato:	13.10.2021
Arkivsak:	2021/77-12
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv og Lars Øverås

Tertialrapport 2, 2021 med Kvalitets og virksomhetsrapport for august 2021

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar *Tertialrapport-andre tertial 2021* og oversender denne til Helse Nord RHF.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for august 2021* til orientering.

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Bakgrunn

Tertialrapporten viser fremdrift på kravene i oppdragsdokumentet som Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal rapportere til Helse Nord RHF i andre tertial 2021. Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved UNN for august 2021.

Formål

Vise fremdrift på utvalgte krav i oppdragsdokumentet og gi styret nødvendig informasjon om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Det vises til vedlagt *Tertialrapport andre tertial 2021* og *Kvalitets- og virksomhetsrapport for august 2021*.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 39/40. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Tertialrapport 2. tertial

For andre tertial 2021 har Helse Nord RHF bedt om rapportering på 42 av 110 oppdrag:

- 18 oppdrag er oppfylt.
- 9 oppdrag er under arbeid og det er sannsynlig at UNN vil oppfylle kravene innen fristen.
- 11 oppdrag er under arbeid. Det er uklart om eller lite sannsynlig at UNN vil oppfylle kravene innen fristen.
- 3 oppdrag er under arbeid. Det er ikke mulig å vurdere om UNN oppfyller disse kravene.

Graden av oppfyllelse av de viktigste kravene er kort redegjort for under. Det bemerkes at oppfølgingen av oppdragsdokumentet er påvirket av at UNN har prioritert oppgaver med Covid-19-pandemien.

Pasientens helsetjeneste

For kravene om tilgjengelighet henvises det til vurderingen av *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2021* nederst i dokumentet.

Somatikk

For kravene vedrørende pakkeforløp henvises det til vurderingen av *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2021* nederst i dokumentet.

Det er igangsatt tverrfaglig arbeid med etablering av barnepalliativt team i samarbeid med de andre foretakene i Helse Nord. Innen svangerskapsomsorgen pågår etablering av kontaktfamilieordningen for gravide som skal føde barn med påvist diagnose. Det er startet forberedelser for innføring av tilbud om tidlig ultralyd til gravide over 35 år. UNN oppfyller de «sterke anbefalinger» i Nasjonal traumeplan. For innføring av tarmscreening er det tilsatt screeningkoordinator i 20 % stilling. Innføringen krever styrking av legebemanningen, som avklares i prosess med virksomhetsplan. Arbeidet med å utvikle arealer til screeningen er påbegynt.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

På grunn av manglende støtte for nyeste versjon av NPR-meldingen har Dips Arena ikke vært i stand til å levere pakkeforløpsdata til NPR siden februar 2021. Dette har medført manglende data i perioden februar til og med juli. Arbeidet med pakkeforløp i psykisk helse har derfor blitt satt på vent inntil korrekt rapportering foreligger. Data ventes korrigert i starten av 3.tertial.

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

UNN har oppfylt kravet om å inngå samarbeidsavtaler med private avtalespesialister. Det bemerkes at UNN også har inngått avtaler med to private sykehus for å håndtere kirurgiske inngrep som har blitt utsatt på grunn av Covid-19-pandemien. UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister som er lokalisert på 6 ulike steder. 26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Det har siden 2016 vært iverksatt en rekke store tiltak i UNN for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser. Vi ser gjennom statistikker at tiltakene har en langsiktig ønsket effekt. Tiltakene er gjennomgående fra det operative, gjennom klinikkvise og overordnede utvalg til UNN-styret. Det gjennomgående tiltaksarbeidet gjennom alle nivåer i organisasjonen er nå etablert for å lære av og forebygge uønskede hendelser. Det rapporteres månedlig til UNNs styre om varsler til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

UNN ivaretar oppdraget med å etablere en felles regional standard for såkalte høykostlegemidler. Den regionale legemiddelkomiteen er gjenopprettet og fungerer som arbeidsutvalg. Arbeidet forventes fullført i løpet av 2021.

UNN ligger under landsgjennomsnittet i bruk av bredspektret antibiotika.

Kvalitetsutvikling

UNN har tatt i bruk en mer systematisk gjennomgang av styringssystemene for å tilfredsstille kravene i henhold til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren. Ledelsens gjennomgang ble presentert for UNN-styret i mai 2021 (styresak 49-2021).

Samhandling med primærhelsetjenesten

Helsefellesskapene i Troms og Ofoten er etablert. De fire faglige samarbeidsutvalgene er under etablering. Samhandlingsavdelingen har fremmet sak til SSU der videre prosess og drøfting om tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene. De fire prioriterte pasientgruppene er barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Bemanning og kompetanse

Det er utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for utdanningsansvarlig lege. Utdanningsløp for leger i spesialisering følges opp i kompetansemodulem. 87 medarbeidere er registrert med ufrivillig deltid i UNN per 28.09.2021. Arbeidet med handlingsplanen for å redusere ufrivillig deltid i UNN er forsinket.

Anskaffelsesområdet

Utarbeidelse av rutinene i det regionale prosjektet «Innkjøp 2023» er forsinket.

UNN følger opp og implementerer innkjøpsavtaler for å realisere gevinst knyttet til inngåtte avtaler. Det er imidlertid ofte utfordrende å dokumentere gevinstrealisering og det pågår et arbeid med å styrke dette.

Teknologi

Styret i UNN har den 19.05.2021 behandlet status fra arbeidet med informasjonssikkerhet.

Kvalitets- og virksomhetsrapport for august 2021

Styret har bedt om at UNN skal fokusere på økt tilgjengelighet og bedre økonomisk handlingsrom i 2021. Direktøren har følgende vurderinger til disse to hovedutfordringene:

Tilgjengelighet

Selv om det er få pasienter med bekreftet Covid-19 er fortsatt driften preget av mange pasienter med spørsmål om Covid-19, og smitteverntiltak som reduserer kapasiteten til sykehuset. Inngripende besøksrestriksjoner og avstandsregler ble redusert i løpet av sommeren, men flere tiltak vedvarer. Vi går nå over i en ny fase av Covid-19-pandemien der koronaviruset er et av flere luftveissykdommer vi skal håndtere.

Det er lite sannsynlig at UNN vil oppfylle kravene for tilgjengelighet i oppdragsdokumentet innen årsskiftet. Samlet var utviklingen i ventelister, overholdelse av avtaler og fristbrudd i bedring fra høsten 2021 frem til mars 2021, men stagnerte i april og mai før det forverret seg i løpet av juli og august.

UNN har i mange år hatt økninger i ventetiden som følge av redusert elektiv drift for å avvike sommerferien. Sommeren 2021 hadde ekstra utfordringer i form av fulle sengeposter, et høyt antall utskrivningsklare pasienter, blant annet som følge av at færre sykehjemspasienter har dødd under Covid-19-pandemien, bemanningsutfordringer som følge av sykdom, mangel på vikarer og smittesporinger. Videre har enkelte fagområder i UNN på kort varsel overtatt pasientgrupper fra andre helseforetak i Helse Nord. Et eksempel på dette er at UNN siden midten av juli har ivaretatt pasientene med lungekreft fra Helgelandssykehuset som følge av akutt sykdom i Nordlandssykehuset. Summen av disse utfordringene er bidragende faktorer til at ventetidene i UNN økte videre i august og er tilbake til samme nivå som høsten 2020. Oppfølgingene av å bedre tilgjengeligheten vil fortsette gjennom høsten 2021 og er redegjort for i forrige Kvalitets- og virksomhetsrapport. Det bemerkes at det ikke finnes raske løsninger, og en vesentlig del av utfordringene handler om å rekruttere og stabilisere helsepersonell.

Andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav, og i hovedsak relatert til lang tid fra beslutning om kirurgi til kirurgi utføres for brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Som redegjort for i forrige Kvalitets- og virksomhetsrapport pågår det tiltak om å sikre en mer dynamisk prioritering av kreftkirurgi. I august og september ble situasjonen forverret som følge av høyt sykefravær blant anestesileger og mangel på anestesilegevikarer. Selv om kreftkirurgi har vært prioritert, har flere kreftoperasjoner blitt strøket eller utsatt. Det vises for øvrig til egen styresak om operasjonsvirksomheten i UNN.

Økonomisk resultat

Budsjettavviket for august endte negativt med 2,4 mill. kroner. ISF inntekten er 12,2 mill. kroner lavere enn budsjett i august til tross for en aktivitetsøkning i forhold til tidligere år. Type aktivitet er endret slik at inntekten ikke er like høy som forventet.

For august er varekostnadene 3,8 mill. kroner lavere enn budsjettet. Hverken laboratorierekvisita eller andre medisinske forbruksvarer har hatt det samme høye forbruket som tidligere i år.

Personalkostnadene inkludert innleiekostnader har et positivt budsjettavvik for august på 11,0 mill. kroner. Dette til tross for at innleiekostnadene isolert sett har et negativt budsjettavvik på 9,4 mill. kroner.

Som tidligere måneder går reisekostnadene med positive avvik i forhold til budsjett. For august er det positive budsjettavviket 3,3 mill. kroner.

Det akkumulerte budsjettavviket er negativt med 20,5 mill. kroner pr august. Antallet polikliniske- og dagkirurgiske konsultasjoner økt hittil i år med 7 153 sammenlignet med 2019. Økning i poliklinikk skyldes i stor grad konsultasjoner som tidligere ikke ble finansiert i DRG systemet. Antallet innleggelser har derimot en reduksjon på 1 599, som er hovedårsaken til inntektsnedgangen. Nedgangen i innlagte pasienter skyldes delvis at NLSH har startet opp med PCI – behandling og utgjør ca. 400 av nedgangen. I tillegg er det en nedgang på 1 102 øyeblikkelig hjelp-innleggelser, hvor nedgang i lungebetennelser utmerker seg.

Varekostnadene er 45,8 mill. kroner høyere enn budsjett hittil i år. Hovedårsakene til overforbruket er laboratorierekvisita (32,7 mill. kroner) og andre medisinske forbruksvarer (19,3 mill. kroner).

Personalkostnadene inkludert innleiekostnader er akkumulert pr august 2,6 mill. kroner lavere enn budsjettet. Det arbeides med flere tiltak for å få ned personalkostnadene ytterligere. Aktivitetsplanlegging, reduksjon av liggetid og oppgaveglidning er noen av tiltakene det jobbes med.

Reisekostnader gir en akkumulert besparelse på 22,1 mill. kroner i forhold til budsjett.

Prognosen for 2021 er uendret fra juli rapporten på 77 mill. kroner i overskudd. Dette tilsvarer et positivt budsjettavvik på 37 mill. kroner.

Tromsø, 01.10.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

- 1 Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2021
- 2 Tertialrapport andre tertial 2021

- 3 Vedlegg til tertialrapport Oppdrag 45 - Styresak 52-2021 Orienteringssaker til styremøte 19.05.2021 - §3-3a varsler
- 4 Vedlegg 2 krav OD 45
- 5 Vedlegg til tertialrapport Oppdrag 51 - Styresak 49-2021 Ledelsens gjennomgang

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

August 2021



KVALITET

TRYGGHET

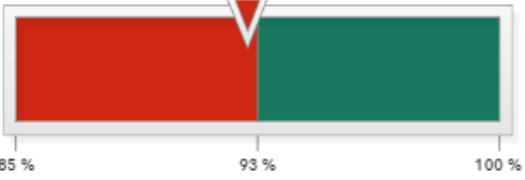


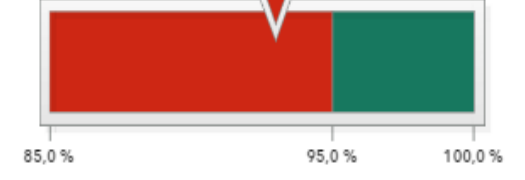
RESPEKT




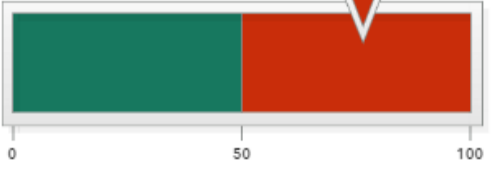
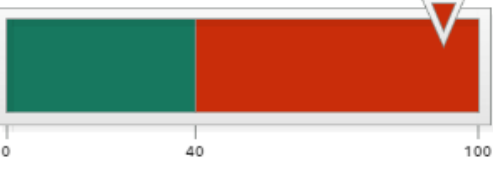
OMSORG

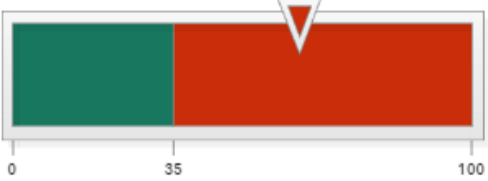

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	6
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	6
Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....	8
Fristbrudd.....	10
Korridorpasienter	11
Andel kontakter avviklet innen planlagt tid.....	12
Planleggingshorisont.....	13
Strykninger	14
Epikrisetid	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	15
Oppholdstid i akuttmottaket.....	16
Aktivitet.....	17
DRG.....	17
Liggetid på sykehusopphold - somatikk	18
Telemedisinsk aktivitet.....	18
Den gylne regel	19
Samhandling	20
Utskrivningsklare pasienter	20
Bruk av pasienthotell	21
Personal	22
Bemanning	22
Sykefravær.....	24
AML-brudd	25
Økonomi.....	26
Resultat	26
Prognose.....	27

Hovedindikatorer

<p>Nærvær (sykefravær)</p> <p>Måltall: > 92,5 %</p> <p>August: 92,0 %</p>	<p>Nærværsandel (Siste avsl mnd)</p> <p>92 %</p> 
<p>Budsjettavvik akkumulert per august</p> <p>-20,5 mill kr</p>	<p>Budsjettavvik hittil i år</p> <p>-20 548</p> 
<p>Innleie hittil i år mot hittil i 2019</p> <p>Måltall: redusere innleie med 30 % innen utgang 2023</p> <p>August: 34 %</p>	<p>Endring i innleie hittil i år mot 2019</p> <p>34 %</p> 
<p>Operasjoner avvirket som planlagt</p> <p>Måltall: > 95 %</p> <p>August: 93,0 %</p>	<p>Operasjoner avvirket som planlagt (Siste avsl mnd)</p> <p>93,0 %</p> 

<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p>Måltall: > 95 %</p> <p>August: 85 %</p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid (Siste avsl mnd)</p> <p>85 %</p> 
<p>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</p> <p>Måltall: > 90 %</p> <p>August: 55 %</p>	<p>Planlagte kontakter med oppsatt dato 6 mnd fram</p> <p>55 %</p> 
<p>Andel aktive fristbrudd per august</p> <p>Måltall: 0 %</p> <p>August: 10,9 %</p>	<p>Andel fristbrudd sist avsl måned</p> <p>10,9 %</p> 
<p>Ventetid somatikk</p> <p>Måltall: < 50</p> <p>August: 76</p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p>76</p> 
<p>Ventetid PHV</p> <p>Måltall: < 40</p> <p>August: 93</p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p>93</p> 

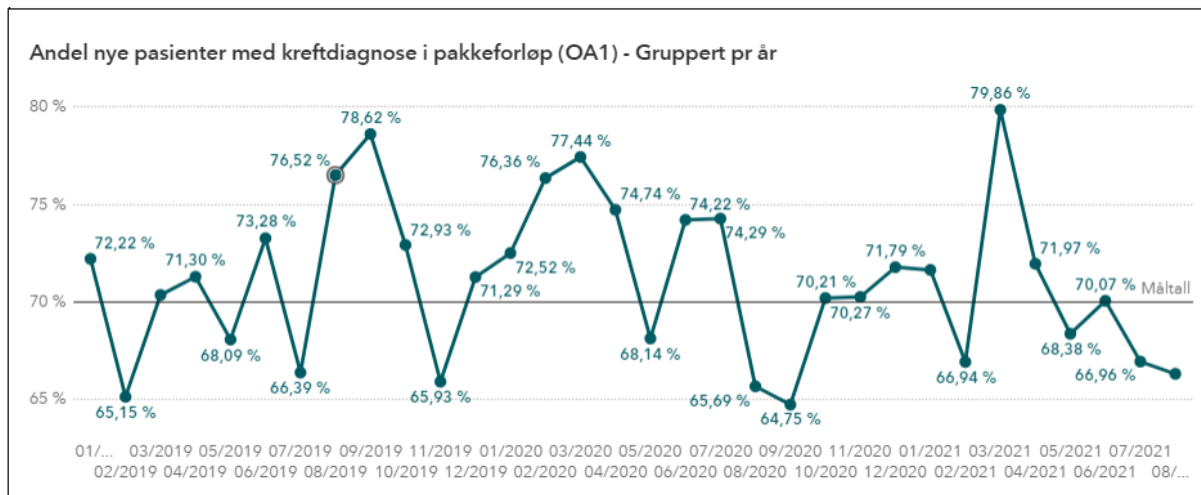
<p>Ventetid PHBU</p> <p>Måltall: < 35</p> <p>August: 62</p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>62</p>  <p>0 35 100</p>
<p>Ventetid TSB</p> <p>Måltall: < 30</p> <p>August: 37</p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>37</p>  <p>0 30 100</p>

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

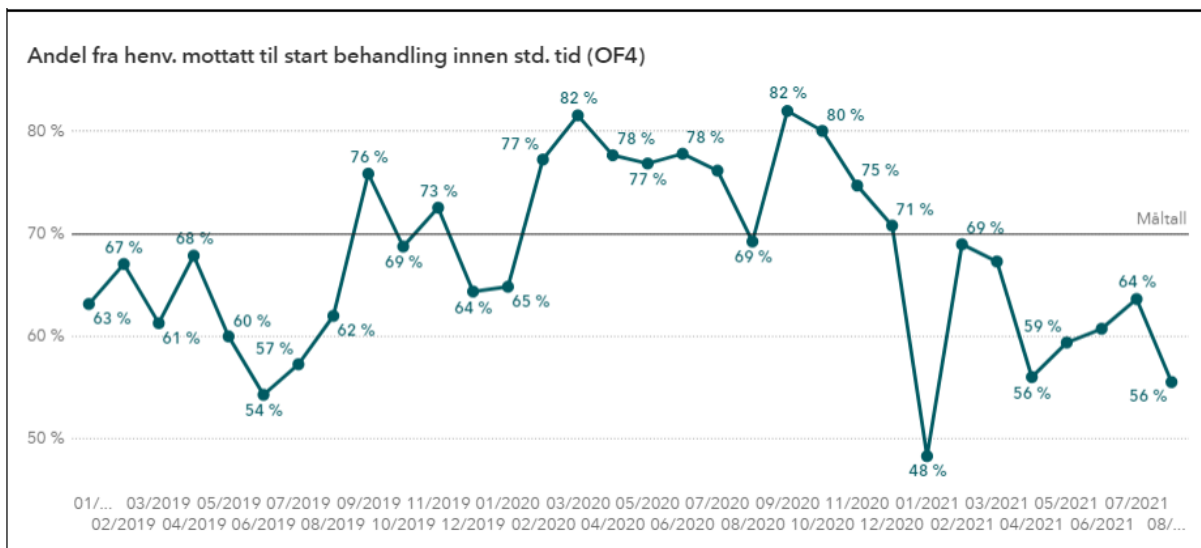
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Andel som har startet pakkeforløp (OA1) av alle kreftpasienter. Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Andel pasienter som har startet kreftbehandling innenfor standard forløpstid (OF4)

Tabell 1 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (4 største)

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		60%	438	726
Brystkreft	Medikamentell behandling	82%	31	38
	Kirurgisk behandling	23%	30	129
Lungekreft	Strålebehandling	75%	30	40
	Medikamentell behandling	85%	17	20
	Kirurgisk behandling	55%	12	22
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	58%	11	19
	Medikamentell behandling	35%	7	20
	Kirurgisk behandling	28%	9	32
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	44%	4	9
	Medikamentell behandling	25%	1	4
	Kirurgisk behandling	48%	29	60
Alle andre	Strålebehandling	41%	9	22
	Overvåking uten behandling	100%	7	7
	Medikamentell behandling	79%	41	52
	Kirurgisk behandling	79%	200	252

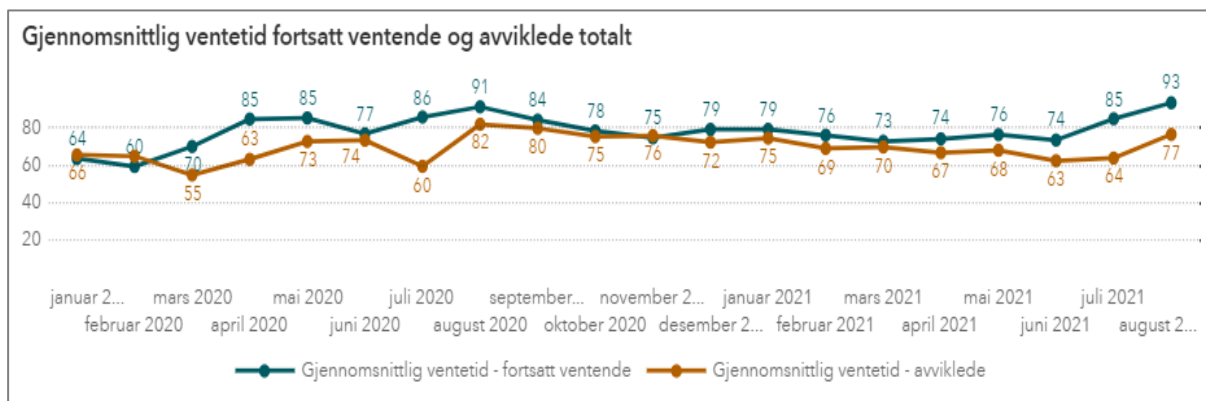
Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		60%	438	726
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	100%	1	1
Blærekreft	Kirurgisk behandling	86%	30	35
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	80%	4	5
	Medikamentell behandling	80%	4	5
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	85%	17	20
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Hjernekreft	Kirurgisk behandling	93%	14	15
	Strålebehandling	50%	1	2
Hode- halskreft	Kirurgisk behandling	82%	9	11
	Strålebehandling	29%	2	7
Kreft hos barn	Kirurgisk behandling	67%	4	6
	Medikamentell behandling	100%	4	4
	Strålebehandling	0%	0	1
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	100%	4	4
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	40%	2	5
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Strålebehandling	33%	1	3
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	63%	17	27
Lymfomer	Medikamentell behandling	71%	20	28
	Strålebehandling	43%	3	7
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	6	6
Nevroendokrine svulster	Kirurgisk behandling	0%	0	1
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	45%	9	20
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1
Peniskreft	Kirurgisk behandling	100%	5	5
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	2	2
	Strålebehandling	100%	1	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	69%	18	26
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Overvåking uten behandling	100%	7	7
Alle andre	Kirurgisk behandling	48%	149	312
	Medikamentell behandling	68%	56	82
	Overvåking uten behandling	58%	11	19
	Strålebehandling	69%	34	49

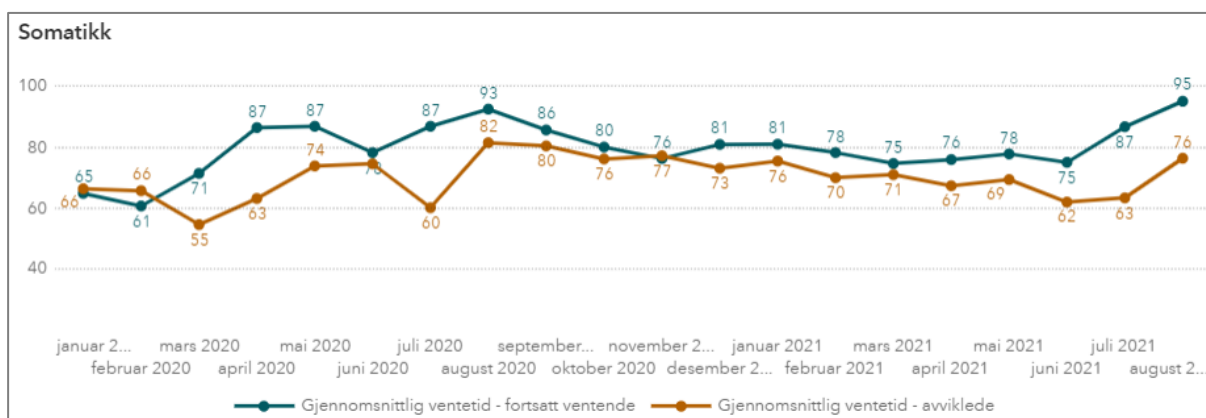
*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Ventetid fortsatt ventende og avviklede

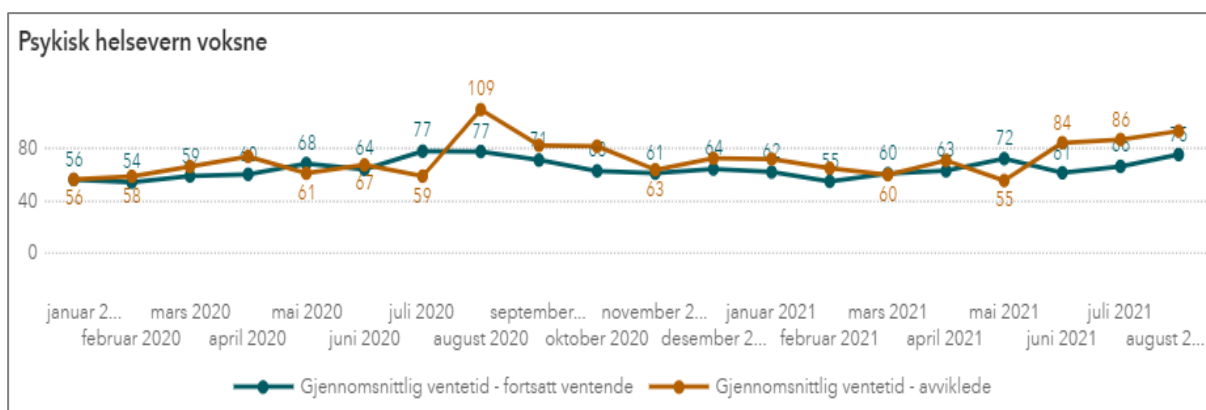
Figur 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt



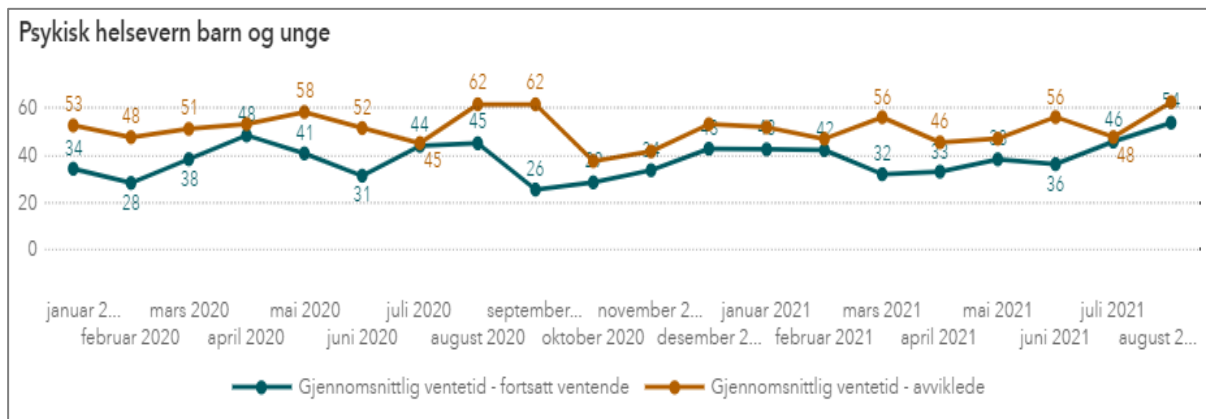
Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk



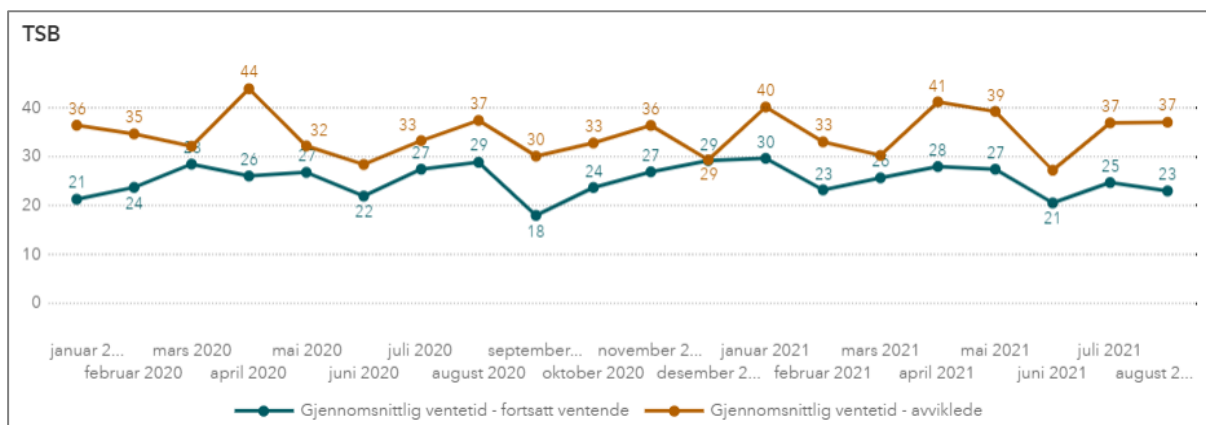
Figur 5 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne



Figur 6 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern barn og unge



Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB

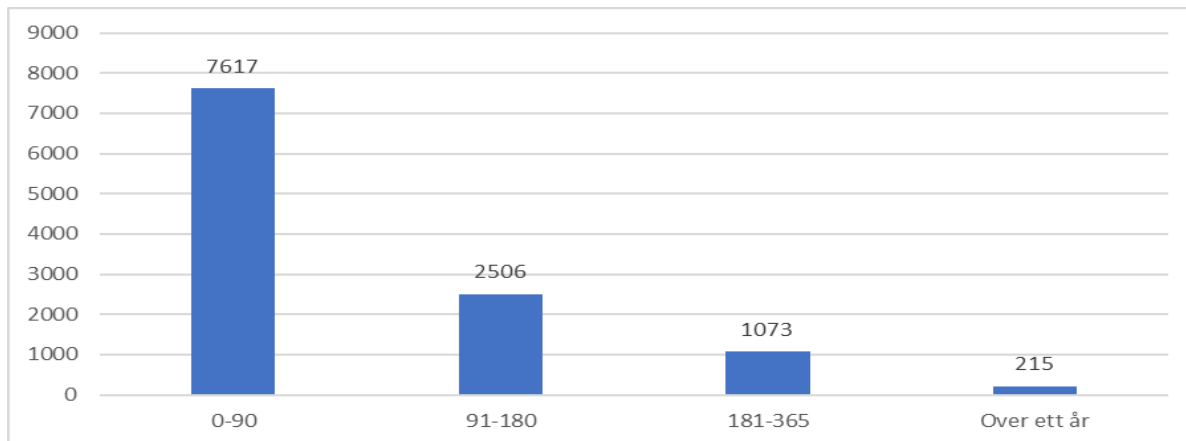


Tabell 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - fordelt på hovedfagområde

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - Fortsatt ventende
Total	69	79
Somatisk virksomhet	70	81
Psykisk helsevern voksne	73	64
Psykisk helsevern barn og unge	52	40
TSB	35	25

Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende og avviklede pasienter hittil i år.

Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

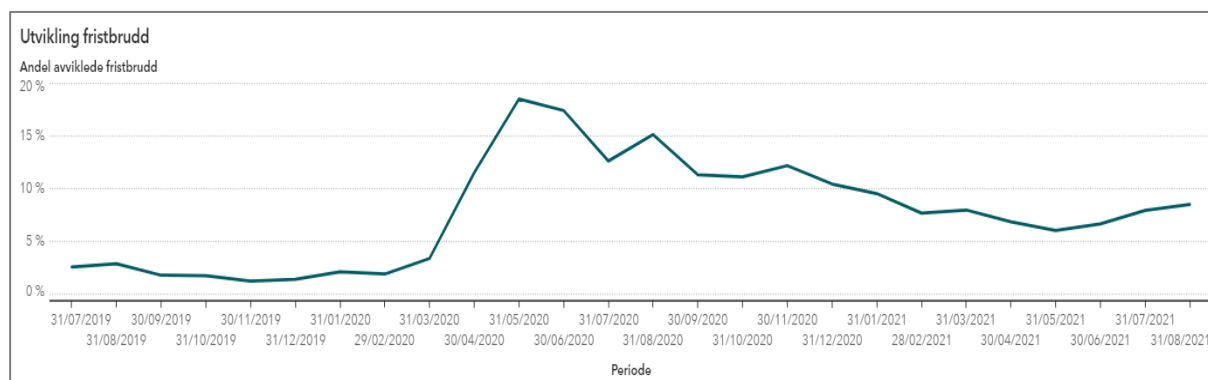


Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	Andel fristbrudd
Total	1242	10,9%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	62	2,9%
13 - Hjerte- og lungeklinikken	37	7,0%
15 - Medisinsk klinikk	261	21,2%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26	4,4%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	728	11,5%
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	128	22,0%

Figur 9 Prosent avviklede fristbrudd

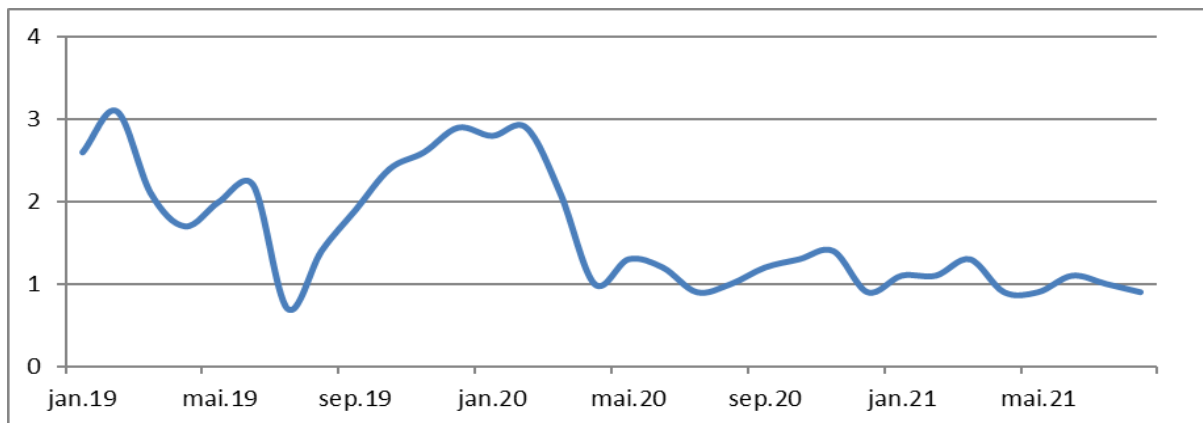


Andel avviklet etter frist per måned

Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Måned ▲	juli	august
Klinikknavn - UNN ▼	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	255	363
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	132	151
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	41	58
15 - Medisinsk klinikk	40	90
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24	36
13 - Hjerter- og lungeklinikken	13	18
17 - Barne- og ungdomsklinikken	5	10
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0

Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter andel per måned – somatikk

Månedlig aggregering av antall innlagt i korridorseng kl. 07.00 daglig i andel av alle inneliggende kl 07.00.

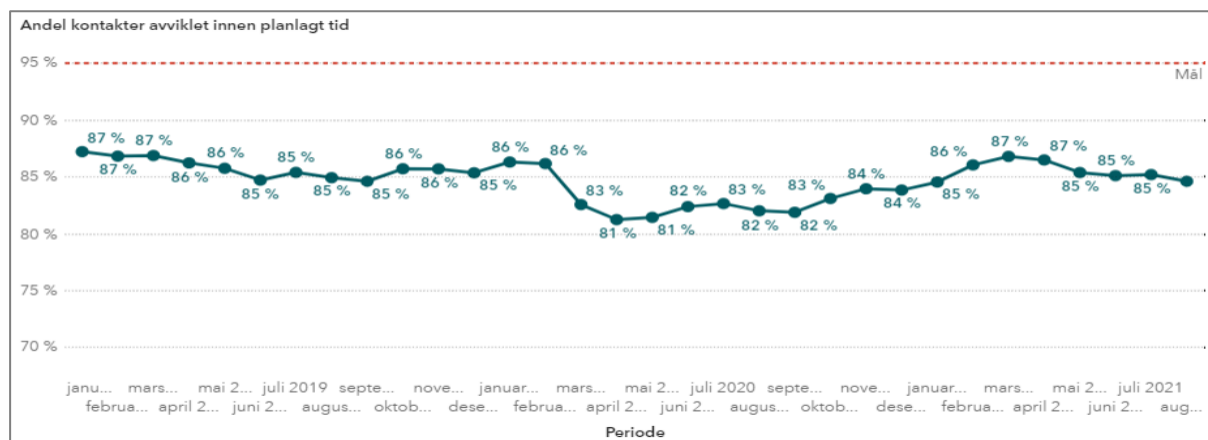
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Ort-kir. post Narvik	465	18	3,9 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	319	14	4,4 %
Lungemedisinsk post Tromsø	390	14	3,6 %
Geriatrisk post Tromsø	323	9	2,8 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	662	8	1,2 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	784	6	0,8 %
Ortopedisk post Harstad	280	6	2,1 %
Hjertemed. post Tromsø	756	5	0,7 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	670	4	0,6 %
Kreftpost Tromsø	431	3	0,7 %
Medisinsk post B Harstad	421	2	0,5 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	288	2	0,7 %
Kirurgisk post Harstad	314	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 11 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



Andel kontakter passert planlagt tid av alle planlagte kontakter med tentativ måned eller planlagt dato.

Tabell 7 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

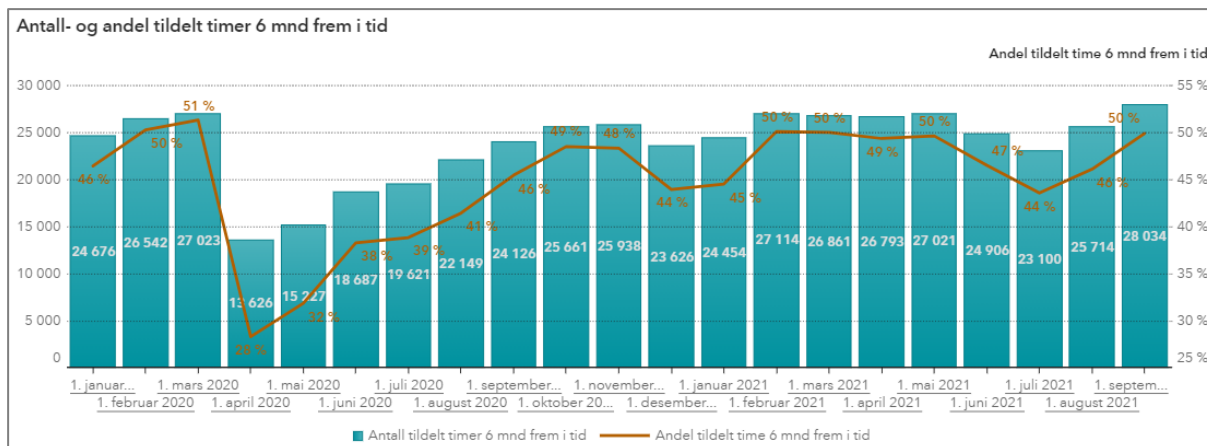
Fagområde	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	85 %	90 642	13 922
Øyesykdommer	87 %	6 145	818
Øre-nese-hals sykdommer	78 %	7 126	1 573
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	74 %	6 231	1 600
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	81 %	6 967	1 343
Nevrologi	83 %	2 806	481
Lungesykdommer	57 %	2 679	1 151
Karkirurgi	58 %	1 092	455
Hjertesykdommer	90 %	6 583	648
Fordøyelsessykdommer	79 %	4 672	965
Endokrinologi	78 %	3 236	697
Alle andre	90 %	43 105	4 191

Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	85 %	90 591	13 913
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	85 %	553	81
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	93 %	6 862	498
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	89 %	7 540	797
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	79 %	11 073	2 299
Medisinsk klinikk - UNN	79 %	11 879	2 445
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	93 %	14 853	1 077
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	82 %	37 831	6 716

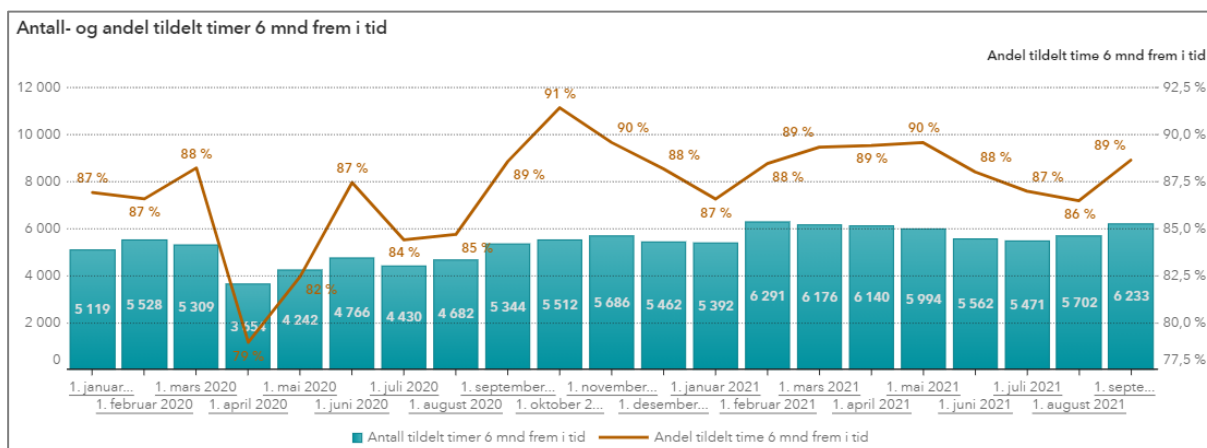
Planleggingshorisont

Figur 12 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – somatikk



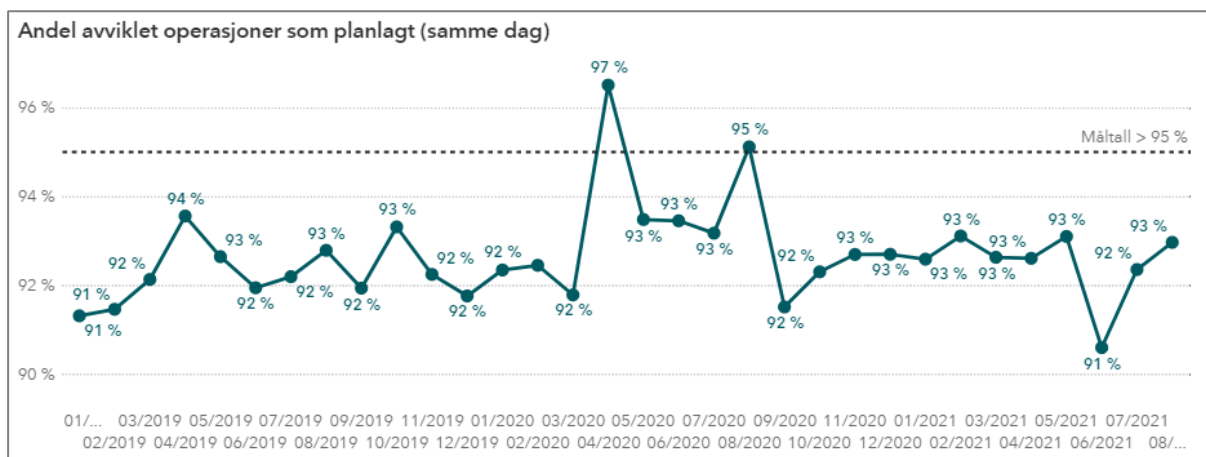
Antall planlagte kontakter som er satt rett på time. Andel planlagte kontakter som er satt rett på time av totalt antall kontakter.

Figur 13 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – psykisk helsevern og TSB



Strykninger

Figur 14 Andel operasjoner avvirket som planlagt

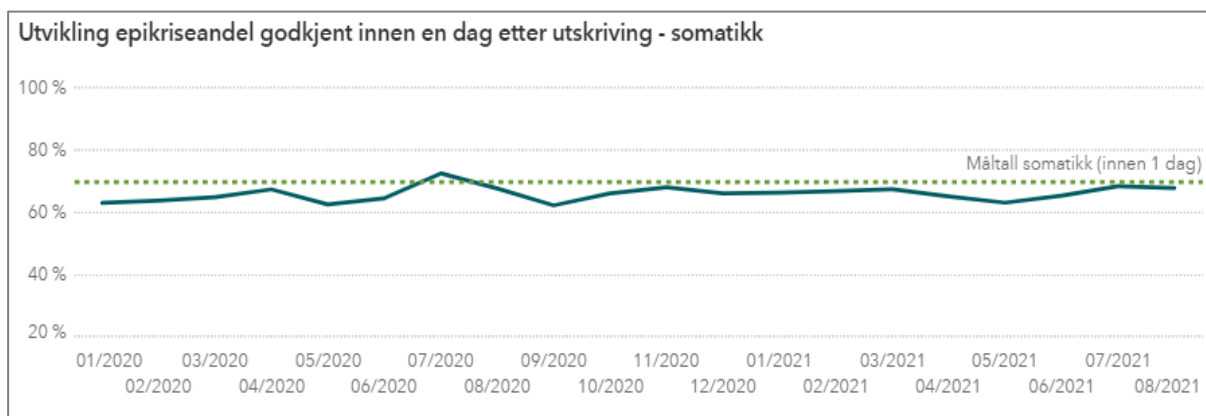


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

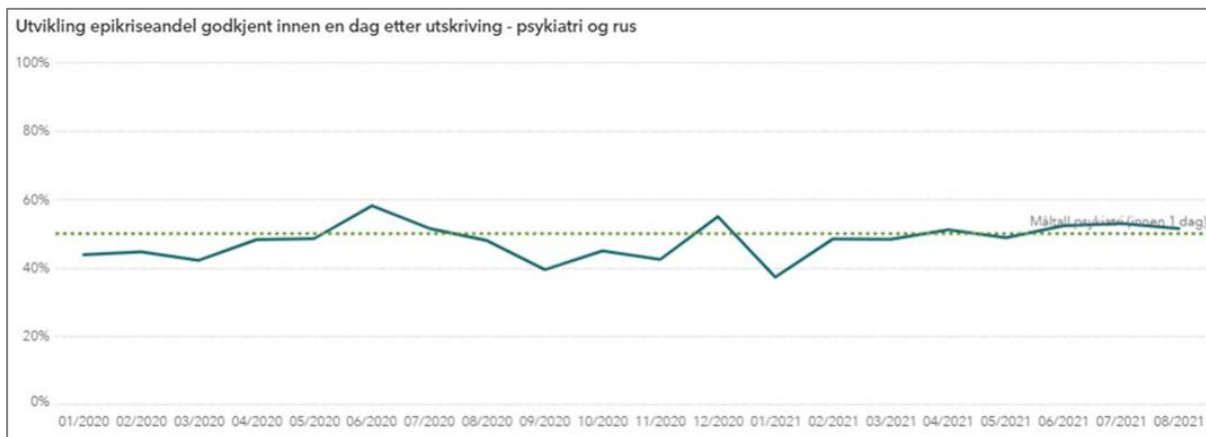
Strykningskategorier UNN ▲	Strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag ▼
Total	443	78	18 %
Sykehus - ikke klinisk årsak	154	49	32 %
Sykehus - kliniske årsaker	63	11	17 %
Årsaker hos pasient	226	18	8 %

Epikrisetid

Figur 15 Epikriser - andel godkjent innen en dag- somatikk



Figur 16 Epikriser - andel godkjent innen en dag- psykiatri og rus

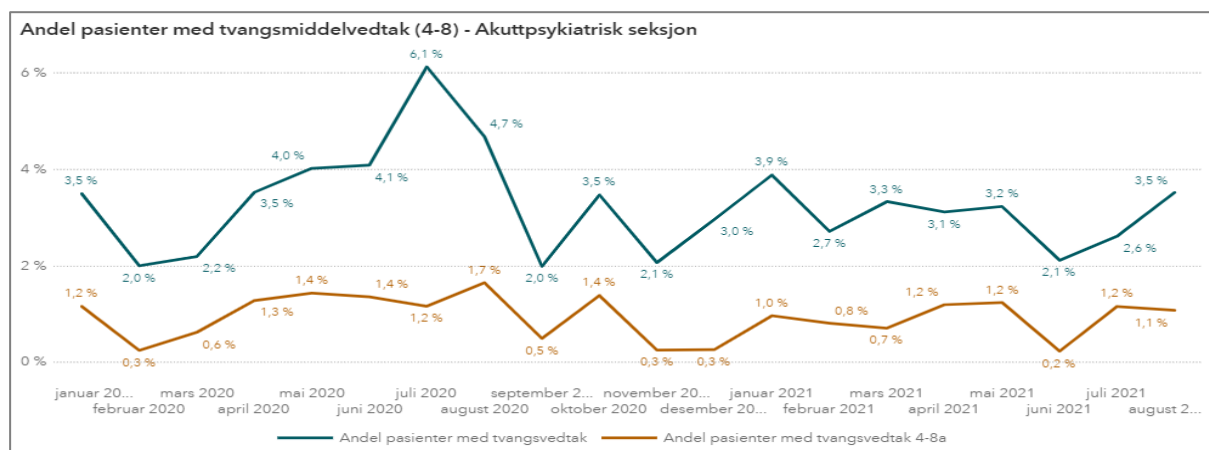


Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde (1)	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		37 153	64 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	8 753	64 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	6 177	61 %
	15 - Medisinsk klinikk	8 876	74 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	1 082	74 %
	18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9 408	64 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	2 180	48 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	161	53 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	516	45 %

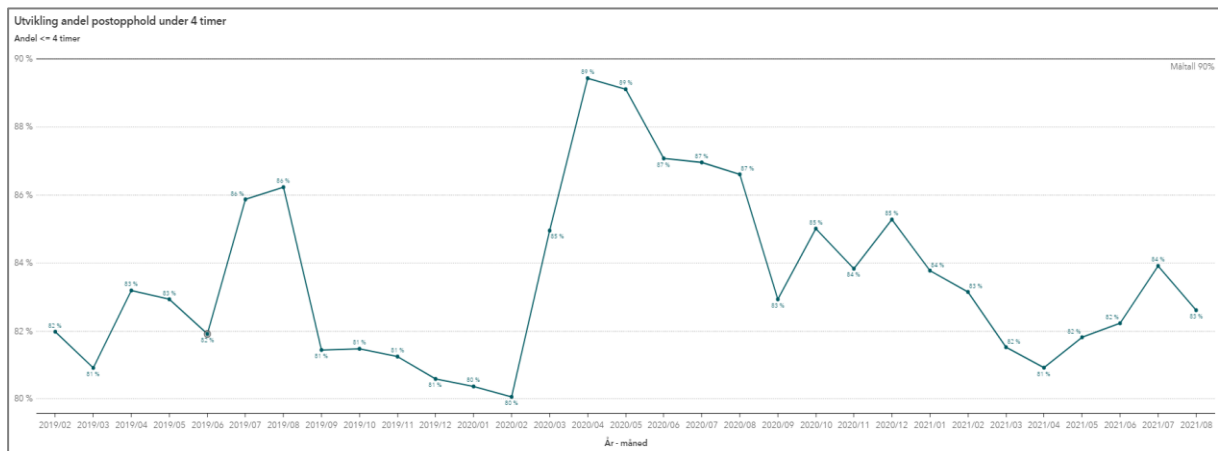
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 17 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 18 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Næring	Aktivitet 2019	Aktivitet 2020	Aktivitet 2021	Plan 2021	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2021	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2021
Liggetid	Somatikk	122 197	104 260	108 289	104 090	-13 908	4 199	-11 %	4 %
	Psykisk helsevern, voksne	28 783	26 635	29 291	28 798	507	493	2 %	2 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12 930	11 423	11 722	13 049	-1 207	-1 327	-9 %	-10 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	1 477	1 665	1 706	2 370	229	-664	15 %	-28 %
Konsultasjoner	Somatikk	171 623	173 402	185 599	174 823	13 976	10 776	8 %	6 %
	Psykisk helsevern, voksne	38 937	38 150	40 717	40 940	1 780	-223	5 %	-1 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	8 680	9 005	9 866	8 558	1 186	1 308	14 %	15 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	20 560	22 057	24 710	20 101	4 150	4 609	20 %	23 %
Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	Plantall 2021	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2021	
						Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser		Somatikk 4 933 937	4 696 635	5 194 563	4 928 754	260 626	5,3	265 809	5,4
Røntgenhenvisninger		Somatikk 101 734	87 452	90 278	95 827	-11 456	-11,3	-5 549	-5,8
PET undersøkelser		Somatikk 668	897	956	786	288	43,1	170	21,7

DRG

Tabell 12 DRG-indeks og avdelingsopphold per klinikk - alle omsorgsnivå

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG Avdelingsopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,132	0,176	0,044	7 097	8 740	1 643
Barne- og ungdomsklinikken	0,246	0,234	-0,012	7 276	8 010	734
Hjerte- lungeklinikken	0,643	0,609	-0,035	10 835	11 519	684
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,250	0,220	-0,031	52 459	59 918	7 459
Medisinsk klinikk	0,248	0,227	-0,021	30 161	30 273	112
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,155	0,147	-0,008	77 379	93 966	16 587
OPIN	0,058	0,053	-0,005	806	1 050	244
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,130	0,124	-0,006	40 874	43 371	2 497
Barne- og ungdomsklinikken	0,303	0,270	-0,033	20 745	23 875	3 130

Indeks: gjennomsnittstygde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng. Tallene er akkumulert både for indeks og avdelingsopphold.

Tabell 13 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

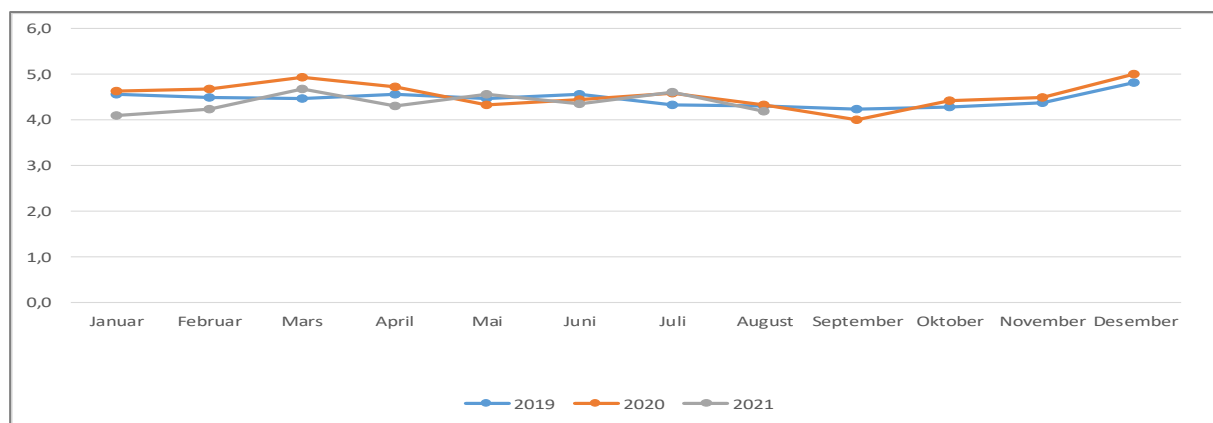
Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 500	1 534	-34
Barne- og ungdomsklinikken	2 028	2 262	-234
Hjerte- og lungeklinikken	7 266	7 523	-257
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13 501	14 064	-562
Medisinsk klinikk	7 214	7 968	-754
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14 113	14 406	-293
Operasjons- og intensivklinikken	58	53	5
Totalt Somatikk	45 680	47 810	-2 130
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	7 763	6 449	1 314
Psykisk helse og rusklinikken	6 654	8 188	-1 534
Totalt Psykiatri/rus	14 416	14 636	-220

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 14 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

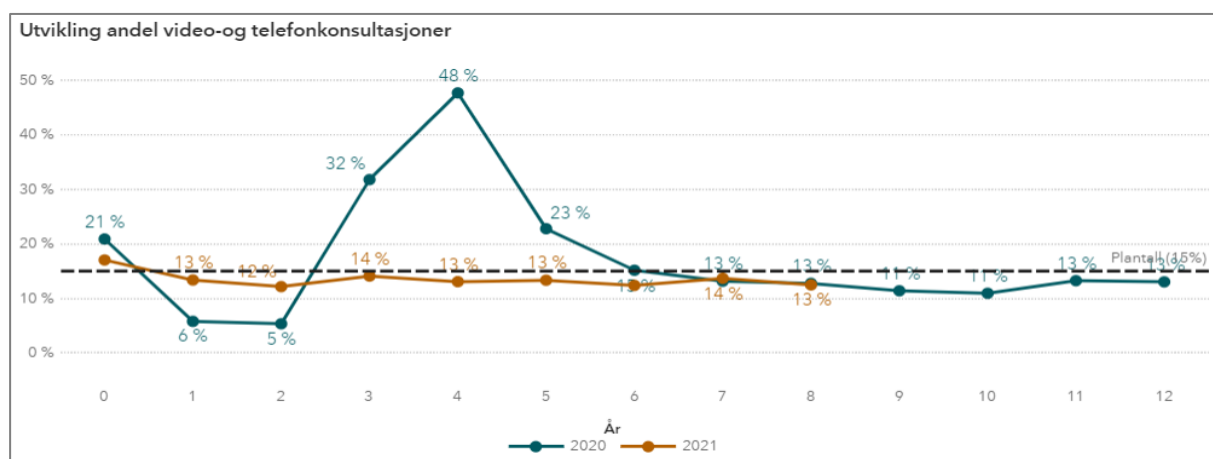
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,1	4,1	3,7
Hjerte- og lungeklinikken	4,1	4,3	4,4
Medisinsk klinikk	5,2	5,4	5,4
BUK	6,0	7,3	6,0
NOR	4,9	4,8	4,7

Figur 19 Liggetid på sykehusopphold



Telemedisinsk aktivitet

Figur 20 Andel telemedisinsk aktivitet



Tabell 15 Antall og andel konsultasjoner fordelt per klinikk

	2020			2021		
	Andel VK + telefon	Antall video og telefonkonsultasjon	Antall konsultasjoner (inkl tel og video)	Andel VK + telefon	Antall video og telefonkonsultasjon	Antall konsultasjoner (inkl tel og video)
Total	17 %	34 074	215 802	12 %	28 723	260 763
10 - Akuttmedisinsk klinikk	.	0	11 413	.	0	15 511
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 %	1 634	36 918	6 %	2 709	44 649
13 - Hjerter- og lungeklinikken	5 %	350	6 313	6 %	454	7 425
15 - Medisinsk klinikk	10 %	1 801	16 906	9 %	1 811	19 926
17 - Barne- og ungdomsklinikken	37 %	9 513	27 813	24 %	7 001	32 299
18 - Operasjons- og intensivklinikken	34 %	276	663	22 %	262	1 170
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7 %	4 946	68 538	7 %	6 231	88 758
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	37 %	15 554	47 170	22 %	10 255	50 822
48 - Forsknings- og utdanningsenteret	0 %	0	68	0 %	0	203

Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

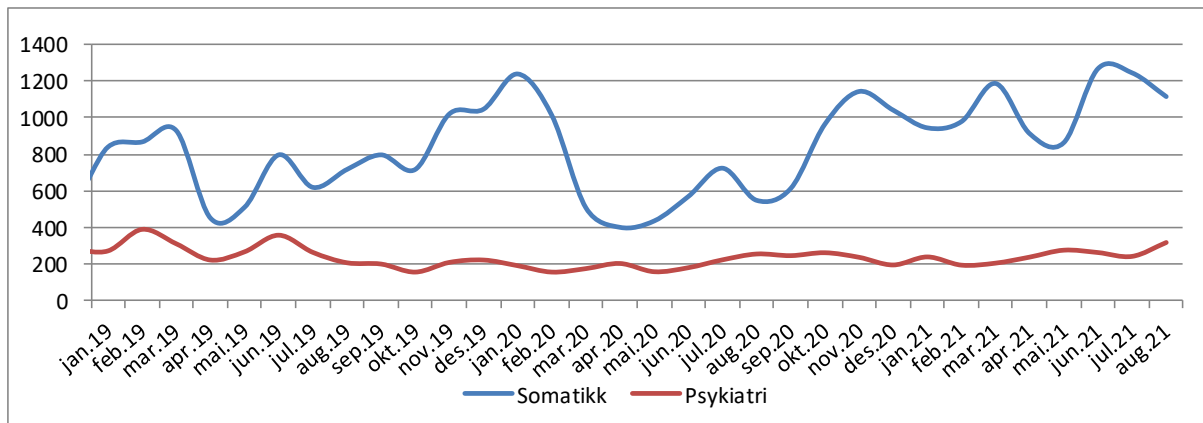
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2020	2021	Endring 20-21
Somatikk*	Økonomi	3 282 535	3 415 484	4,1 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	488 118	522 273	7,0 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	109 012	119 367	9,5 %
TSB	Økonomi	126 530	135 835	7,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	173 402	185 599	7,0 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	38 150	40 717	6,7 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	22 057	24 710	12,0 %
TSB	Konsultasjoner	9 005	9 866	9,6 %
Somatikk	Ventetid	67,8	72,1	6,3 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	59,8	73,8	23,4 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	48,3	50,8	5,2 %
TSB	Ventetid	32,8	34,4	4,9 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 21 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

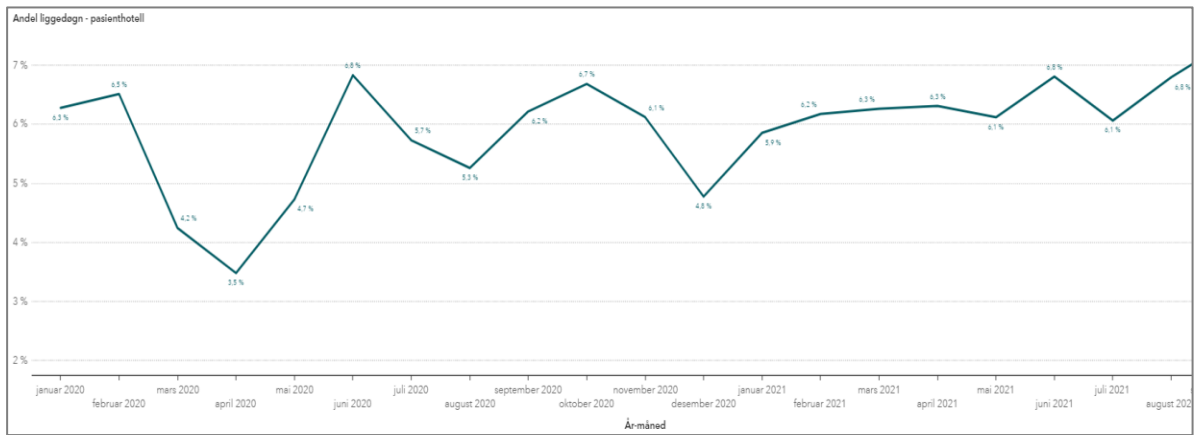


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

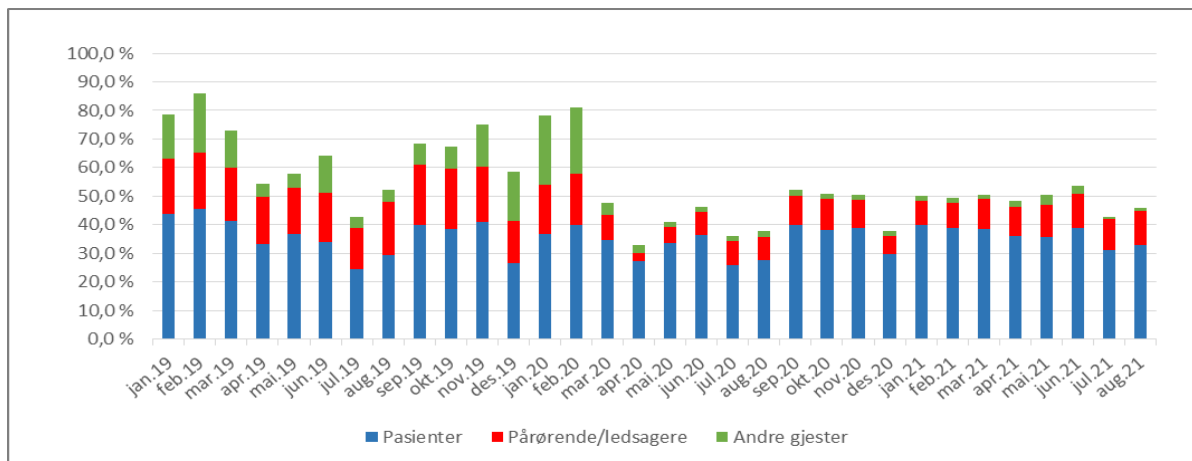
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	2 326	94	727	29	3 053	123
Evenes	123	93			123	93
Salangen	148	71	4	2	152	73
Tromsø	4 250	55	768	10	5 018	65
Nordreisa	220	46	1	0	221	46
Lavangen	43	42			43	42
Ibestad	50	38	1	1	51	39
Tjeldsund	146	35	7	2	153	36
Kvæfjord	71	25	6	2	77	27
Lødingen	48	24	6	3	54	27
Narvik	529	24	8	0	537	25
Bardu	76	19	17	4	93	23
Gratangen	16	15			16	15
Lyngen	34	12	3	1	37	13
Gáivuotna Kåfjord	24	12	3	1	27	13
Balsfjord	40	7	28	5	68	12
Storfjord	19	10	1	1	20	11
Senja	129	9	15	1	144	10
Karlsøy	17	8	1	0	18	8
Kvænangen	8	7	1	1	9	8
Skjervøy	20	7	2	1	22	8
Dyrøy	7	7	1	1	8	8
Målselv	26	4	4	1	30	5
Sørreisa	13	4			13	4
SUM	8 383	43	1 604	8	9 987	52

Bruk av pasienthotell

Figur 22 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 23 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype



Personal

Bemanning

Månedsværk

Tabell 18 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

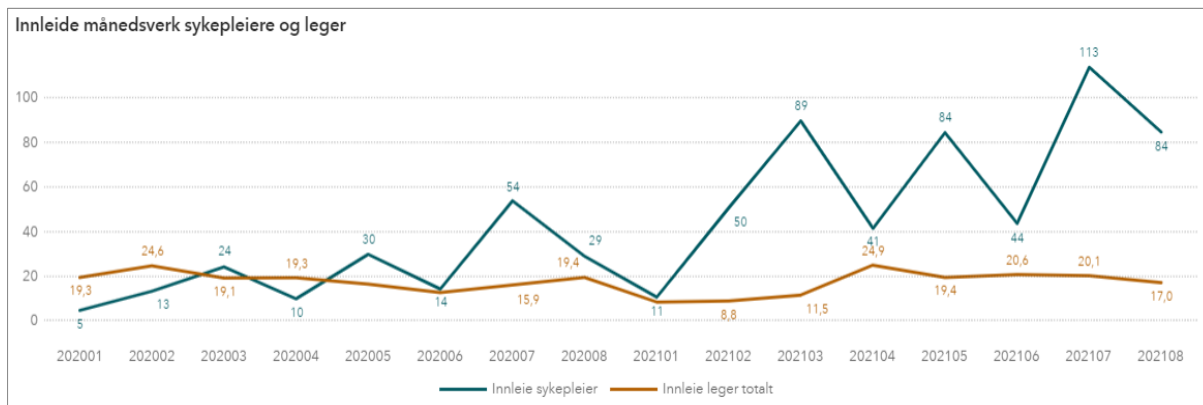
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2020 ▼	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt endring 2020-2021
Total	6 593	6 798	6 894	96,4
Grunnlønn/basis	5 837	6 007	6 091	84,6
Mertid / timelønn	427	431	452	21,7
Overtid	184	209	201	-7,9
UTA	75	79	79	0,6
Etterregulering	34	38	35	-3,1
Utrykning på vakt	36	34	35	0,5

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2020 og 2021.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2020-2021	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulansepersonell	11. Forskning
	96,4	9,6	45,7	0,2	21,9	2,5	-2,6	3,4	-0,1	10,4	-0,5	5,0
10 - Akuttmedisinsk klinikk	19,0	-0,3	13,7	0,4	-	4,4	0,1	-	-	1,1	-0,4	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4,0	-1,6	1,3	0,0	-	5,2	-1,2	-0,3	-	-0,4	-	1,0
13 - Hjerter- og lungeklinikken	28,1	-1,0	5,3	-9,1	-0,0	31,2	2,0	1,0	-	-0,4	-	-0,8
15 - Medisinsk klinikk	-7,0	-4,2	-2,3	-3,1	-0,2	-4,4	2,3	5,5	-0,0	0,0	-	-0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	8,7	0,5	-3,4	2,4	14,4	-4,3	-1,2	-0,8	-	-	-	1,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-49,2	0,6	-5,5	1,6	0,1	-47,8	-1,3	-	-	3,1	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	15,4	0,1	4,3	4,0	2,3	7,6	0,6	-0,1	-	-2,4	-0,0	-0,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	35,6	0,9	26,8	0,4	5,6	5,9	-4,2	-	-	0,2	0,0	-
30 - Diagnostisk klinikk	12,0	1,4	2,9	3,6	-	-1,0	0,4	-2,9	-0,0	7,2	-	0,4
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	9,4	6,3	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0
45 - Drifts- og eiendomssenteret	5,4	1,0	1,3	-	-	-	-	0,9	-	2,1	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	18,9	7,3	2,6	1,1	-	6,2	-	-	-	-	-	1,7
50 - Direktøren	-0,5	-0,3	-	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabsenteret	-4,5	-1,0	-1,5	-0,8	-0,4	-0,8	-	-	-	-0,1	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	0,1	-0,0	0,1	0,0	-	0,1	0,0	-	-	-0,0	-0,0	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2020-2021 fordelt på profesjon.

Figur 24 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

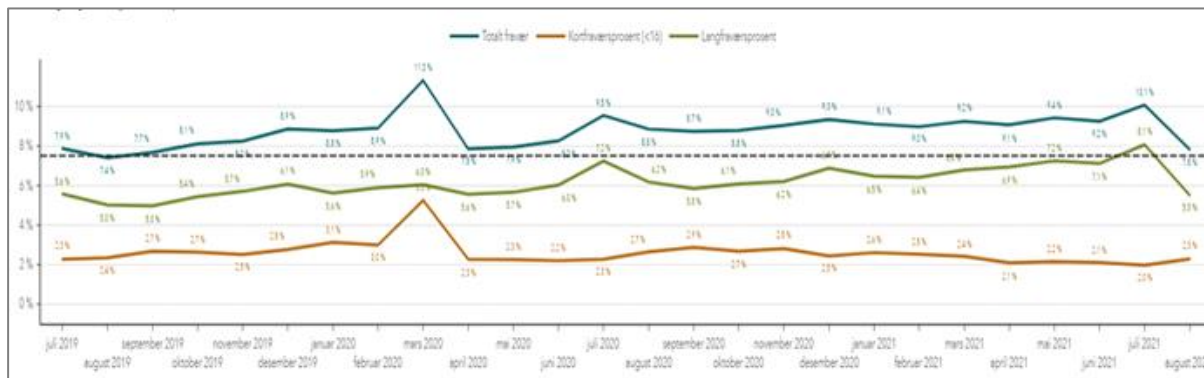
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

Klinikknavn - UNN	2020		2021	
	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	22,3	18,3	64,7	16,3
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,5	0,7	12,4	0,6
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1,0	2,8	2,9	2,4
13 - Hjerter- og lungeklinikken	4,7	0,4	21,8	0,2
15 - Medisinsk klinikk	0,2	0,2	1,1	3,3
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,2	0,1	-0,1	0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken	14,1	4,3	26,3	3,4
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	0,6	1,2	0,2	1,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	4,0	0,0	1,2
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	4,6	0,0	2,7

Sykefravær

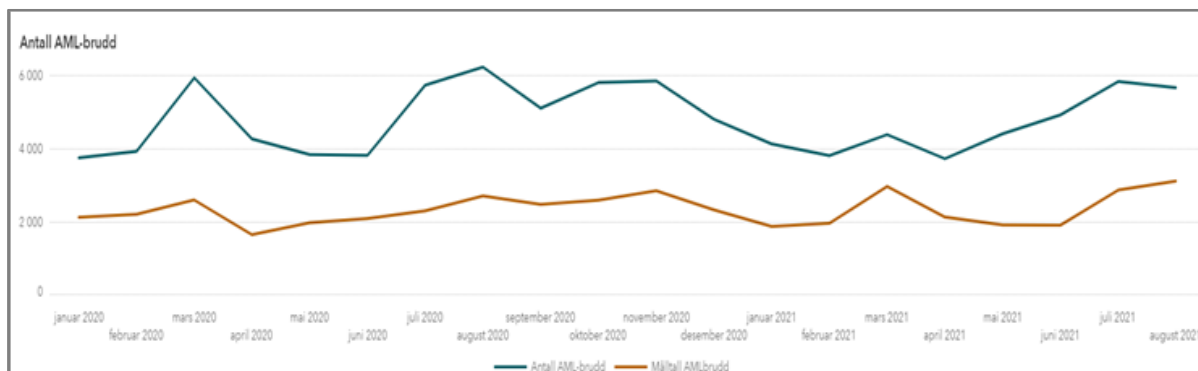
Figur 25 Sykefravær



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN (1)	Totalt sykefravær forrige måned	Endring totalt fravær forrige måned mot ifjor	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige måned mot ifjor	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige måned mot ifjor
Total	7,8 %	-1,0 %	2,3 %	-0,4 %	5,5 %	-0,7 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,6 %	-1,4 %	2,2 %	-0,1 %	7,4 %	-1,3 %
12 - Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken	6,9 %	-1,5 %	2,6 %	0,2 %	4,3 %	-1,8 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	4,6 %	-0,6 %	2,6 %	0,6 %	2,0 %	-1,2 %
15 - Medisinsk klinikk	5,4 %	-2,7 %	2,0 %	-0,5 %	3,4 %	-2,2 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	7,2 %	-0,2 %	1,7 %	-1,4 %	5,5 %	1,2 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,1 %	-1,8 %	2,3 %	-0,2 %	6,8 %	-1,6 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,3 %	-0,7 %	2,3 %	-1,2 %	6,0 %	0,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	9,9 %	-0,1 %	2,7 %	-0,4 %	7,2 %	0,3 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,5 %	0,5 %	2,8 %	-0,2 %	5,7 %	0,8 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	2,4 %	-3,2 %	0,2 %	-0,5 %	2,2 %	-2,7 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	8,8 %	-0,4 %	1,8 %	-0,2 %	7,0 %	-0,3 %
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	8,9 %	0,4 %	2,2 %	-0,2 %	6,7 %	0,7 %
50 - Direktøren	5,1 %	4,7 %	0,7 %	0,4 %	4,4 %	4,4 %
52 - Stabssenteret	6,5 %	-1,1 %	2,2 %	0,9 %	4,2 %	-2,0 %
Annet	2,8 %	2,8 %	1,7 %	1,7 %	1,1 %	1,1 %

AML-brudd**Figur 26 Antall AML-brudd**

Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

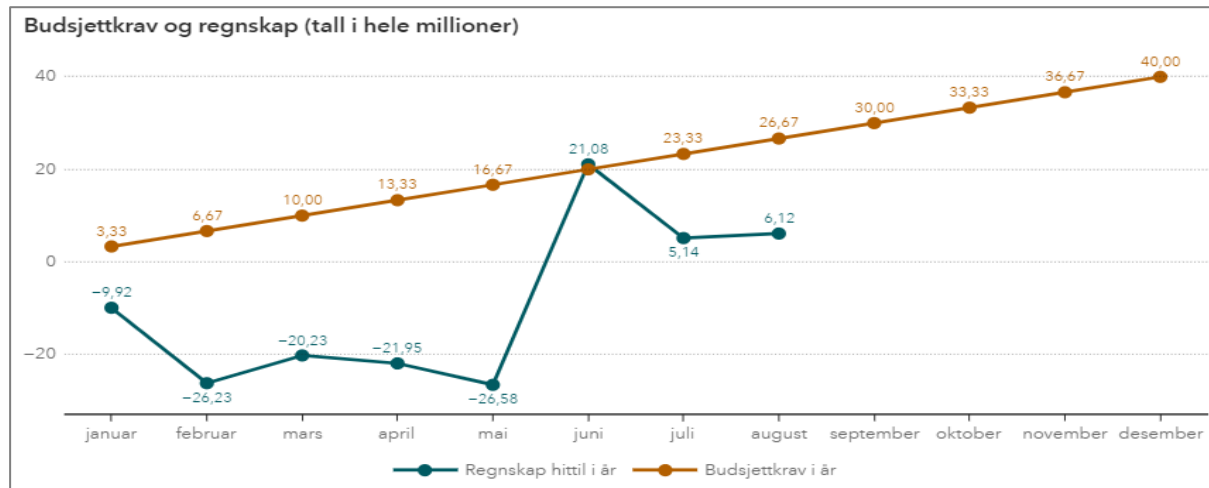
Klinikk - UNN	▲	Brudd siste måned	Brudd siste måned ifjor	Endring i % samme periode
Total		5 678	6 238	-9,0 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk		897	1 324	-32,3 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		680	763	-10,9 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken		485	590	-17,8 %
15 - Medisinsk klinikk		385	460	-16,3 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken		257	280	-8,2 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken		546	566	-3,5 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		768	751	2,3 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		1 160	931	24,6 %
30 - Diagnostisk klinikk		282	345	-18,3 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning		2	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret		209	171	22,2 %
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret		2	7	-71,4 %
50 - Direktøren		.	.	.
52 - Stabssenteret		5	38	-86,8 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2020 til 2021

Økonomi

Resultat

Figur 27 Akkumulert regnskap og budsjett 2021



Tabell 23 Resultatregnskap 2021

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	429,8	429,8	0,0	0 %	3 549,6	3 549,6	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	21,1	21,1	0,0	0 %
ISF egne pasienter	130,7	141,7	-11,1	-8 %	1 141,4	1 197,3	-55,9	-5 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,1	5,2	-0,1	-1 %	59,9	59,1	0,8	1 %
Gjestepasientinntekter	5,4	3,5	1,9	53 %	24,6	28,0	-3,4	-12 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,4	15,3	0,2	1 %	145,8	131,0	14,8	11 %
Utskrivningsklare pasienter	3,3	2,6	0,7	27 %	25,4	20,7	4,7	23 %
Andre øremerkede tilskudd	37,6	47,0	-9,4	-20 %	392,0	309,5	82,5	27 %
Andre driftsinntekter	32,7	35,2	-2,5	-7 %	265,3	283,7	-18,4	-6 %
Sum driftsinntekter	662,6	682,9	-20,3	-3 %	5 625,1	5 599,9	25,1	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,4	18,5	-0,1	-1 %	148,2	147,8	0,4	0 %
Kjøp av private helsetjenester	8,0	3,3	4,6	140 %	55,6	32,9	22,7	69 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	74,6	82,9	-8,3	-10 %	647,2	624,4	22,9	4 %
Innleid arbeidskraft	13,0	4,3	8,6	200 %	77,5	30,6	46,9	153 %
Lønn til fast ansatte	322,4	324,4	-2,0	-1 %	2 895,6	2 872,2	23,4	1 %
Overtid og ekstrahjelp	38,7	30,9	7,9	26 %	255,1	209,9	45,2	22 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	63,1	62,8	0,4	1 %	503,1	502,7	0,3	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-35,5	-8,9	-26,6	298 %	-243,8	-115,9	-127,9	110 %
Annen lønnskostnad	33,1	32,3	0,8	3 %	236,3	226,4	9,9	4 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	371,7	383,0	-11,2	-3 %	3 220,8	3 223,3	-2,5	0 %
Avskrivninger	26,8	27,1	-0,3	-1 %	221,0	224,2	-3,1	-1 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	97,9	100,3	-2,4	-2 %	816,2	804,3	11,9	1 %
Sum driftskostnader	660,4	677,8	-17,4	-3 %	5 612,0	5 599,6	12,4	1 %
Driftsresultat	2,2	5,0	-2,9	-57 %	13,0	40,4	-27,3	-68 %
Finansinntekter	0,3	0,5	-0,2		2,1	4,0	-1,9	
Finanskostnader	1,5	2,2	-0,7		9,0	17,7	-8,7	
Finansresultat	-1,2	-1,7	0,5		-6,9	-13,7	6,8	
Ordinært resultat	1,0	3,3	-2,4	-71 %	6,1	26,7	-20,5	-77 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	429,8	429,8	0,0	3 549,6	3 549,6	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	21,1	21,1	0,0
ISF egne pasienter	130,7	141,7	-11,1	1 141,4	1 197,3	-55,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,1	5,2	-0,1	59,9	59,1	0,8
Gjestepasientinntekter	5,4	3,5	1,9	24,6	28,0	-3,4
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,4	15,3	0,2	145,8	131,0	14,8
Utskrivningsklare pasienter	3,3	2,6	0,7	25,4	20,7	4,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	32,7	35,2	-2,5	265,3	283,7	-18,4
Sum driftsinntekter	625,0	635,9	-10,9	5 233,1	5 290,4	-57,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,4	18,5	-0,1	148,2	147,8	0,4
Kjøp av private helsetjenester	7,9	3,3	4,6	55,2	32,6	22,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	73,1	81,0	-7,9	632,0	612,4	19,7
Innleid arbeidskraft	13,0	4,3	8,6	77,5	30,6	46,9
Lønn til fast ansatte	302,9	300,1	2,8	2 692,9	2 712,2	-19,3
Overtid og ekstrahjelp	34,4	25,4	9,0	209,6	174,0	35,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,4	56,8	1,6	453,2	463,4	-10,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-34,1	-7,2	-26,9	-229,6	-104,7	-124,9
Annen lønnskostnad	30,6	29,1	1,4	209,6	205,3	4,3
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	346,7	351,8	-5,0	2 960,1	3 017,4	-57,4
Avskrivninger	26,8	27,1	-0,3	221,0	224,2	-3,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	91,6	92,4	-0,9	750,4	752,3	-1,9
Sum driftskostnader	622,8	630,9	-8,0	5 220,0	5 250,1	-30,0
Driftsresultat	2,2	5,0	-2,9	13,0	40,4	-27,3
Finansinntekter	0,3	0,5	-0,2	2,1	4,0	-1,9
Finanskostnader	1,5	2,2	-0,7	9,0	17,7	-8,7
Finansresultat	-1,2	-1,7	0,5	-6,9	-13,7	6,8
Ordinært resultat	1,0	3,3	-2,4	6,1	26,7	-20,5

Tabell 25 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	August			Akkumulert per august		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	49,0	45,5	-3,4	324,9	312,1	-12,7
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31,5	25,7	-5,7	138,6	109,6	-29,0
13 - Hjerte- lungeklinikken	25,6	24,0	-1,6	148,9	135,2	-13,8
15 - Medisinsk klinikk	39,1	38,2	-0,9	246,3	233,9	-12,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	25,9	24,7	-1,2	149,8	150,5	0,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	69,1	68,3	-0,7	501,6	490,0	-11,7
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	36,8	35,2	-1,7	177,9	169,9	-8,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	66,0	69,4	3,4	470,0	476,0	5,9
30 - Diagnostisk klinikk	58,9	55,7	-3,3	437,4	389,3	-48,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,3	0,3	0,0	2,2	2,2	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	49,9	49,5	-0,4	404,6	396,7	-7,9
46 - Fag- Og Kvalitetssenteret	1,7	1,9	0,2	11,8	13,5	1,7
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,4	6,5	1,1	37,2	46,6	9,4
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	6,4	5,2	-1,2	38,3	37,3	-1,0
52 - Stabssenteret	13,4	15,0	1,6	93,0	105,1	12,1
62 - Felles	-479,9	-468,5	11,4	-3 188,8	-3 094,5	94,3
Totalt	1,0	3,3	-2,4	6,1	26,7	-20,5

Prognose

UNN har en prognose om et budsjettavvik på 37 mill kr for 2021.



Tertialrapport 2- 2021 for Universitetssykehuset Nord-Norge



Innhold	3
Krav i oppdragsdokument 2021	3
Pasientens helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder	3
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	5
Somatikk.....	5
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8
Samhandling med leverandører av private helsetjenester	10
Kvalitet i pasientbehandlingen.....	11
Kvalitetsutvikling.....	13
Samhandling med primærhelsetjenesten	13
Bemanning og kompetanse.....	14
Tilstrekkelig kvalifisert personell	14
Utdanning av legespesialister	14
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	14
Anskaffelsesområdet	14
Teknologi	15
Informasjonssikkerhet.....	15

Krav i oppdragsdokument 2021**Pasientens helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder**

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding
<p>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil nå målet i 2021.</p> <p>Andelen overholdte avtaler er ved utgangen av 2. tertial på 85 %. Ved utgangen av 1.tertial var denne på 87,1 %. Nedgangen tilskrives sommereffekt da dette er en sesongvariasjon. På grunn av etterslep er det tvilsom om UNN klare målet på 95% innen utgangen av 2021. Pasienter med reisevei har hatt utfordringer med å møte til oppsatt time. UNN fortsetter arbeidet med å øke andelen og vi det er en positiv trend mot slutten av 2020 og videre i 1.tertial 2021. Tiltak som det fortsettes med, og nye planlegges - som vil ha effekt både på kort og lengre sikt. Dette inkluderer utvidet åpningstider, jobbglidning, avstandsbasert behandling, effektivisering av operasjonskapasitet, avtaler med private aktører, ambulering og øke langtidsplanlegging.</p>			
4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil nå målet i 2021.</p> <p>Ved utgangen av august 2021 var andelen pasienter planlagt 6 mnd. frem i tid på 50 %. Det er en økning fra 46 % for samme periode året før. I 2020 var det en betydelig nedgang i andelen på grunn av utbruddet av Covid-19. For hele foretaket er nå andelen på samme nivå som før utbruddet av Covid-19. For somatisk virksomhet er andelen på 46 %, og for psykiatrisk virksomhet er den på 86 %. Indikatoren er for 2021 tatt inn som en av hovedindikatorene, og det er utviklet lokal indikator for klinikkene i HN-LIS med hyppig oppdatering og en mer kontinuerlig oppmerksomhet fra lederne. Arbeidet med å forbedre resultatene på indikatoren jobbes videre med i klinikkene i 2021.</p>			
5	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil nå målet i 2021.</p> <p>Andelen telefon- og videokonsultasjoner var i 2020 på 14,5 %. I 2021 har antallet falt tilbake til 12,1 % og vær relativt stabilt siden januar.</p> <p>Oppfølgingen av dette har i stor grad foregått i det enkelte fagområdet. Vi erkjenner at denne tilnærmingen ikke har hatt tilstrekkelig effekt og vil intensiveres arbeidet fra september 2021 med et innsatsteam fra stab som vil understøtte arbeidet i avdelingene. Det jobbes med å utvikle nye tiltak for å øke dette. Vi er også i dialog med St Olavs hospital som har hatt bedre måloppnåelse.</p>			

Det bemerkes at dette også krever et betydelig kulturarbeid rettet mot både enkelte fagmiljø og enkelte behandlere.

Det er lite sannsynlig at UNN vil oppnå for året som helhet innen 2021, men vi jobber mot å nå målet før årsskiftet.

6	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	--	-------------------------------	--------------------------------------

Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil nå målet i 2021. UNN er ved utgangen av 2. tertial nærmere oppfyllelse av gylden regel. Veksten i somatiske konsultasjoner er noe større enn for psykiatri. Den store økningen i ventetiden innen psykiatri tilsier at UNN ikke vil kunne innfri gyldne regel fullt og helt i 2021.

Den gyldne regel				
Funksjon	Måleparameter	2020	2021	Endring 20-21
Somatikk*	Økonomi	3 282 535	3 415 484	4,1 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	488 118	522 273	7,0 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	109 012	119 367	9,5 %
TSB	Økonomi	126 530	135 835	7,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	173 402	185 599	7,0 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	38 150	40 717	6,7 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	22 057	24 710	12,0 %
TSB	Konsultasjoner	9 005	9 866	9,6 %
Somatikk	Ventetid	67,8	72,1	6,3 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	59,8	73,8	23,4 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	48,3	50,8	5,2 %
TSB	Ventetid	32,8	34,4	4,9 %

*Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

7	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	-------------------------------	--------------------------------------

Oppfylt

Behovet for økte ressurser er vurdert i avdelingene Nevro-, hud- og revmatologi (NEHR) og Rehabilitering (REHAB) ved NOR-klinikken. Dette er meldt inn som ønsker til virksomhetsplanleggingen. Den økonomiske situasjonen i UNN begrenser muligheten for dette.

For øvrig henvises tilbakemelding i første tertialrapport.

10	Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	FIN, UNN,	2. tertial og Årlig melding
----	---	--------------	--------------------------------

		NLSH, HSYK	
<p><i>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>Behandlingslinjen for ervervet hjerneskade er under implementering, men forutsetter den forespeilede finansieringen på 5 millioner for 2022. Vedrørende etablering av fase 3-tilbud er det ikke vedtatt av Helse Nord RHF om dette skal etableres i regionen eller kjøpes fra Sunnaas</i></p>			

Sikre god pasient- og brukervedvirkning

14	<i>Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>Ordningen har hittil ikke vært gjenstand for systematisk evaluering. På grunn av et betydelig arbeid med å følge opp pandemien og innhente etterslep har evaluering ikke blitt prioritert.</i></p>			

15	<i>Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>UNN har avsatt ressurser ved Lærings- og mestringssenteret og vil høsten 2021 bidra til dette arbeidet som koordineres fra NLSH. Ungdomsrådet ved UNN vil bli involvert. I tillegg bemerker vi at Helse i Arbeid starter et nytt ungdomsprosjekt i samarbeid med Fylkeskommunen og NAV i løpet av september 2021. UNN bidrar også i sistnevnte.</i></p>			

16	<i>Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>Oppfylt.</i></p> <p><i>Brukerutvalget og Ungdomsrådet i UNN deltar i planleggingen og etableringen av Helsefelleskapet Troms og Ofoten. To representanter fra hhv. Brukerutvalget og Ungdomsrådet i UNN er faste medlemmer i Strategisk samarbeidsutvalg - SSU Troms og Ofoten.</i></p>			

Somatikk

20	<i>Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>Andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav. Hovedutfordringen synes å være</i></p>			

relatert til at det tar for lang tid fra beslutning om kirurgi til kirurgi utføres for brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Det bemerkes at alle pasientene er operert, og at operasjonene er utført innen medisinsk forsvarlig tid. Det er gjennomført møter med Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssjukehus for å lære av hvordan andre foretak, innenfor eksisterende operasjonskapasitet, klarer å sikre kortere ventetid fra behandling besluttes til kirurgi iverksettes. Konklusjonen er at operasjonsplanleggingen i UNN har vært for statisk, og at den tildelte kapasiteten ikke tar tilstrekkelig høyde for at antall kreftpasienter kan variere betydelig fra måned til måned. For eksempel var det i mars måned 30 % flere kreftpasienter enn måneden før, og dette har medført et etterslep på kirurgi. Fra august iverksettes det flere nye tiltak. Vi samarbeider med andre sykehus for å få gjennomført operasjonene. Operasjonsplanleggingen i UNN vil fremover gjøres mer dynamisk ved at antall operasjonsstuer tildelt kreftkirurgi justeres i tråd med behovet, samt at pasientene skal settes på operasjonsdato allerede på det multidisiplinære møtet der pasienten vedtas til kirurgi. Dette vil følges tett fremover. Situasjonen er ekstra krevende da det har vært mangel på anestesilegevikarer og sykemeldinger hos anestesi pga pandemien.

21	Å sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	---	-------------------------------	--------------------------------------

Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.

UNN har startet arbeidet ned etableringen av et barnepalliativt team. Det er nedsatt regional arbeidsgruppe og referansegruppe med bred representasjon og det er utarbeidet mandat for arbeidet. Arbeidsgruppen leverer rapporten til klinikkssjef i BUK innen 1. oktober 2021. Utredningen fra arbeidsgruppen behandles av lederne fra de andre deltakende avdelingene og Barne -og ungdomsklinikken.

22	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	---	-------------------------------	--------------------------------------

Oppfylt.

Alle som ønsker å utføre svangerskapsavbruddet på sykehuset får tilbud om dette. Oppfølging ved spontanabort: De blir oppringt av sykepleier i løpet av behandlingen og får samtidig tilbud om kontakt med Amatheia. Oppfølging av seinaborter: Får omfattende oppfølging fra sykehuset.

23	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	-------------------------------	--------------------------------------

Under arbeid, uklart om UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.

Viser til redegjørelse fra Helse Nord RHF i fagsjefmøtet 23.9.21. UNN avventer tilbakemelding fra RHF-et på dialog med HOD om hvordan og hvorvidt ordningen vil gjennomføres som initialt planlagt.

24	<p><i>Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helseinspektariatet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.</i> • <i>Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.</i> 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>NIPT er under etablering i UNN. Utstyr er innkjøpt og personell under opplæring. Det ble i september gjennomført risikoanalyse av det faglige og økonomiske mtp volum av analyser. UNN har en pågående prosess med å vurdere hvordan tilbudet kan etableres mest mulig kostnadseffektivt.</i></p> <p><i>Opplæring av helsepersonell i tidlig ultralyd er godt i gang i UNN og vi vil tilby tidlig ultralyd til alle gravide i vårt opptaksområde i løpet av 2022. UNN koordinerer arbeidet regionalt.</i></p>			
25	<p><i>Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.</i></p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>Oppfylt. UNN oppfyller de sterke anbefalingene i Nasjonal traumeplan. VI har følgende bemerkninger:</i></p> <p><i>-Traumeleder: det er vanskelig å bemanne det aktuelle vaksjiktet med personer som har fire års kirurgierfaring selv om disse har oppnådd de aktuelle læringsmålene for å ivareta rollen som traumeleder. Dersom en lege i vaksjiktet ikke har fire års kirurgerfaring ivaretas kravet ved at en annen lege går i vakt sammen med vedkommende og rykker ut som traumeleder.</i></p> <p><i>- Kompetanse hos medlemmene i traumeteamet overvåkes og følges i kompetansemodule.</i></p> <p><i>- Kravet om tverrfaglig traumesengpost er ivaretatt gjennom to dedikerte senger på Intensivmedisin med spesialtrent personell.</i></p>			
26	<p><i>Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.</i></p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding

Oppfylt. Det er tilsatt tarmscreeningskoordinator i 20 % stilling i Medisinsk klinikk Tromsø, Seksjon for fordøyelsesmedisin. Innføringen krever styrking av legebemanningen, som avklares i prosess med virksomhetsplan. Arbeidet med å utvikle arealer til screeningen er påbegynt.

27	I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.	UNN	2. tertial og Årlig melding
Oppfylt. Det er arrangert kurs i hemostatisk nødkirurgi ved Nordlandssykehuset 24.-25. februar og 16.-17. juni 2021. Planlagte nye kurs; 13.-14. oktober og 1.-2. desember.			

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

30	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å vurdere.			
Det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer knyttet til pakkeforløp. Vi er gjort kjent med at det fortsatt mangler støtte for PPHR 6.0.0 (nyeste versjon) i NPR-meldingen. Dette er kjent for HN-IKT og Fagavdelingen i Helse nord.			

31	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å vurdere.			
Det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer knyttet til pakkeforløp. Vi er gjort kjent med at det fortsatt mangler støtte for PPHR 6.0.0 (nyeste versjon) i NPR-meldingen. Dette er kjent for HN-IKT og Fagavdelingen i Helse nord.			

32	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å vurdere.			
Det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer knyttet til pakkeforløp. Vi er gjort kjent med at det fortsatt mangler støtte for PPHR 6.0.0 (nyeste versjon) i NPR-meldingen. Dette er kjent for HN-IKT og Fagavdelingen i Helse nord.			

33	<i>Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>I 2. tertial er 51 % av epikrisenes er sendt ut innen en dag. Det er fremdeles noe variasjon mellom enhetene i klinikken, men det arbeides fortsatt med tiltak for å øke andelen og oppnå måltallet. Tiltaksarbeidet er ikke prioritert da fokuset er på å redusere ventetid og fristbrudd.</i></p>			
34	<i>Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><i>Oppfylt.</i></p> <p><i>Hittil i 2021 er det 80 pasienter med tvangsmiddelvedtak, noe som er en reduksjon på 20 pasienter sammenlignet med 2020.</i></p>			
36	<i>Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><i>Oppfylt</i></p> <p><i>RVTS Nord leder kompetansenettverk for forebygging av selvmord, med oppstart i desember 2021. I løpet av høsten vil klinikken motta brev fra RHFet om å oppnevne deltakere fra PHRK til dette nettverket.</i></p>			
37	<i>Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><i>Oppfylt.</i></p> <p><i>Områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte ivaretas av voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Senter for Psykisk helse og rusbehandling Tromsø og ruspoliklinikken ved Rusavdelingen. Til grunn ligger en samarbeidsavtale mellom UNN, Tromsø kommune og Kriminalomsorgen om helse- og sosialtjenester til innsatte i Tromsø fengsel. Egen sak vedrørende organisering av områdefunksjonen vil bli behandlet av klinikkledelsen høsten 2021.</i></p>			
38	<i>Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><i>Oppfylt.</i></p> <p><i>RVTS Nord koordinerer det regionale fagnettverket for innsatspersonell.</i></p>			

--

39	I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
----	--	-------------------------------	-----------------------------

Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.

UNN har mottatt øremerkede bevilgninger fra Helse Nord som gjør at 3-4 fagpersoner er frikjøpt for å delta i aktuelle kompetansehevende tiltak. Arbeidet er startet.

40	I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen.	UNN	2. tertial og Årlig melding
----	---	-----	-----------------------------

Oppfylt.

Tilbudet er etablert. Per 1. september har 5 personer (alle menn) mottatt tilbudet. Alle er fra Troms og Finnmark, så det vil gjøres en innsats for å gjøre tilbudet kjent i Nordland. I tilknytning til dette anføres at det i løpet av høsten vil komme en informasjonskampanje i regi av Helsedirektoratet, der tilbudet i Nord-Norge lanseres offisielt. Det påregnes at dette vil medføre pågang av pasienter fra hele landsdelen. Det planlegges å utvide det kliniske tilbudet ved SIFER Nord til også å omfatte personer med seksuallovbruddsproblematikk, men som ikke inngår i målgruppene i de allerede etablerte tilbudene.

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

41	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Antall samarbeidsavtaler. • Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	-------------------------------	-----------------------------------

Oppfylt.

UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister (26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett). Avtalene knytter seg til 8 fagområder; Gynekologi 3 avtaler, indremedisin 5 avtaler, urologi 1 avtale, øyelege 7 avtaler, øre-,nese-,hals 3 avtaler, revmatolog 1 avtale, psykiater, 5 avtaler og psykolog 15 avtaler.

Avtalene er viktige for det videre arbeidet med å håndtere etterslepet som er oppstått som en konsekvens av utbruddet av Covid-19. Samhandlingen med avtalespesialistene har fått ny og høyst aktuell betydning for å klare å håndtere etterslepet. Ettersom situasjonen er endret i løpet av 2020 er det ikke laget egne rapporteringer på samarbeidet. Det planlegges for en ny situasjon der samarbeidet med avtalespesialistene vurderes som en del av den samlede kapasiteten.

Det har vært en pågående dialog med avtalespesialistene om å bidra med ventetider og fristbrudd, men tilbakemeldingen fra avtalespesialistene har i all hovedsak vært at deres kapasitet er fylt opp av primærhenvisninger fra kommunehelsetjenesten.

42	<i>Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<i>Oppfylt.</i>			
<i>UNN har inngått avtale med to private sykehus i Tromsø for å øke dagkirurgisk kapasitet slik at vi kan operere det etterslepet av inngrep som har oppstått i forbindelse med utbruddet av Covid-19. Dette inkluderer fagområder innen plastikkirurgi, ortopedi, nevrokirurgi og øre-nese-hals. Avtalen inkluderer leie av anestesi og operasjonsressurser, mens UNN bidrar med kirurg.</i>			
<i>For øvrig benyttes ulike regionale avtaler om kjøp av tjenester, herunder radiologi der undersøkelser sendes fra UNN til privat røntgeninstitutt for granskning.</i>			

Kvalitet i pasientbehandlingen

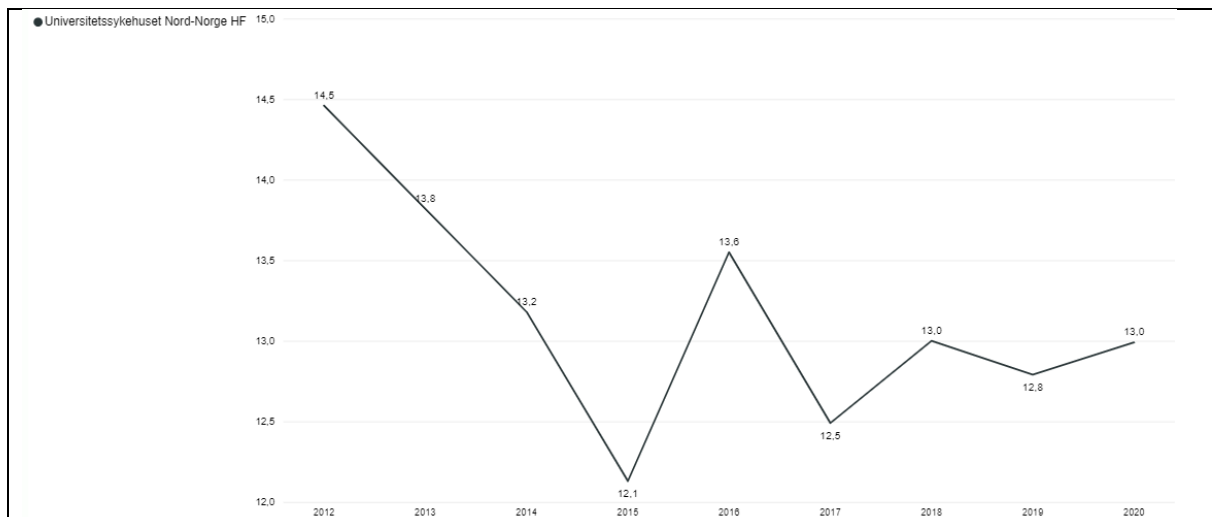
43	<i>Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</i>	<i>Alle</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<i>Oppfylt. Viser til redegjørelse 1. tertial:</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <i>• I LGG 2021 besluttet direktøren å styrke arbeidet med psykologisk trygghet, som del av oppfølgingen av faktoren sikkerhetsklime i Forbedrings undersøkelsen.</i> <i>• Videreføre arbeidet med å etablere et helhetlig system for å se på funn samlet og på tvers av avvik, pasienthendelser, varslede 3-3a, hendelsesanalyser, interne revisjoner og risikovurderinger. Vi har de siste par år registrert at det utarbeides mange tiltaksplaner og mange av tiltakene går igjen. Den helhetlige tilnærmingen skal bidra til at vi forener kreftene i oppfølgingsarbeidet.</i> <i>• Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.</i> <i>• Presentere enkelte hendelsesanalyser for styret.</i> <i>• Arbeidet med klinisk kommunikasjon er langsgående og vil bestå av ulike tilnærminger i årene framover.</i> 			
<i>I fortsettelsen har vi jobbet med å videreutvikle arbeidene med:</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <i>• Psykologisk trygghet – som ledd i oppfølgingen av faktoren sikkerhetsklime, i Forbedrings undersøkelsen, er psykologisk trygghet satt som hovedtema på UNNs årlige KVAM-dag, 21. oktober 2021.</i> <i>• Hendelsesanalyser – der vi gjennom samarbeid med Harstad kommune bruker hendelsesanalyse som metodikk til undersøkelse og beskrivelse av de bakenforliggende</i> 			

<p>årsaker når det oppstår utfordring og svikt i samhandling om pasientoverføring mellom omsorgsnivåene. Arbeidet ble igangsatt i februar 2020. Covid-19-pandemien har forårsaket noen forsinkelser, men rapporten fra analysearbeidet er i slutfasen og skal etter planen være ferdigstilt i løpet av oktober 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hendelsesanalyser presentert for styret – Det er besluttet at UNN-styret skal få presentert hendelsesanalyser på enkeltpasienthendelser. Den første som blir presentert er hendelsesanalysen som er gjort i samarbeid med Harstad kommune, på styreseminar for UNN-styret i november 2021.</i> • <i>Klinisk kommunikasjon – Det er til nå gjennomført 3 kurs i «4 gode vaner» og ytterligere to er planlagt høsten 2021. e-læring «Klinisk kommunikasjon» er under utarbeidelse, og forventes ferdigstilt i løpet av høsten 2021. Overgangen fra TILT til NEWS2 inngår i e-læringen.</i> 			
---	--	--	--

44	<i>Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.</i>	<i>SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</i></p> <p><i>Den regionale legemiddel komitéen (RLMK) ble restartet rett før sommener 2021, med medlemmer fra alle foretakene og sekretær fra Helse Nord RHF. Komitéen utgjør arbeidsgruppen for oppdraget og skal ha sitt første møte 8.september 2021.</i></p> <p><i>Komiteens arbeidsutvalg (AU) har avholdt et første møte der begrepet «høykostlegemidler» ble diskutert. AU ønsker å ha hovedfokus på helseforetaksfinansierte legemidler (H-legemidler), som inngår i nasjonale innkjøpsavtaler (LIS) og administreres av Sykehusinnkjøp HF. UNN og Finnmarkssykehuset har i løpet av det siste året opparbeidet seg nyttige erfaringer med hensyn til etterlevelse av avtalene, som vil danne grunnlaget for implementering av oppdraget regionalt. Arbeidet er i rute og oppdraget forventes fullført i løpet av 2021.</i></p>			

45	<i>Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.</i>	<i>SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><i>Oppfylt.</i></p> <p><i>Styret får månedlig presentert en pasienthistorie muntlig og skriftlig oversikt over siste § 3-3a- varsler. Vedlagt er kopi av skriftlig oversikt fra styremøtet 19. mai 2021.</i></p>			

46	<i>30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	-----------------------------	--



Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.

Antall definerte døgndoser var 3. tertial 2020 13,3 pr 100 liggedøgn. For hele landet var denne 15,6 pr 100 liggedøgn. UNN ligger noe under inngangsverdien fra 2012 som var på 14,5. Det er tertialvis mindre variasjon i perioden 2017 – 2020 og bruken er innenfor et mindre intervall samt på et lavere nivå enn tidligere. Reduksjonen er ikke på 30%, men UNN var og er et av helseforetakene med lavest forbruk av bredspektret antibiotika. Arbeidet med dette fortsetter og vil konsentreres rundt enheter med størst forbruk av bredspektrede antibiotika.

Det bemerkes at UNN siden 2012 har vært blant foretakene med lavest forbruk av antibiotika. Potensialet til å redusere forbruket har derfor vært lavere i UNN enn i sammenlignbare helseforetak.

Kvalitetsutvikling

51	Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.	Alle	2. tertial
Oppfylt. Styresaken om ledelsens gjennomgang er vedlagt.			

Samhandling med primærhelsetjenesten

63	Etablere helsefelleskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Oppfylt. Helsefelleskapet Troms og Ofoten ble etablert 22. april 2021.			

64	Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget.			

Samhandlingsavdelingen fremmer sak 21. september til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) for å starte drøfting og planlegging av prosess. Til nå har UNN avventet Stortingsbehandling av lovforslag og endring/inntak av §6-2 pkt. 12 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Sak til SSU juni og sept. om prioritering av innsatsområder. FSU barn og unge og FSU psyk. og rus under etablering. Arbeid med gruppene kronisk syke og eldre ivaretas gjennom stormottakerprosjektet.

Bemanning og kompetanse

Tilstrekkelig kvalifisert personell

68	Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.	Alle	2. tertial
Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.			
87 medarbeidere er registrert med ufrivillig deltid i UNN per 28.09.2021. Arbeidet med handlingsplanen for å redusere ufrivillig deltid i UNN er forsinket pga omprioritering av arbeidsoppgaver i forbindelse med Covid-19.			

Utdanning av legespesialister

73	Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UAO.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt. Funksjonsbeskrivelse for utdanningsansvarlig overlege ble vedtatt i UNNs ledermøte i juni 2021. Alle aktuelle avdelinger/seksjoner har fått i oppdrag å utpeke UAO innen utgangen av 2021			

74	Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.			
UNN sender ut påminnelse til alle LIS om dette gjennom Kompetansemodule to ganger årlig, en måned før fristen 1.3. og 1.9.			

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Anskaffelsesområdet

87	Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.	Alle	Tertialrapporter
Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.			
Planen er under utarbeidelse, men avhenger av sentrale rutiner i det regionale prosjektet «Innkjøp 2023» som ennå ikke ferdigstilt.			

88	Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Alle	Tertialrapporter
<p>Under arbeid, lite sannsynlig at UNN vil oppfylle oppdraget i 2021.</p> <p>UNN har system for å implementere innkjøpsavtaler og derigjennom realisere gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler, men den oppfølgingen av dette er ikke tilstrekkelig aktiv. Dette vil igangsettes et arbeid for å styrke i løpet av høsten 2021.</p>			

Teknologi

Informasjonssikkerhet

109	<p>Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet • resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner • oppsummering fra avviksrapportering • behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet 	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Oppfylt. Status for handlingsplan i UNN ble presentert for styret 19.05.2021 (styresak 47/2021)</p>			



STYRESAK

Styresak:	52/2021
Møtedato:	19.05.2021
Arkivsak:	2021/4-4
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 19.05.2021

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret *-muntlig*
2. Klinikkpresentasjon – Kirurgi, -kreft og kvinnehelseklinikken
3. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF – *skriftlig*

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Tromsø, 07.05.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	19.05.2021
Arkivsak:	2021/168-2
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Orientering om § 3-3-a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN HF

Bakgrunn

UNN HF skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Formål

Orientere styret om alvorlige hendelser ved UNN som er varslet til Helsetilsynet.

Saksutredning

I perioden 01.01-30.04.2021 har UNN sendt 7 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 4 varsler er overført til Statsforvalter for tilsynsmessig vurdering
- 2 varsel er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
- 1 varsel er under vurdering hos Statens helsetilsyn

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vurdering

UNN varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. UNN gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.



2021

Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og interne forbedringstiltak*
Ikke-forventet utilstrekkelig oksygentilførsel umiddelbart etter fødsel.	Intensivbehandling	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Den viktigste underliggende årsaken synes å være brist i kommunikasjon forårsaket av forskjellige journalsystem for gravide i kommunen og i sykehusene. Risikoområdet hendelsen avslørte er tatt med i arbeidet med nytt fødesystem i Helse Nord. Det gjøres flere mindre risikoreduserende tiltak i UNN.
Pasient døde av hjertestans etter urologisk operasjon.	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Ingen holdepunkt for svikt.
Selv mord etter utskrivelse fra frivillig innleggelse i psykisk helsevern	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Et viktig forbedringspunkt er kommunikasjon med pårørende og at pårørende kunne vært bedre inkludert i tvangsvurderingen. I ettertid innskjerpet rutiner for å inkludere pårørende i tvangsvurderinger.
Pasient døde av blodpropp etter hjerteoperasjon.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Ikke funnet holdepunkt for svikt som kunne påvirket utfallet, men dokumentasjonen før operasjonen var ikke tilstrekkelig. Denne dokumentasjonen er viktig for kommunikasjonen mellom alle deltagerne i behandlingsforløpet. I ettertid styrket systematikken for dokumentasjon av beslutningsnotat og tverrfaglige møter.
Selv mord etter utskrivelse fra frivillig innleggelse i psykisk helsevern	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Under intern gjennomgang



For høy dose narkoselegemiddel ved operasjon.	Forlenget oppvåkning	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Selv mord hos pasient som ble behandlet i poliklinisk psykisk helsevern	Død	Ja	Under vurdering hos Statens helsetilsyn	Under intern gjennomgang



ORIENTERINGSSAK

TIL:	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
TITTEL:	Orientering om varsler til Helsetilsynet fra UNN
MØTEDATO:	16.9.2020
SAKSBEHANDLER:	Haakon Lindekleiv

Bakgrunn

UNN HF skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Formål

Orienterer styret om alvorlige hendelser ved UNN som er varslet til Helsetilsynet.

Saksutredning

I perioden 1.1-30.6.20 har UNN sendt 13 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 6 varsler er overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering
- 1 varsel er under vurdering av Helsetilsynet
- 1 varsel er overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering av annet helseforetak
- 5 varsler er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vurdering

UNN varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. UNN gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.


Oversikt over §3-3a varsler ved UNN 1.1.2020- 30.6.2020

Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og interne forbedringstiltak*
Planlagt inngrep ble strøket pga. manglende kapasitet intensiv.	K3K	Ingen skade	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.	Styrt endring i operasjonsprogram på grunn av mange pasienter på Intensiv.
Komplikasjon under akutt undersøkelse av hjertets kransårer	HLK	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.	Intern gjennomgang avdekket ikke svikt.
Pasient funnet død i sengen.	K3K	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.	Intern gjennomgang avdekket ikke svikt.
Komplikasjon under akutt undersøkelse av hjertets kransårer.	HLK	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.	Intern gjennomgang avdekket ikke svikt.
Pasientskade ved annet sykehus som ble oppdaget ved overflytting til UNN.	K3K	Alvorlig skade	-	Tilsynsmessig oppfølging av annet helseforetak	Godt håndtert etter at pasienten ankom UNN.
Komplikasjon i forbindelse med kirurgi	K3K	Alvorlig skade	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.	Intern gjennomgang avdekket ikke svikt.
Pasient begikk selvmord under poliklinisk behandling i psykisk helsevern.	PHRK	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Tydeligere samhandling med fastlege.
Overdose med legemiddel ved lokalsykehus. Overflyttet til UNN etter to dager og døde.	MIK	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Godt håndtert etter at pasienten ankom UNN.
Forsinket diagnostikk og behandling av hjerteinfarkt.	PHRK	Alvorlig skade	Ja	Under vurdering av Helsetilsynet	Styrke kommunikasjon mellom vaktlag ved uavklart somatisk sykdom. Gjennomgå interne rutiner for pasienter som motsetter seg undersøkelse og behandling.
Pasient begikk selvmord under innleggelse.	PHRK	Død		Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Stanstefonen fungerte ikke, men dette hadde ikke betydning for utfallet. Korrigert.
Pasient døde noen dager etter planlagt kreftkirurgi.	K3K	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang.



Kritisk syk pasient døde under akutt undersøkelse. Strømvavbrudd i løpet av prosedyren som kan ha medvirket til forløpet.	HLK	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Årsaken til dødsfallet vurderes å være pasientens grunntilstand. Likevel flere forbedringspunkter: - Sikre varsling ved strømstans - Revidere prosedyrer og rutiner ved strømstans. - Etablere avbruddsfri strømforsyning på angiografilabene.
Kritisk syk pasient døde i forbindelse med inngrep.	HLK	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Naturlig dødsfall, men det kan ikke utelukkes at komplikasjon under operasjon kan ha medvirket til utfallet.



STYRESAK

Styresak:	49/2021
Møtedato:	19.05.2021
Arkivsak:	2021/3855-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Ledelsens gjennomgang

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2020* til etterretning, og ber direktøren følge opp de besluttede tiltakene.

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Bakgrunn

Ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører årlig en systematisk evaluering av helse, miljø og sikkerhet (HMS) og kvalitetsledelsessystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om foretaket. Formålet er å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang er hjemlet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF.

Formål

Informere styret om vurderinger og vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang 2020.

Saksutredning

Ledelsens gjennomgang 2020 ble gjennomført 13.04.2021. Grunnlaget for ledelsens gjennomgang er tilbakemelding på klinikkens systematiske HMS og kvalitetsarbeid. Ledergruppen gjennomgikk status på hovedområdene, diskuterte og vedtok tiltak (se vedlegg).

Utbruddet av Covid-19 påvirket virksomhetsåret 2020 på mange måter. Noen oppgaver ble satt til side, noen gikk som planlagt og nye oppgaver relatert til utbruddet av Covid-19 ble lagt til.

Avvikssystemet og Hendelsesanalyser

UNN har en god meldekultur og forståelse av varslingsplikten. Et viktig forbedringsområde vil være å lære mer om hvordan brudd på informasjonssikkerhet kan oppstå. Det planlegges å småskalateste hendelsesanalyse på et avvik vedrørende brudd på informasjonssikkerhet. Et annet forbedringsområde er å sikre oppfølging og læring på tvers av det som er meldt og varslet.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Resultatene fra Forbedring 2020 viser en positiv utvikling. Direktøren vil trekke frem sikkerhetsklima som et viktig forbedringsområde der det fortsatt er mange enheter med for lavt score. Det vises her til at sikkerhetsklima er en viktig forutsetning for både godt arbeidsmiljø og god pasientsikkerhet, samt krav i Oppdragsdokumentet 2021 om å styrke resultatene for sikkerhetsklima. Arbeidet med å sikre koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet videreføres i 2021.

Etablering av egen testenheter for Covid-19 i UNN og rådgivningstjenesten Psykososialt team, har vært viktige tiltak i forbindelse med utbruddet av Covid-19. Tilbakemeldingen fra medarbeidere er at belastningen ved vold og trusselsituasjoner oppleves krevende, og at oppfølging fra et psykososialt team også vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak i fortsettelsen.

Dokumentstyring

Antall dokumenter i dokumentstyringssystemet øker fortsatt. Et betydelig antall dokumenter i Docmap har passert revisjonsfrist. For å sikre kvaliteten på dokumentene skal hver klinikk og senter utarbeide en tidfestet plan for revidering. Et annet viktig forbedringsarbeid vil være å utarbeide en felles struktur for dokumentksamlinger.

Interne revisjoner

Interne revisjoner benyttes i økende grad i kvalitetsarbeidet. Akkrediterte enheter har lang erfaring i å bruke funn fra interne revisjoner til læring og forbedring. Erfaringer fra akkrediterte enheter vil brukes til læring på tvers.

Kompetansestyring

Utbruddet av Covid-19 medførte økt behov for teoretisk og praktisk opplæring i smittevern. Kompetansemodulet har vært vesentlig i denne opplæringen samt dokumentasjon av gjennomføringsgraden. Det anbefales å identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføringsgrad, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.

Pasientsikkerhet

Som et ledd i synliggjøring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN startet direktøren med pasientsikkerhetsvisitter høsten 2020. I den videre utviklingen av pasientsikkerhetsarbeidet vil risikovurdering benyttes til å identifisere viktige drivere for pasientsikkerheten, og tilpasse tiltakene etter risikobildet. Det er viktig å styrke sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i UNN. Dette er også omtalt over i avsnittet om Helse, miljø og sikkerhet.

Risikostyring

Arbeidet med å implementere *Regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord* er forsinket på grunn av utbruddet av Covid-19, men vil bli videreført i 2021. Styret vil orienteres om dette i egen sak i løpet av nærmeste fremtid.

Operasjonsvirksomhet 2020

Det vil jobbes videre med styringssystem for operasjonsvirksomheten. Prosess for å definere indikatorer, måltall og tiltak gjennomgående fra overordnet til operativt nivå igangsettes i 2021.

Personvern og informasjonssikkerhet

Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* (15.12.2020) har vist at alle helseregioner har vesentlige svakheter i informasjonssikkerhetsarbeidet. Dette vil bli gjenstand for tett oppfølging i alle helseregioner de kommende årene.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet er fortsatt ikke godt nok utarbeidet på foretaksnivå i UNN. Implementering av revidert styringssystem for informasjonssikkerhet vil fortsette i 2021. Det vurderes viktig å gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA. Ferdigstilling av protokoll over personopplysningsbehandlinger gis høy prioritet. Et annet viktig forbedringsområde er å øke bevissthet om informasjonssikkerhet gjennom kompetansebygging og kulturarbeid.

Smittevern

Smittevernarbeidet har hatt høyt fokus i alle enheter i UNN. Utbruddet av Covid-19 har med stor sannsynlighet ført til bedre etterlevelse av en rekke retningslinjer innenfor smittevern. For å nå målet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % sammenlignet med 2012, skal det jobbes med å innskjerpe lederoppfølgingen.

Miljøledelse - Grønt sykehus

Alle klinikker og sentre har fått på plass miljøkontakter. Miljøkontaktene skal bidra til oppfølging av forbedringsområdene i klinikkene og sentrenes egenvurderinger for ytre miljø. UNN har fått i oppdrag og lede etableringen av felles regionalt miljøstyringssystem i foretaksgruppen.

Beredskap

Det totale beredskapsplanverket er omfattende og komplekst. Det ble gjort et stort arbeid med revidering og videreutvikling av planverket i 2020. I fortsettelsen vil det særlig fokuseres på å ferdigstille plan for IKT-beredskap, og plan for radioaktive og nukleære hendelser. Etablering av kontinuerlig plan for øvelser vurderes også viktig. UNN skal delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 18. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 19.05.2021.

Vurdering

Ledelsens gjennomgang sikrer at UNN ivaretar kravene til årlig systematisk evaluering og forbedring av HMS og kvalitetsledelsessystemet. Direktøren ønsker særlig å styrke

oppfølgingen av informasjonssikkerhetsarbeidet, implementering av revidert Regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord i organisasjonen og styrke sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

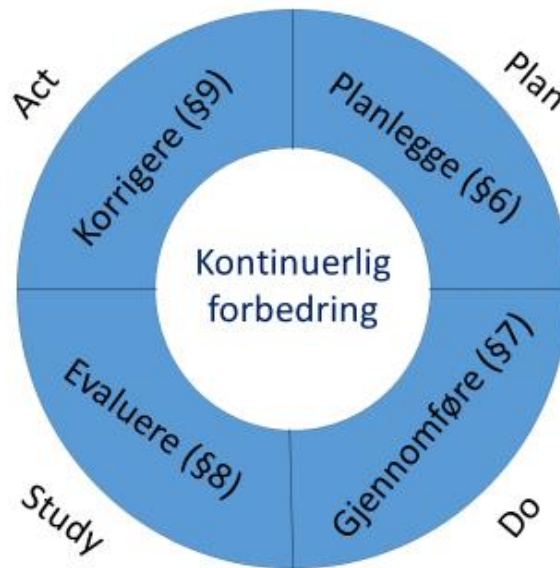
Utbruddet med Covid-19 har påvirket oppfølgingen av flere områder i ledelsens gjennomgang. Dette gjelder også innføringen av ny modell for ledelsens gjennomgang. Det er imidlertid gjort piloter i flere enheter. Erfaringene fra pilotene er at den nye modellen styrker forståelsen for virksomhetsstyringen i organisasjonen og rollen til ledelsens gjennomgang i dette. Når alle klinikker og senter gjennomfører LGG vil relevante tiltak aggregeres fra klinikk-/senter til foretaksnivå.

Tromsø, 07.05.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang 2020



Ledelsens gjennomgang 2020

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innledning.....	2
Hovedområde Avvikssystem 2020.....	2
Anbefalinger til 2021.....	2
Hovedområde Hendelsesanalyser 2020	3
Anbefalinger til 2021.....	4
Hovedområde Systematisk HMS 2020.....	4
Anbefalinger til 2021.....	6
Hovedområde Dokumentstyring 2020	6
Anbefalinger til 2021.....	7
Hovedområde Intern revisjon 2020.....	7
Anbefalinger til 2021.....	8
Hovedområde Kompetansestyling 2020	8
Anbefalinger til 2021.....	9
Hovedområde Pasientsikkerhet 2020.....	10
Anbefalinger til 2021.....	11
Hovedområde Risikostyring 2020.....	11
Anbefalinger til 2021.....	12
Hovedområde Operasjonsvirksomhet 2020	12
Anbefalinger til 2021.....	13
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2020.....	13
Anbefalinger til 2021.....	14
Hovedområde Smittevern 2020	15
Anbefalinger til 2021.....	16
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2020	16
Anbefalinger til 2021.....	18
Hovedområde Beredskap 2020	18
Anbefalinger til 2021.....	19
Tiltak fra pilotklinikkenes LGG 2020	20
Anbefalinger til 2021.....	20
Ledelsens gjennomgang 2020 – tiltaksliste.....	21

Innledning

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang (LGG) 9.1.19 (sak 8.18-2), i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Implementeringsperioden foregår frem til 2022. Ny modell ble gjennomført i seks pilotklinikker på avdelings og klinikknivå og et senter vinteren 2021. Videre utrulling av nye LGG pågår, men er forsinket som følge av utbruddet av covid-19. Grunnlaget for LGG 2020 på foretaksnivå er tilbakemeldinger innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

Formål

LGG er en årlig systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Hovedområde Avvikssystem 2020

Mål og planer

Det var ingen tiltak i LGG 2019 på dette hovedområdet

Gjennomføring og evaluering

Tabell 1 viser oversikt over meldte avvik i 2019 og 2020. Det ble i 2020 meldt færre avvik på forhold som ikke var relatert til pasientbehandlingen. Eksempler på dette er logistikk, utstyr og organisering. Antall meldte pasienthendelser var stabilt.

Tabell 1 Oversikt over avvikstyper

Avvikstyper	2019	2020
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916
Pasienthendelsesskjema UNN	1977	1994
Avvik for laboratorier på UNN	922	665
Skademelding personal, UNN	691	687
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313
Forbedringsforslag for UNN	274	215

Det vurderes at UNN har en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Vi har ikke funnet en entydig forklaring på nedgangen i antall avviksmeldinger, men dette kan være betinget i redusert aktivitet og andre forhold relatert til utbruddet av covid-19. Det anbefales også å sikre oppfølging og læring på tvers av det som er meldt og varslet.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Hendelsesanalyser 2020

Mål og planer

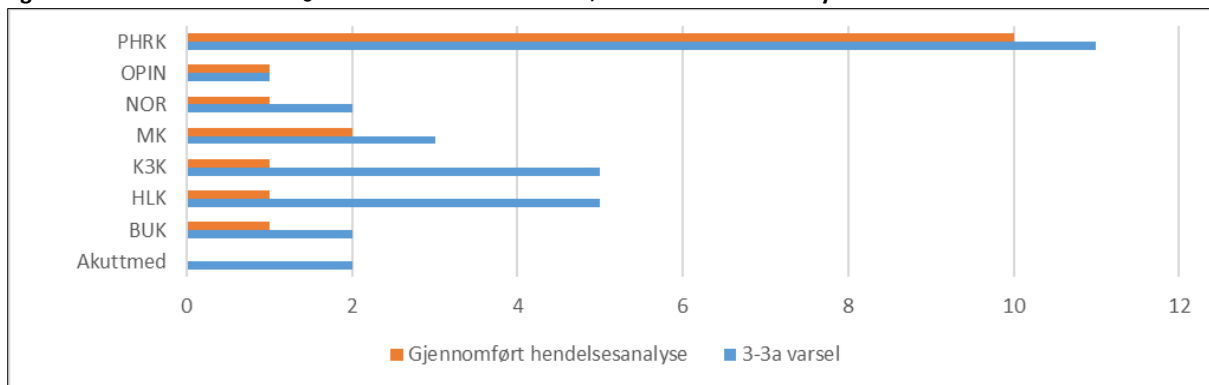
Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablere et system for å se funn samlet og på tvers av rapporter (blant annet fra interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og avvik) og nivåer i organisasjonen. Oppfølging innarbeides i Dialogavtalen.	Fag- og kvalitetssenteret	1.5.21	

Gjennomføring og evaluering

UNN har målsetning om å vurdere gjennomføring av hendelsesgjennomganger på alle hendelser som varsles etter Specialisthelsetjenesteloven §3-3a innen utgang av 2021. I 2020 ble 31 alvorlige pasienthendelser varslet til Helsetilsynet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

Det ble gjennomført forenklet hendelsesanalyse på 17 av pasienthendelsene og én fullverdig hendelsesanalyse. Figur 1 viser andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyse fordelt på klinikkene. Andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyse økte fra 48,8% i 2019 til 58,1% i 2020.

Figur 1 Oversikt over andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyser i UNN 2020



Systemet for hendelsesanalyser vurderes å ikke være fullt implementert i UNN. Utfordringer knyttet til gjennomføringsgraden på forenklet hendelsesanalyse skyldes flere forhold:

- *Utbruddet av covid-19:* Merarbeid knyttet til endringer i oppgaveløsning i en «ny hverdag» antas også ha betydning for gjennomføringsgrad.
- *Kjennskap til metode og mengdetrening:* Det varsles få alvorlige pasienthendelser fra hver avdeling/klinikk. Ledere gir tilbakemelding på usikkerhet knyttet til gjennomføring av analyse. Det anbefales at minst en av de to som skal lede analysearbeidet har erfaring med gjennomføring av forenklet analyse.

Opplæring i forenklet hendelsesanalyse er en kritisk faktor for å sikre kompetanse, og dermed styrke gjennomføringsgrad av analyser. På grunn av utbruddet av covid-19 ble det ikke gjennomført undervisning i 2020. Kurset innebærer mye dialog gjennom erfaringsdeling og case-arbeid i gruppe. Skype er ikke egnet for denne type kurs. Gjennomføring av kurset på WEB avventes til Teams er tilgjengelig for alle i UNN.

Metoden for fullverdig hendelsesanalyse er pilotert på administrative/HMS-relaterte hendelser hvor pasient ikke er involvert. Erfaringer fra analyser på administrative/HMS-relaterte hendelser er

utelukkende positive. Det anbefales å småskalateste hendelsesanalyse på avvik vedrørende brudd på informasjonssikkerheten.

UNN startet i 2020 etableringen av et helhetlig system for å se på funn etter hendelsesanalyser samlet og på tvers. Et eksempel på dette er å sammenstille funn i læringsnotater. Hensikten med læringsnotatene er å synliggjøre hvilke funn som går igjen på tvers av rapporter og gi klinikksjefer muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikksjefer	31.12.21
Etablere retningslinje med tilhørende prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21
Hendelsesanalyse skal prøves ut i småskalatest på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan avviket kan skje.	Fag- og kvalitetssenteret/ Klinikker og stabssenter	1.9.21

Hovedområde Systematisk HMS 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablering av ei arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra ulike deler av HMS-feltet, som gis mandat å utarbeide forslag til mål, krav og implementeringsplan for HMS-arbeidet i UNN.	Personal og organisasjon/ Fag- og kvalitetssenteret/ Foretakscontroller/ Drifts- og eiendomssenteret/ Diagnostisk klinikk / Arbeids- og miljømedisinsk avdeling	1.5.21	
Gjennomgå arbeidet i KVAM-utvalgene i UNN og foreslå hvordan vi bedre kan jobbe samlet med HMS og kvalitet/pasientsikkerhet.	Fag- og kvalitetssenteret	1.3.21	

Oppdragsdokument

- Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF.

Andre relevante forhold

- ForBedringsundersøkelsen 2020: minimum 70% deltakelse og alle enheter skal ha egen handlingsplan som følges opp
- HMS måldokument 2020-2021
- Sikre koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Gjennomføring og evaluering

På grunn av utbruddet av covid-19 ble det nødvendig å innføre mange nye tiltak for å ivareta et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Mye av det planlagte arbeidet på HMS-området ble ikke fullført og videreføres i 2021.

Svarprosenten på *Forbedringsundersøkelsen* ble 78,8 % i 2020 (73,7 % i 2019 og 73,2 % i 2018). Det er små endringer, men tendensen er positiv. Temaområdene: *Arbeidsforhold* (+2,1), *Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid* (+3,3) og *Oppfølging* (+2,1) øker mest. Under tema *Oppfølging* er det verdt å merke seg at enkeltpåstanden «*Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedringskartleggingen*» øker med 3,2 poeng. Resultatene for sikkerhetsklime er styrket siden 2018 (+2,6 poeng), men det er fortsatt for mange enheter med lavt score på sikkerhetsklime. Økningen under tema *Oppfølging* regnes som et svært sentralt resultat, da opplevelsen av å bli involvert i oppfølgingsarbeidet legger grunnlaget for å få effekt ut av denne type undersøkelser. Den svakt positive tendensen følger utviklingen fra 2018 og understreker det langsiktige perspektivet man må ha i denne type arbeid på foretaksnivå. Det foreligger ikke en samlet oversikt over oppfølgingsarbeidet i 2020. I 2018 og 2019 lå andelen enheter i UNN med egen handlingsplan på i overkant av 70 %. På grunn av utbruddet av covid-19 ble det ikke gitt slikt krav for oppfølgingen i 2020. Klinikkerne fikk ansvar for å behandle resultater og lokale oppfølgingsplaner i KVAM-utvalgene.

I 2020 har *risikovurdering og tiltaksarbeid på HMS-området* i hovedsak rettet seg mot smittevern/biologiske faktorer i arbeidsmiljøet. Støttefunksjoner har bistått i risikovurdering på gruppe- og individnivå, spesielt i tilfeller der personell med underliggende sykdom har hatt behov for risikoreduserende tiltak. Arbeidet har vært krevende, særlig med tanke på knapphet på tid og hurtige endringer og begrenset kunnskapsgrunnlag på covid-19. Det vurderes likevel å ha fungert tilfredsstillende. Etablering av egen testenheter for covid-19 i UNN har vært et sentralt tiltak for å hindre smitte blant pasienter og personell, samt sikre forsvarlig beredskap for å ivareta pasienter og arbeidsmiljø.

Det er gjennomført risikovurderinger i Psykisk helse- og rusklinikken og satt fokus på å *redusere og håndtere vold og trusselsituasjoner* gjennom fagdager og undervisning. Før utbruddet med covid-19 ble det jobbet med å utvide undervisningsoppleggene «*Forståelse og mestring av aggresjon*» og «*Møte med aggresjonsproblematikk*» i UNN. Tilbud om opplæring til øvrige enheter der det foreligger risiko for trusler og vold videreføres som planlagt i 2021. Ansatte har etterspurt rutiner for hvordan håndtere trusler fra 3. part (pårørende). Det må vurderes hvordan det kan tas inn i eksisterende rutiner.

Utbruddet av covid-19 har krevd mye av ansatte og ledere. Sykehusprestetjenesten har bidratt med *kollegastøtte* i form av undervisning, oppfølging av arbeidsmiljø og enkeltpersoner etter alvorlige hendelser, veiledningsgrupper og enkeltsamtaler med ansatte. Det har de senere år vært økende etterspørsel etter kollegastøtte, og det gis svært positive tilbakemeldinger på dette tiltaket. Prestetjenesten kan ikke alene ivareta det økende behovet i organisasjonen.

UNN etablerte rådgivningstjenesten *Psykososialt team* som tilbyr støtte og rådgivning til medarbeidere og ledere. Teamet består av psykologer, spesialrådgivere og sykepleiere. Hensikten er å støtte medarbeidere og ledere til å stå i arbeid og forebygge stressbelastninger. Det psykososiale teamet fikk økende antall henvendelser ut over 2020. I tillegg valgte en del ledere å henvende seg til Personal- og organisasjon for støtte i vanskelige situasjoner. Tilbakemelding fra medarbeidere er at

belastningen ved vold og trusselsituasjoner oppleves krevende, og at oppfølging fra et psykososialt team vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak.

UNN og UiT igangsatte forskningsprosjektet «Sykehusledelse i koronaens tid – læring til bruk etter korona». Sommeren 2020 ble det gjennomført intervjuer med ledere på ulike nivåer og ulike geografiske lokalisasjoner. Forskningsprosjektet følges opp med ny intervjurunde i februar 2021.

En annen undersøkelse «Endringer ved gul beredskap UNN» fokuserte på hvordan ansatte var berørt av og hvordan pandemien påvirket pasientsikkerhet og kvalitet. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2020. Brukere ble invitert til å dele sine erfaringer via UNNs internettside. Resultatene er fulgt opp internt, presentert for Helse Nord RHF og i ulike nasjonale fora.

Funn ved pasientsikkerhetsvisitter har understreket viktigheten av å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet samlet. Eksempler på dette er psykologisk trygghet og bemanningsstabilitet.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.	Personal- og organisasjon	1.9.21
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det psykososiale støtteteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjon	1.12.21
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet	Personal- og organisasjon	1.12.21

Hovedområde Dokumentstyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Igangsette prosess for å kvalitetssikre/ivareta gjennomgang av lokale sykepleierprosedyrer, innføring av regionale kunnskapsbaserte sykepleierprosedyrer (VAR) og behandlingsplaner i DIPS Arena.	Fag- og kvalitetssenteret	1.12.20	
Småskalateste system for kontinuerlig rydding av dokumentsamlinger	Fag- og kvalitetssenteret	1.2.21	

Gjennomføring og evaluering

UNN HF har 27499 dokumenter i Docmap (25627 i 2019). 14414 av disse er prosedyrer (13671 i 2019). Utbruddet av covid-19 har generert behov for utarbeidelse av nye dokumenter, alt fra pandemiplaner til lokale prosedyrer. Et betydelig antall dokumenter i Docmap har passert revisjonsfrist uten at dokumentet er revidert og godkjent. Se tabell 2 for fordeling per klinikk/senter.

Tabell 2 oversikt dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikker/senter

Klinikk og senter	Totalt antall dokumenter	Passert revisjonsdato per 1. april 2021
Diagnostisk	7960	463
OPIN	3627	633
K3K	3237	580
Med	2642	188
UNN HF	2180	220
BUK	2166	157
NOR	1314	98
PHRK	1232	181
HLK	1112	104
Akuttmedisinsk	1071	339
Drift- og eiendom	642	9
Personal- og organisasjon	199	28
Forskning - og utdanning	162	6
E-helse, samhandling og innovasjon	68	7
Økonomi- og analyse	39	6
Fag- og kvalitet	29	0
Kommunikasjon og kultur	14	0

Det pågår et regionalt arbeid med å implementere kunnskapsbaserte sykepleierprosedyrer (VAR Healthcare) og behandlingsplaner i den nye elektroniske pasientjournalen (DIPS Arena). Lokal prosess for å ivareta gjennomgang av lokale sykepleierprosedyrer er forsinket på grunn av utbruddet av covid-19.

Det ble igangsatt et forbedringsarbeid for å få oversikt over og kartlegge bruk av eksisterende lokale sykepleierprosedyrer i to pilotseksjoner. Arbeidet avdekket behov for forbedret søkemuligheter og strukturering av lokale prosedyrer. Utprøving av felles struktur for dokumentamslinger er under småskallatesting i 2 seksjoner.

Det pågår et regionalt arbeid med å anskaffe nytt dokumentstyringssystem. Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringssystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. Det planlegges en felles regional tilnærming for å redusere omfanget av problemet, men dette arbeidet avventes inntil det er etablert et nytt dokumentstyringssystem.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikksjefer/ senterledere	1.6.21
Utarbeide en felles struktur for dokumentamslinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Intern revisjon 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig	Yellow
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig	Green
Årlig utarbeide revisjonsprogram ved alle klinikker/senter.	Klinikksjefer	31.1 /årlig	Green
Etablere struktur i LGG for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn fra interne revisjoner.	Fag- og kvalitetssenteret	1.12.20	Green

Tiltak fra LGG 2018	Ansvarlig	Frist	
UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at <ul style="list-style-type: none"> • UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig. • Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging. 	Fag- og kvalitetssenteret/ Administrerende direktør	Første plan senest 15.2.20	

Gjennomføring og evaluering

I 2020 ble det gjennomført ett av tre planlagte kurs i internrevisjon. Med bakgrunn i utbruddet av covid-19 ble all klasseromsundervisning avlyst. Internrevisjonskurset ble fornyet og tilpasset WEB-løsning med maks 12 deltakere, første gjennomføring november 2020.

Alle klinikker oppnevnte kontaktperson med ansvar for internrevisjon. Samtlige klinikker og ett av seks senter utarbeidet og besluttet revisjonsprogram i 2020. Revisjonsprogram for foretak og klinikker dokumenteres i en felles dokumentsamling i dokumentstyringssystemet Docmap. Dette gir klinikkene/sentrene mulighet for samarbeid på tvers ved at de kan innhente oversikt over revisjonsprogram for alle klinikk/senter.

Internrevisjon benyttes i økende grad i kvalitetsarbeid. Dette har antatt sammenheng med økt kompetanse i revisjonsmetode og økt forståelse for revisjon som verktøy i virksomhetsstyringen. Samtlige klinikker har medarbeidere med revisorkompetanse etter gjennomført kurs i internrevisjon. Det er etablert struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn fra interne revisjoner på foretaksnivå, som rapporteres til styret. Det ble levert styresak med statusrapportering av gjennomførte revisjoner for 2020 til styremøtet i februar 2021. Saken inneholdt også forslag til hvordan fremtidig rapportering skal foregå.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist	
Gjennomføre minimum 3 kurs i internrevisjon årlig	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig	
Utarbeide revisjonsprogram og plan for oppfølging ved alle klinikker/senter	Klinikkjefer/ senterledere	31.1 /årlig	
Bruke kompetanse fra akkrediterte avdelinger til opplæring i oppfølging og læring av revisjoner	Klinikkjefer/ senterledere	1.10.21	

Hovedområde Kompetansestyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Tydeliggjøre hvilket ansvar, oppgaver og myndighet ledere på ulike nivå har for å sikre opplæring for sine medarbeidere.	Fag- og kvalitetssenteret		
Etablere koordineringsgruppe for kompetanseplaner/ –krav med gyldighet UNN.	Personal og organisasjon/ Fag- og kvalitetssenteret/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret/		

Etablere obligatorisk opplæring for alle ansatte, for alle ledere og alle fagansvarlige i bruk av Kompetansemoduleen.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.20	
---	---	----------	--

Tiltak fra LGG 2017	Ansvarlig	Frist	
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabscenter og fagmiljøene.	Personal og organisasjon		
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon		

Oppdragsdokument

- Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskrivning av kompetansebehov.
- Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.

Gjennomføring og evaluering

På grunn av utbruddet av covid-19 har stabspersonell vært omdisponert til andre oppgaver i 2020. Dette har påvirket måloppnåelsen i stor grad. Det har vært stort fokus på opplæring i smittevern, samt teoretisk og praktisk opplæring for at ansatte skal kunne være forberedt til å ivareta nye oppgaver og fungere på nye enheter.

Det er utarbeidet retningslinjer som tydeliggjør hvilket ansvar, oppgaver og myndighet ledere på ulike nivå har for å sikre opplæring for sine medarbeidere. Det er også etablert koordineringsgruppe for kompetanseplaner/ –krav med gyldighet UNN.

Obligatorisk opplæring for alle ansatte, ledere og fagansvarlige i bruk av Kompetansemoduleen er ikke gjennomført. Lokal forvaltning av kompetansemoduleen mener etter ny vurdering at det ikke er å anbefale å opprette obligatoriske kompetanseplaner i bruk av kompetansemoduleen. Dette fordi mange ansatte allerede er godt i gang med å gjennomføre mange kompetanseplaner. Det vurderes viktigere å jobbe tett på de som trenger opplæring i å utarbeide kompetanseplaner.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal og organisasjon/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon	1.9.21
Delta i opplæring i bruk av modell for framskrivning av bemanningsbehov og scenariomodell. Ta i bruk modellen.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Ved hjelp av risikovurdering identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføring, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.	Fag- og kvalitet/ Forskning og utdanning/ Personal og organisasjon	1.9.21

Hovedområde Pasientsikkerhet 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2).	Fag- og kvalitetssenteret	1.6.21	
Gjennomgå det eksisterende pasientsikkerhetsarbeidet i UNN og foreslå en helhetlig tilnærming til pasientsikkerhet i UNN tilpasset dagens risikobilde og nasjonale føringer.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	
Synliggjøre pasientsikkerhetsarbeidet tydeligere i UNN	Fag- og kvalitetssenteret	1.3.21	

Oppdragsdokument

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før.
- Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

Gjennomføring og evaluering

I forbindelse med innføring av elektronisk kurve og medikasjon (MetaVision) gjennomføres overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2). Harstad har tatt i bruk NEWS2 og det er meldt om en vellykket overgang. Erfaringer fra Harstad benyttes i implementeringen i resten av foretaket.

Arbeidet med å gjennomgå det eksisterende pasientsikkerhetsarbeidet i UNN, og foreslå en helhetlig tilnærming tilpasset dagens risikobilde og nasjonale føringer er ikke påbegynt på grunn av utbruddet av covid-19.

Som et ledd i synliggjøring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN har direktøren startet med pasientsikkerhetsvisitter. Direktøren besøkte fem enheter høsten 2020.

Tall for andel sykehusopphold med minst én pasientskade, målt med metoden Global trigger tool, tilgjengeliggjøres i slutten av mai. Tabell 3 viser resultater fra 2015 til og med 2019. Tallene for 2019 viser en nedgang sammenliknet med 2018, og er tilbake på samme nivå som i 2017. Metoden for å beregne andelen pasientskader er i begrenset grad egnet til å måle endring over tid ettersom metoden kan påvirkes av endringer i analyseteamet.

Tabell 3 Andel sykehusinnleggelser i UNN med minst én pasientskade, målt med Global trigger tool 2015-19

År	2015	2016	2017	2018	2019
Estimat	16,3 %	21,7 %	13,3 %	15,0 %	13,3 %
95 % KI	(12,1-20,8)	(17,1-26,3)	(8,8-17,9)	(11,3-18,8)	(9,6-17,1)

Videre innsats med infeksjonsforebygging og læring av komplikasjoner etter kirurgi er de viktigste tiltakene for å redusere antall pasientskader i UNN.

Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse var 38,6 % i 2020 mot 34,1% i 2019 og 15,6% i 2018. Dette tallet spiller ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i DIPS. Det er stor variasjon mellom klinikkene. Enheter som også teller manuelt, rapporterer en større andel faktisk samstemt enn andelen som fremkommer i rapporten i HN-LIS. Oppfølgingen av dette er vanskelig å intensivere før MetaVision er implementert med dens automatiske registrering av tjenestekoden. Inntil MetaVision er på plass, må dette følges opp i den eksisterende implementeringsplanen for legemiddelsamstemming.

Spredningsseminar¹ for innsatsområdene *Trygg utskrivning* og *Tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost* ble utsatt på grunn av utbruddet av covid-19.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret/ klinikksjefer	1.12.21
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 ²)	Klinikksjefer/ Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22

Hovedområde Risikostyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablere prosess på strategisk nivå for å identifisere organisasjonsgjennomgående risiko knyttet til utvalgte overordnede mål og styringskrav. Styret involveres i arbeidet.	Klinikksjefer/ senterledere	1.7.21	Yellow
Øke kompetansen i klinikkene på gjennomføring av risikovurderinger på operativt nivå.	Fag- og kvalitetssenteret	1.7.21	Yellow
Systematisk vurdere behov for risikovurdering ved innføring/overlevering av store prosjekter, herunder med særlig fokus på risiko ved pasientsikkerheten.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.3.21	Red

Andre relevante forhold

Helse Nord RHF publiserte i februar 2020 nye retningslinjer for risikostyring.

Gjennomføring og evaluering

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Hele Nord ble påbegynt i april 2020. Direktørens ledergruppe ble 20.10.2020 orientert om status i arbeidet og det ble besluttet å pilotere risikostyring på det nasjonale styringsmålet *Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen* og underliggende driver *Nok personell med tilstrekkelig kompetanse*. Det ble også besluttet bruk av driverdiagram som verktøy i piloteringen. Utbruddet av covid-19 har vært en forsinkende faktor i arbeidet med den strategiske risikostyringen.

I 2020 er det utarbeidet nytt malverk for risikovurderinger på operativt nivå. Det nye malverket bygger forståelse for risikovurderingens faser underveis i arbeidet. Malverket setter tydelige rammer for risikovurderingen i tillegg til å være tilstrekkelig fleksibelt og oppleves enkelt i bruk. Dette skal redusere behovet for opplæring og prosesstøtte ved gjennomføringen. Opplæringen i bruk av malverket kom godt i gang høsten 2020 og videreføres i 2021. For gjennomføring av opplæring er det særlig tilgang på tid for helsepersonell som har vært begrensende. Arbeidet med risikoreducerende tiltak har fått større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer.

Det ble gjennomført risikovurdering av pasientsikkerhet ved innføring av MetaVision i Harstad, med særlig fokus på fasen der en går fra papirkurve til elektronisk versjon av kurven. Gjennomføringen

¹ Spredningsseminar: Pilotavdelinger viderefører sine erfaringer til aktuelle enheter, hvor tiltakene blir presentert og de fremmøtte planlegger hvordan de skal implementere innsatsområdet.

² For voksne

bidro med viktig informasjon til forberedelsen og ble fulgt opp med en «levende» handlingsplan til innføringsarbeidet. Det ble vurdert viktig å gjennomføre tilsvarende risikovurdering ved kommende innføring av MetaVision i Narvik og Tromsø. Utover denne risikovurderingen er det ikke satt i system å innføre risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av andre store prosjekter.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.21
Systematisk vurdere behov for risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av store prosjekter.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.10.21

Hovedområde Operasjonsvirksomhet 2020

Mål og planer

Operasjonsvirksomheten er nytt hovedområde i LGG for 2020, derfor ingen tiltak fra 2019.

Nasjonale og lokale indikatorer

- Strykninger – nasjonal indikator, <5%
- Passert planlagt tid – nasjonal indikator, <5%
- Øyeblikkelig hjelp – lokal indikator – ikke satt måltall for 2020
- Bruk av sjekklisten for «Trygg kirurgi», lokal indikator, >90% av inngrep gjennomført alle tre deler

Gjennomføring og evaluering

Utbruddet av covid-19 svekket muligheten til målrettet forbedringsarbeid for å effektivisere driften. Styringssystem for operasjonsvirksomheten oppleves utydelig. Målsetting er lite definert. Indikatorer, måltall og tiltak er ikke gjennomgående fra overordnet til operativt nivå. Beslutninger på overordnet nivå brytes ikke ned og følges ikke opp på nivåene under og på tvers av klinikker.

Strykningsprosenten for foretaket var samlet 6,9% (Narvik 4,5%, Harstad 5,3%, Tromsø 7,7%). De vanligste årsakene til strykning samme dag er; «overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon», «Utsatt pga øyeblikkelig hjelp» og «ikke indikasjon for operasjon».

Indikatoren *passert planlagt tid* beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt registrert i pasientdatasystemet. UNN nådde ikke målet om <5% andel passert planlagt tid i 2020 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter). Utbruddet av covid-19 førte til økte ventetider og passert planlagt tid spesielt i første halvdel av 2020. Etter normalisering av drift og med tilleggskapasitet ved Volvat og Aleris bedret ventetid og passert planlagt tid seg i siste halvdel av året. Tabell 4 viser andel passert planlagt tid for heldøgns- og dagkirurgipasienter. Dette var ikke tilstrekkelig til å få ventelister og ventetider ned på et ønsket nivå.

Tabell 4 Andel passert planlagt tid (for heldøgns- og dagkirurgipasienter)

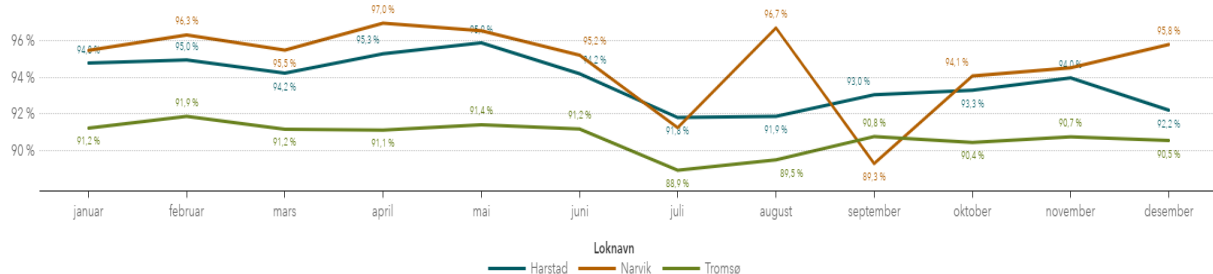
Omsorgsnivå	Andel passert planlagt tid
Heldøgn	18,5 %
Dagkirurgi	26,4 %

Når det gjelder *øyeblikkelig hjelp* (for pasienter til anestesi og operasjon) er det ikke satt spesifikke måltall for andel behandlet innenfor tidsfristene. 87,9% av «røde» hastegrader blir gjennomført innen 6 timer og 70,4% av «gule» hastegrader innenfor 24 timer. Tallene kan være påvirket av at

hastegrad kan endres hos enkelte pasienter etter at pasienten er meldt inn. Målsetting kan ikke vurderes ettersom det ikke er fastsatt mål for hastegradskategoriene.

Figur 2 viser måloppnåelse på bruk av sjekklisten for *Trygg kirurgi* totalt i foretaket (>85%) gjennom hele året.

Figur 2 Andel operasjoner med bruk av sjekklister



Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere tydeligere styringssystem for operasjonsvirksomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	1.5.21
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	Kontinuerlig

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist
Utarbeide relevante lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhetsarbeidet i UNN, i samarbeid med Helse Nord RHF og Helse Nord IKT.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	30.6.21
Utarbeide handlingsplan for lukking av avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 <i>Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.</i>	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.3.21

Oppdragsdokument

- Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemer og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.
- Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni (2020).
- Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.
- Etablere formelle rutiner og prosedyrer som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.
- Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord.

Andre relevante forhold

- Schrems II dommen ugyldiggjorde Privacy Shield avtalen.
- «Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer».

Gjennomføring og evaluering

Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke godt nok utarbeidet på foretaksnivå. Forslag til lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhet har blitt utarbeidet og sendt over til beslutning. Implementering av revidert styringssystem for informasjonssikkerhet ble startet høsten 2020. Organisering av informasjonssikkerhet og lokale overordna rutiner er ferdig utarbeidet. Samtidig gjenstår det en del arbeid før detaljene i de lokale prosedyrer og protokoll er på plass. Det vil også være et stort og ressurskrevende arbeid å følge opp prosedyrene fortløpende, gjennomføre vedtatte handlingsplaner og sikre at UNN etterlever krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Handlingsplan for å lukke avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 «*Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*» er utarbeidet og vedtatt. Gjennomføring av handlingsplanen ble påbegynt høsten 2020 og er planlagt ferdigstilt juni 2021.

Handlingsplan for å lukke avvik i riksrevisjonens rapport «*Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*», ble ferdigstilt desember 2020. Rapporten ble styrebehandlet 17. mars 2021. Flere av tiltakene for å lukke avvikene er påbegynt:

- Styret i UNN behandlet status på «*Risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet*» i mai 2020 i styresak - 45/2020.
- To-faktorautentisering for pålogging av ansatte på ikt-infrastrukturen har blitt forsinket regionalt. Forventet oppstart av implementeringsprosjekt Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS-2) er satt til høsten 2021, og innføring i foretakene siste kvartal 2021.
- Endringsprosedyre for godkjenning av endringer i infrastrukturen ble ferdigstilt desember 2020 og behandlet i Felles fagråd for informasjonssikkerhet i Helse Nord (FRIS). Samtlige foretak anbefalte å ta prosedyren i bruk. Implementering av rutinen i foretaket er planlagt andre kvartal 2021.

Det anbefales at arbeidet med handlingsplanens tiltak vedrørende kompetansebygging og kulturarbeid også fokuserer på å øke forståelsen for å melde avvik på brudd vedrørende informasjonssikkerhet.

Schrems II-dommen fra Den europeiske unions domstol, medførte en betydelig endring i lovligheten ved overføring av personopplysninger til USA. I henhold til dommen ble overføringsavtalen, Privacy Shield, mellom EU og USA kjent ugyldig. All overføring av personopplysninger til USA, som tidligere har vært basert på Privacy Shield, er nå ulovlige. Det er rimelig å anta at UNN har flere avtaler som bruker Privacy Shield som overføringsgrunnlag til USA. Disse avtalene baserer seg på et ugyldig overføringsgrunnlag, og overføringene vil være ulovlige uten nytt overføringsgrunnlag. UNN må intensivere arbeidet med å finne og gjennomgå avtaler som omfatter overføring av personopplysninger til USA, og sikre at det finnes komplett oversikt over disse avtalene. Det kan forventes at overføring av personopplysninger til USA vil være fokus for tilsynsmyndighetene i 2021.

Etterlevelse av økte krav til personvern og informasjonssikkerhet kan medføre behov for å øke ressursene til dette området.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysning	Forsknings- og utdanningscenteret/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.7.21
Styrke rapportering til UNN-ledelsen (4/år) og styret (4/år)	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ny gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål om 90%). Bevisstgjøring inkl. også passordbruk	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Gjennomføre Nasjonal sikkerhetsmåned ³ årlig- første gang i oktober 2021	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Hovedområde Smittevern 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Legge til rette for å øke andelen kollegavaksinering [ved influensavaksinering].	Klinikksjefer/ senterledere	1.12.20	
Videreføre systematisk tverrfaglig gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon, og sørge for læring på tvers.	Klinikksjefer/ Smittevernsenteret	Kontinuerlig	
Opprettholde god opplæring i smittevern.	Klinikksjefer	Kontinuerlig	

Oppdragsdokument

- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 30 % sammenlignet med 2012. 2020 er siste året for «*Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*» og målepunkt for planperioden.
- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
- Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
- Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet Infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
- Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

Andre relevante forhold

- Helse- og omsorgsdepartementet utga senhøsten 2019 en nasjonal handlingsplan «*Handlingsplan for et bedre smittevern*».

Gjennomføring og evaluering

Det ble gjennomført fire *tverrfaglige og systematiske gjennomganger* av pasientforløp ved dyp postoperativ sårinfeksjon i 2020. Det ble meldt syv dype postoperative sårinfeksjoner til Smittevernsenteret i 2020. På grunn av utbruddet av covid-19 ble fire av disse gjennomført.

UNN nådde ikke målet om å redusere *bruk av bredspektret antibiotika* med 30 % sammenlignet med 2012. Bruk av bredspektret antibiotika ble redusert med 9,9 % sammenlignet med 2012.

³ <https://norsis.no/nsm/>

På grunn av utbruddet av covid-19 gjennomførte UNN ikke *prevalensundersøkelse* av HAI og NOIS-PIAH våren 2020. Høsten 2020 ble prevalensundersøkelse utført som normalt. Prevalenstall for HAI ble 2,3 % for UNN i 2020. Det ble utført *insidensundersøkelser* av NOIS-POSI fortløpende. Det ble utført *internrevisjon* på etterlevelse av IKP som planlagt.

For influensas sesongen 2020/2021 ble 72,9 % helsepersonell i klinikker med pasientbehandling vaksinert. Totalt i UNN ble 67,4 % av alle ansatte vaksinert. Til sammenligning ble 62 % alle ansatte vaksinert i sesongen 2019/2020 og 50,7 % i sesongen 2018/2019. Andel vaksinerte i 2020/2021 kunne vært langt høyere, men på grunn av leveringsproblemer på influensavaksine ble de som jobbet i klinikker med pasientbehandling prioritert.

På grunn av utbruddet av covid-19 har smittevernarbeid hatt høyt fokus i alle enheter i UNN. Pandemien har med stor sannsynlighet ført til bedre etterlevelse av en rekke retningslinjer innen smittevern. Ledere har hatt stort fokus på smittevern generelt og i betydelig grad søkt råd og veiledning hos Smittevernsenteret. På grunn av utbruddet av covid-19 er arbeidet med oppfølging av den nasjonale «*Handlingsplan for et bedre smittevern*» imidlertid forsinket.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den nasjonale « <i>Handlingsplan for et bedre smittevern</i> ». (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid)	Klinikksjefer og Smittevernsenteret	1.12.21
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika	Administrerende direktør/ Klinikksjefer	1.10.21

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Klinikk/senter som ikke har utnevnt miljøkontakt skal ha dette på plass innen 1.11.20	Klinikksjefer/ senterledere	1.11.20	
UNN og Klinikkenes/senternes miljømål skal ivareta: - Kvalitetssatsninger med miljøeffekter, jfr. styresak 40/2020, vedlegg 3 (Gevinstrealisering NUN og omstillingsarbeid UNN) - Nasjonale føringer som inkluderer FNs bærekraftsmål	Drifts- og eiendomssenteret	1.2.21	

Andre relevante forhold

- Det interregionale AD-møtet vedtok at helseforetakene skal ha et felles rammeverk til ytre miljø.
- Direktørmøtet i Helse Nord vedtok i september 2020 at helseforetakene i Helse Nord skal utarbeide et felles styringssystem (miljøhåndbok).
- UNN ble resertifisert i desember 2020 for 3 nye år, jf ISO 14001:2015.

Gjennomføring og evaluering

Alle klinikker/senter har utnevnt miljøkontakter og levert egen vurdering (tabell 5). Arbeidet med klinikkenes miljømål er blant annet fulgt opp gjennom endringer i styringshjulet ved at det er mulig å sette «miljøetikett» på mål som har en gevinstrealiserings-, omstillings- eller kvalitetsdimensjon. Oppdatert informasjon om miljømål er lagt i den nye versjonen av e-læringsprogrammet «Miljøbevissthet». Arbeidet med tilpassing av rammeverk, utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i arbeidet med felles regionalt styringssystem. Den praktiske gjennomføringen for felles regionalt styringssystem fortsetter i 2021.

Tabell 5 Klinikkenes/sentrenes egenvurdering av etterlevelse av krav til ytre miljø⁴

Etterlevelse av krav til ytre miljø på klinikk- og senter-nivå.	UNN totalt	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR/Stab/ADM	HUK	OPIN	NOR	NK	K3K	PHRK	Fag og kvalitet	ØAS	Fors/utd.	E-Helse, S- I.	Personal	Kommunikasjo
Er det opprettet miljømål for klinikk/senter?	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Er ytre miljø ivare tatt i samhandlingsavtaler?	Grønn	Grå	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Følges lovkrav, forskrifter og prosedyrer som ivaretar hensyn til ytre miljø for egen drift?	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Tas det hensyn til miljø ved egne innkjøp?	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Er ytre miljø tema i ledermøter, KVAM, personalmøter?	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Kvalitetsplan og årshjul	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Er merknader fra tilsyn og revisjoner lukket	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Miljøavvik	Rød	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Vernerunder	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Avfallshåndtering	Grønn	Grønn	Rød	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Stoffkartotek	Grønn	Grønn	Grønn	Rød	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Beredskap	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
Strålevern	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn

Oppsummeringen av klinikkenes/sentrenes egenvurdering viser at vi har forbedringspotensiale i oppfølgingen av miljøarbeidet. Forbedringsområdene er: Regelmessig oppfølging av miljøtiltak i leder- Kvammøter, meldekultur miljøavvik, vernerunder, avfallshåndtering og oppfølging av stoffkartotek.

Utbruddet av covid-19 medførte flere konsekvenser for miljøarbeidet i UNN. Tabell 6 viser oversikt over resultater. Tilpasninger og økt beredskap mot utbruddet av covid-19 forårsaket høyt forbruk av ressurser selv om det har vært behandlet færre pasienter. Andelen digitale konsultasjoner økte betydelig. Det ble ikke gjennomført miljørevisjoner. Målinger viser også en betydelig reduksjon i reisevirksomheten både for ansatte og pasientreiser i 2020. Klimaregnskap er etablert i HN-LIS. Det kreves fortsatt betydelige ressurser til manuell innsamling av data til klimaregnskapet.

⁴ Grå felt er vurdert til ikke aktuelt

Tabell 6 Oversikt over resultater fra overvåkning og målinger av miljøstrategi UNN HF

Miljømål/ Indikator	%	Vurderinger og kommentarer
Sykehuspåførte infeksjoner.	2,3 %	Data fra prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk UNN HF 10.november 2020.
Bredspektret antibiotika bruk	24,5%	
Overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig. (direkte påvirkninger)	-16%	Betydelig reduksjon i ansattreiser og pasientreiser. Alle data for pasientreiser ennå ikke mottatt. Resultat kan endres noe.
Redusere energiforbruket med 3 % årlig Kwh pr m ²	-2 %	Forbruket er redusert noe siste år. Tiltak vedrørende energiledelse er under planlegging.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger		Vannforbruket avleses manuelt pr kvartal. Detaljert statistikk pr bygg kan hentes ut av HN-LIS eller E-save.
Redusere pasientreiser med 3 % årlig i reiste km	-14 %	Det er betydelig reduksjon i bruk av fly og båt, men relativt liten nedgang i bruk av buss/bil og drosje. Smittekrav under pandemien.
Video- og telefonkonsultasjoner skal øke til minst 30% for alle polikliniske konsultasjoner.	14,4%	Andel video- og telefonkonsultasjoner i UNN i 2020.
Redusere ansattreiser med 3 % årlig	-52 %	Halvering av alle ansattreiser. 69 % reduksjon i utenlands flyreiser og 59 % for innenlands flyreiser.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig	2,8 %	43.4 % av avfallet er sortert. Totalt 2000 tonn avfall. Den største enkeltfraksjonen med sortert avfall er papp med 8,9 %.
85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset miljøbevissthet		Kurset «miljøbevissthet» ble oppdatert 20.11.20. Statistikk kan tas ut av kompetansemodulem pr enhet. Stikkprøver viser høy gjennomføringsgrad.
Miljøavvik	83 %	Av 132 meldte miljøavvik ble 44 vurdert til reelle miljøavvik for 2020. Det er 20 flere enn i 2019.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikksjefer/ senterledere	1.2.22
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikksjefer/ senterledere	Årlig
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22

Hovedområde Beredskap 2020

Mål og planer

I 2020 skulle det satses på følgende områder av beredskapsplanverket i UNN:

- Plan for massetilstrømning – ajourføring
- Pandemiplan
- Overordnet beredskapsplan for håndtering av IKT-svikt
- Plan for radioaktive og nukleære hendelser (plan for atomberedskap)
- Overgang til nytt varslingsystem – Everbridge
- Øvelser

Gjennomføring og evaluering

Overordnet katastrofekomite ved UNN HF er styringsgruppe for arbeidet med beredskap i regi av Akuttmedisinsk klinikk. Det totale beredskapsplanverket i UNN HF er omfattende og komplekst. I 2020 ble det brukt mye tid på revidering og videreutvikling av dette.

Plan for massetilstrømning – ajourføring og revidering: Planverket er omfattende og komplekst. Det har vært behov for å se på planen for å sørge for felles metodikk, struktur, språk og forenklinger. To dedikerte personer har vært fristilt til arbeidet. Videre arbeid fortsetter i 2021.

Pandemiplan: I forbindelse med utbruddet av covid-19 er det ved hvert sykehus opprettet en egen plan for håndtering. Disse har fortløpende blitt revidert og endret etter behov og vil på et senere tidspunkt danne utgangspunktet for en generell pandemiplan.

Overordnet beredskapsplan for håndtering av IKT-svikt: Det var behov for en større revidering av plan for håndtering av IKT-svikt. Varslingsplan ble vedtatt i mai 2020. Det er fortsatt behov for justeringer og planarbeidet fortsetter i 2021.

Plan for radioaktive og nukleære hendelser (tidligere plan for atomberedskap): Plan for atomhendelser ble oppdatert som forberedelse til mottak av reaktordrevet fartøy til Tromsø. Den reviderte planen er utvidet til å beskrive mottak av reaktordrevet fartøy og planer for egne og andre lokale radioaktive kilder.

Beredskapsplanverket i UNN: Arbeidet med forbedring av planverk gjøres kontinuerlig og fortsetter også i 2021. Arbeidet med metodikk, struktur og språk må fortsette i planverksarbeidet.

Nytt varslingsystem – Everbridge: Overgang til nytt varslingsystem medførte behov for et omfattende arbeid med tilpasninger til og implementering av Everbridge høsten 2020.

Øvelser: Tradisjonelt har det vært gjennomført årlige katastrofeøvelser og varslings- og skrivebordøvelser ved hvert sykehus. Med bakgrunn i *utbruddet* av covid-19 har det ikke vært gjennomført noen større katastrofeøvelser i 2020. Planverk som vedtas i 2021 må trenes og øves på.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser skal ferdigstilles.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av RHF).	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.21

Tiltak fra pilotklinikkenes LGG 2020

Følgende pilotklinikker har levert klinikkrapport til LGG 2020: Medisinsk klinikk, Diagnostisk klinikk, Drifts- og eiendomssenteret, Hjerte- og lungeklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Barne- og ungdomsklinikken. Psykisk helse- og rusklinikken leverte rapporter fra avdelingsnivå.

Følgende tiltak vurderes av pilotklinikkenes til behandling i direktørens LGG:

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Klinikk	Hovedområde
Forankring i UNN-ledelsen av behovet og nødvendigheten av ressurser i form av personell, arealer og utstyr for å kunne imøtekomme nye krav knyttet til tarmkreftscreening.	David Johansen	2021-23	Medisinsk klinikk	Mål og oppgaver
Forankring i UNN-ledelsen om behovet for og nødvendigheten av utvidet åpningstid/økt sørvistilbud ved Mikrobiologen.	David Johansen	2021/22	Medisinsk klinikk	Mål og oppgaver
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Elin Gullhav	20.6.21	BUK	Mål og oppgaver
Risikovurdering av dagens driftsform for radiofarmakaproduksjon. Vurdere ny organisering/ virksomhetsoverdragelse i samarbeid med Sykehusapotek Nord (SANO).	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Organisering
Revidere avtale om PET-radiofarmakaproduksjon med SANO.	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter
Etablere SLA-avtale mellom UNN og hvert av de øvrige helseforetakene for regional funksjonell forvaltning (UNN). (FSR, FSL)	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Klinikksjefer	1.10.21

Ledelsens gjennomgang 2020 – tiltaksliste

Hovedområde Avvikssystem

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Hendelsesanalyser

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikksjefer	31.12.21
Etablere retningslinje med tilhørende prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21
Hendelsesanalyse skal prøves ut i småskalatest på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan avviket kan skje.	Fag- og kvalitetssenteret/ Klinikker og stabssenter	1.9.21

Hovedområde Systematisk HMS

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.	Personal- og organisasjon	1.9.21
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det psykososiale støtteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjon	1.12.21
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet.	Personal- og organisasjon	1.12.21

Hovedområde Dokumentstyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikksjefer/ senterledere	1.6.21
Utarbeide en felles struktur for dokumentksamlinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Intern revisjon

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 3 kurs i internrevisjon årlig	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig
Utarbeide revisjonsprogram og plan for oppfølging ved alle klinikker/senter	Klinikksjefer/ senterledere	31.1 /årlig
Bruke kompetanse fra akkrediterte avdelinger til opplæring i oppfølging og læring av revisjoner	Klinikksjefer/ senterledere	1.10.21

Hovedområde Kompetansestyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal og organisasjon/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon	1.9.21
Delta i opplæring i bruk av modell for fremskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. Ta i bruk modellen.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Ved hjelp av risikovurdering identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføring, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.	Fag- og kvalitet/ Forskning og utdanning/ Personal og organisasjon	1.9.21

Hovedområde Pasientsikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret/ klinikksjefer	1.12.21
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 ⁵)	Klinikksjefer/ Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22

Hovedområde Risikostyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.21
Systematisk vurdere behov for risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av store prosjekter.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.10.21

Hovedområde Operasjonsvirksomhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere tydeligere styringssystem for operasjonsvirksomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	1.5.21
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	Kontinuerlig

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysning	Forsknings- og utdanningssenteret/ E-helse,	31.7.21

⁵ For voksne

	samhandlings- og innovasjonssenteret	
Styrke rapportering til UNN-ledelsen (4/år) og styret (4/år)	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ny gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål om 90%). Bevisstgjøring inkl. også passordbruk	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Gjennomføre Nasjonal sikkerhetsmåned ⁶ årlig- første gang i oktober 2021	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Hovedområde Smittevern

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den nasjonale « <i>Handlingsplan for et bedre smittevern</i> ». (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid)	Klinikksjefer og Smittevernssenteret	1.12.21
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika	Administrerende direktør/ Klinikksjefer	1.10.21

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikksjefer/ senterledere	1.2.22
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikksjefer/ senterledere	Årlig
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22

Hovedområde Beredskap

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser skal ferdigstilles.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av RHF).	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.21

Tiltak fra pilotklinikkenes LGG

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Klinikksjefer	1.10.21

⁶ <https://norsis.no/nsm/>