



STYRESAK

Styresak:	19/2021
Møtedato:	17.03.2021
Arkivsak:	2021/7-1
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2021* til orientering.

Bakgrunn

Vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport presenterer resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for januar 2021 og tertialrapport for tiltaksområdene *I trygge hender 24-7* (tidligere omtalt som pasientsikkerhetsprogrammet).

Formål

Gi styret informasjon om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Det vises til vedlagte *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2021* som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

Selv om UNN har hatt få pasienter innlagt med Covid-19, er fortsatt virksomheten preget av pandemien. Mange pasienter innlegges fortsatt med spørsmål om Covid-19, kontaktreduserende tiltak medfører mindre effektiv drift, og medarbeidere har vært i karantene på grunn av lokale smitteutbrudd. Videre har det vært færre tilgjengelige vikarer, og det kom i 2021 nye nasjonale karanteneregler for utenlandske vikarer. UNN startet med å vaksinere våre medarbeidere mot koronaviruset i januar.

Indikatorer på kvalitet og aktivitet

Det vil langt ut i 2021 eksistere et etterslep som følge av at planlagt aktivitet ble redusert våren 2020. Det pågår flere tiltak for å korrigere etterslepet, for eksempel helge- og kveldspoliklinikk, gjennomgang av poliklinikklister for å avslutte kontroller uten merverdi for pasienten, jobbglidning til sykepleier eller fysioterapeut, og arbeid med å omgjøre til videokonsultasjoner. Noen av tiltakene er særskilt rettet mot fagområdene som utgjør flertallet av fristbrudd og lengeventende pasienter. For voksenpsykiatri og rus foregår det tiltak relatert til pasientflyt i poliklinikkene, herunder organisering av vurderingssamtaler og fokus på avslutninger, samt kveldspoliklinikk.

Andelen pasienter passert planlagt tid er fortsatt fallende (til 15,2 %) og nærmer seg resultatene fra før pandemien. Dette betyr at UNN i januar overholdt 84,8 % av pasientavtalene.

Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at UNN skal overholde minst 95 % av avtalene innen utgangen av 2021. Ventetiden i UNN er fortsatt over kravene til måloppnåelse. Sammenlignet med november 2020 er gjennomsnittlig ventetid for somatikk relativt uendret (76 vs. 78 dager), mens ventetiden økte for psykisk helse voksne (73 vs. 64 dager) og psykisk helse barn og unge (52 vs. 41 dager). Andelen fristbrudd er svakt fallende. Et unntak er Medisinsk klinikk der andel fristbrudd har økt fra 16,5 % i oktober 2020 til 19,8 % i januar 2021. Fagfeltene som er spesielt utfordrende er fordøyelsessykdommer, lungemedisin, hjertemedisin og hormonsykdommer. Arbeidet med dette er innskjerpet. Det er påstartet en prosess for å utvikle nye tiltak innen april 2021.

Andelen planlagte kontakter satt rett på time de neste seks månedene er lav for somatikk, men høy for psykiatri. Indikatoren viser i hvor stor grad sykehusene setter opp timeavtaler med fastsatt dato og tid for pasientene. Dette er viktig for både pasienter og for bemanningsstyringen i sykehusene. UNN ligger på nivå med sykehusene i Helse Nord, men lavere enn de andre universitetssykehusene. For psykiatri skyldes den høye andelen et høyt antall planlagte behandlingsrekker frem i tid. Det vil bli jobbet med å korte ned behandlingsrekker der dette er forsvarlig for å frigjøre kapasitet til å behandle flere pasienter. Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at UNN skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021. Arbeidet med dette vil innskjerpes. Det er påstartet en prosess for å utvikle nye tiltak i løpet av april 2021.

Den telemedisinske aktiviteten har vært stabil, og cirka 12 % av konsultasjonene har vært gjennomført på video eller telefon. Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at andelen skal økes til 15 % innen utgangen av 2021. Tiltaksarbeidet er innskjerpet.

Det er god måloppnåelse for andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid.

Andel strykninger samme dag av planlagte operasjoner er tilnærmet uendret de siste to årene. Iverksatte tiltak har hittil ikke hatt effekt, og det vil vurderes nye tiltak for å redusere samme dags styrkninger innen april 2021.

Andelen epikriser sendt innen en dag er tilnærmet uendret siste to år. Eksisterende tiltak har ikke hatt tilstrekkelig effekt. En arbeidsgruppe har identifisert flere årsaker. En årsak er at overleger ofte skriver egne epikriser og kontraserer epikriser fra leger i spesialisering sent. En underliggende årsak til dette er at det i liten grad er avsatt tid i arbeidsplaner for overleger til å kontraserere epikriser. Det vil bli småskalatestet ulike tiltak i løpet av 2021, men et større arbeid med å øke andelen er nedprioritert for å fokusere på å redusere ventetid og redusere andelen pasienter passert planlagt tid.

Aktiviteten målt ved DRG-poeng var totalt sett lavere i 2021 enn planlagt (7 % lavere i somatikk og 11 % lavere i psykiatri/rus). Årsaken til dette er sammensatt. En årsak kan være at den planlagte aktiviteten i flere klinikker kan være satt for høyt budsjettmessig, og at pasientoppholdene har vært mindre komplekse (lavere DRG per opphold) enn forutsatt. Mange utskrivningsklare pasienter virker også hemmende på planlagt drift. En annen årsak er kodingen fra januar som ikke er komplett, og denne kan både øke og redusere DRG-poengene. Videre var det 3 % færre innleggelser som øyeblikkelig hjelp i januar 2021 sammenlignet med 2020. Aktiviteten på elektive postopphold var stabil i januar 2021 sammenlignet med samme periode i 2020. Aktiviteten på polikliniske konsultasjoner var høyere enn planlagt, men polikliniske konsultasjoner genererer en svært liten andel av DRG-poengene.

I trygge hender 24/7

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet opphørte i 2019 og er nå videreført som *I trygge hender 24/7*. Det pågår et godt arbeid i klinikkene på de utvalgte innsatsområdene som beskrevet i vedlagte tertialrapport.

Arbeidet med pasientsikkerhet i UNN vil bli revidert i løpet av 2021 for å spisse fokus mot de områdene der det er størst utfordringer med pasientsikkerheten, men som ikke inngår som egne innsatsområder i det nasjonale *I trygge hender 24/7*. Et eksempel på dette er sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, samt at høy turnover og mange nye ansatte kan medføre svakere kompetanse i pasientbehandlingen.

Sykefravær

I forbindelse med Covid-19 pandemien har tiltak direkte knyttet til sykefravær ikke vært prioritert. Ettersom generelle smitteverntiltak er skjerpet, er det grunnlag for å anta at sykefravær relatert til andre smittsomme sykdommer er redusert, men dette har ikke blitt avspeilet i korttidsfraværet. En mulig årsak til sistnevnte er at det har blitt lavere terskel for å være hjemme med luftveissymptomer.

Økonomi

Det økonomiske resultatet for januar endte med et negativt budsjettavvik på 13,3 mill. kroner. Avviket består i hovedsak av lavere ISF inntekter enn planlagt. Det var 1 335 færre sykehusopphold i januar 2021 mot tilsvarende periode i fjor. På tross av dette har vi ikke klart å ta ned kostnadene. Kostnader som personalkostnader, laboratorierekvisita, andre medisinske forbruksvarer og insulinpumper har økt med 14,2 mill. kroner i forhold til budsjett. Hovedårsaken til kostnadsøkningen er merkostnader i forbindelse med Covid-19. Pasienttransport og egne reisekostnader har en besparelse på hhv 1,2 mill. kroner og 3,1 mill.

kroner i januar. Situasjonen rundt karanteneregler er med på å fordyre innleie av vikarer fra utlandet.

Klinikkene har en negativ styringsfart inn i 2021. Denne farten skal hentes inn i løpet av 2021 ved tiltak som er utarbeidet i handlingsplanene utarbeidet høsten 2020. Det er for tidlig å si noe om utviklingen nå i januar. Vi har mottatt Covid-19 midler for 2021 som skal ta høyde for endringer i smittevern, beredskap og etterslep. Vi har forutsatt at pandemien vil gi økte kostnader første halvår.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets og virksomhetsrapport januar 2021
2. Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 3. tertial 2020 til KVR

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Januar 2021



KVALITET

TRYGGHET

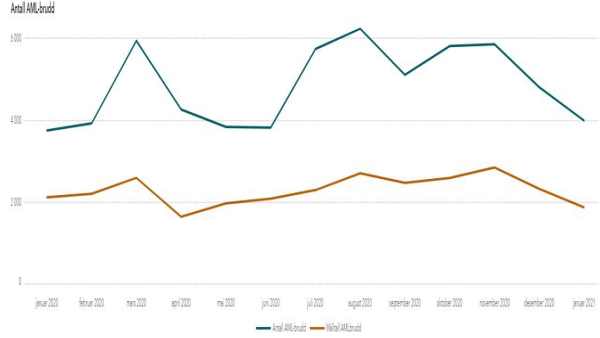
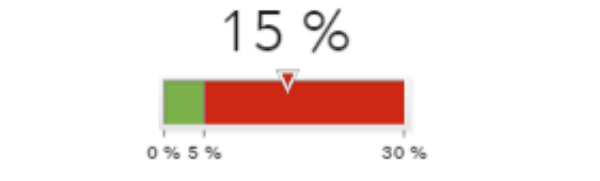
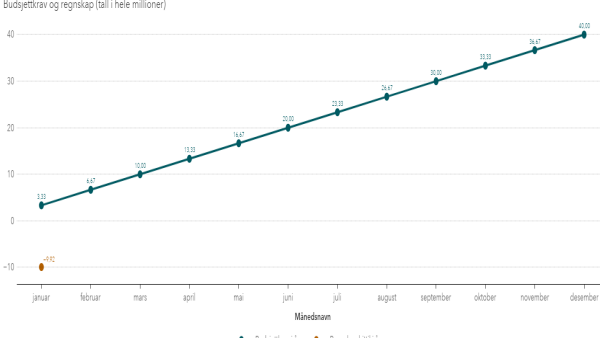
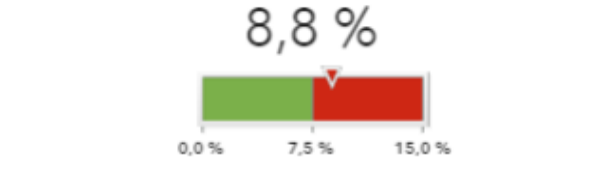
RESPEKT

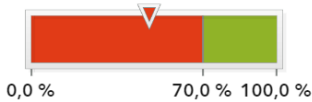
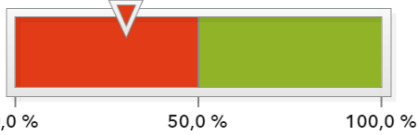
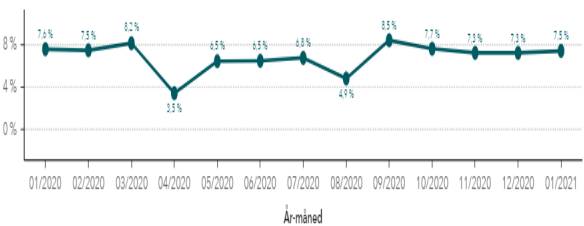
OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	6
Pakkeforløp – kreftbehandling tall tom desember 2020	6
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter	10
Passert planlagt tid	11
Planleggingshorisont.....	12
Strykninger	13
Epikrisetid	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	15
Oppholdstid i akuttmottaket.....	15
Aktivitet.....	16
DRG.....	16
Liggetid på sykehusopphold - somatikk	17
Telemedisinsk aktivitet	18
Den gylne regel	18
Samhandling	19
Utskrivningsklare pasienter	19
Bruk av pasienthotell	20
Personal.....	21
Bemanning.....	21
Sykefravær.....	23
AML-brudd	24
Økonomi.....	25
Resultat	25
Prognose.....	26

Hovedindikatorer

AML-brudd Måltall: < -50 % Januar: 6,4 %	Antal AML-brudd 
Passert planlagt tid Måltall: < 5 % Januar: 14,9 %	Andel passert planlagt tid 15 % 
Budsjettavvik akkumulert per januar -13,3 mill kr	Budsjettavvik og regnskap (tall i hele millioner) 
Sykefravær Måltall: 7,5 % Januar: 8,8 %	Sykefravær (forrige måned) 8,8 % 

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, desember 2020 Måltall: 70 % Andel i pakkeforløp: 76,3 % Andel innenfor frist: 76,0 %	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år. Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.
Andel epikriser sendt innen 1 dag somatikk Måltall: 70 % innen 1 dag Januar: 48,0 %	Andel epikriser sendt innen en dag etter utskriving - somatikk 48,0 % 
Andel epikriser sendt innen 1 dag PH og TSB Måltall: 50 % innen 1 dag Januar: 30,2 %	Andel epikriser sendt innen en dag etter utskriving - PH og TSB 30,2 % 
Strykninger av planlagte operasjoner Måltall: < 5 % Januar: 7,5 %	Utvikling strykninger samme dag 

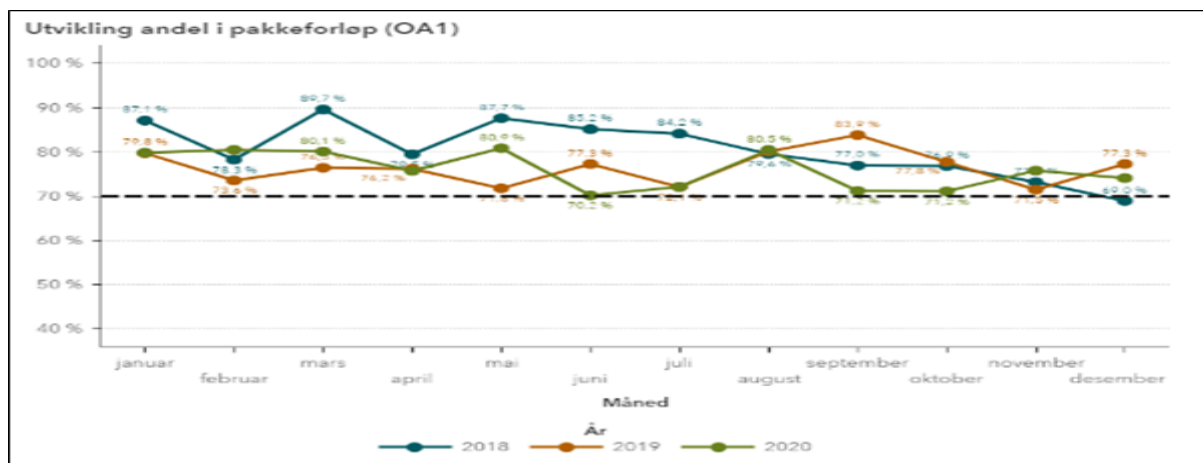
Ventetid somatikk Måltall: < 50 Januar: 76	Ventetid somatikk 76 
Ventetid PHV Måltall: < 40 Januar: 73	Ventetid PHV 73 
Ventetid PHBU Måltall: < 35 Januar: 52	Ventetid PHBU 52 
Ventetid TSB Måltall: < 30 Januar: 42	Ventetid TSB 42 

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling **tall tom desember 2020**

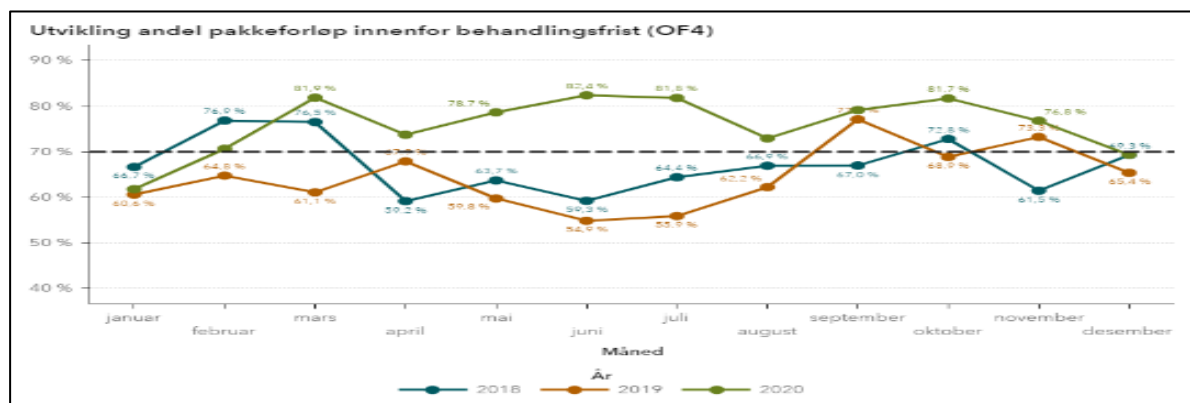
UNN har fokus på to pakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

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 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Antall innen std forløpstid	Andel innen frist
Total		1039	790	76,0%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	40	34	85,0%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	121	81	66,9%
	Medikamentell behandling	55	50	90,9%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	6	4	66,7%
	Medikamentell behandling	12	11	91,7%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	36	34	94,4%
	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Føflekkreft	Kirurgi	120	117	97,5%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	6	5	83,3%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	17	16	94,1%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	19	16	84,2%
	Strålebehandling	24	13	54,2%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	2	66,7%
	Medikamentell behandling	8	6	75,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	10	7	70,0%
	Medikamentell behandling	11	11	100,0%
	Strålebehandling	9	7	77,8%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Overvåking uten behandling	5	5	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	4	3	75,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	32	30	93,8%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	28	19	67,9%
	Medikamentell behandling	28	22	78,6%
	Strålebehandling	59	48	81,4%
Lymfomer	Medikamentell behandling	43	36	83,7%
	Strålebehandling	10	5	50,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	7	5	71,4%
	Medikamentell behandling	2	0	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	22	13	59,1%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	5	4	80,0%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	5	0	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	41	15	36,6%
	Medikamentell behandling	30	10	33,3%
	Overvåking uten behandling	13	8	61,5%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Sarkom	Kirurgi	3	3	100,0%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	32	26	81,3%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	3	0	0,0%
	Overvåking uten behandling	13	12	92,3%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	104	71	68,3%
	Medikamentell behandling	5	5	100,0%
	Strålebehandling	19	12	63,2%

*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid.

Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2019	2020	2021	Endring 2020 2021	Endring %
Pasienter på venteliste	9 213	10 065	11 211	1 146	11
Gjennomsnittlig ventetid dager	60	64	83	19	30
Ikke møtt til planlagt avtale	1 565	1 273	1 290	17	1

Antall pasienter på venteliste per siste avslutta måned. Gjennomsnitt ventetid hittil i år per siste avslutta måned

Ventetid

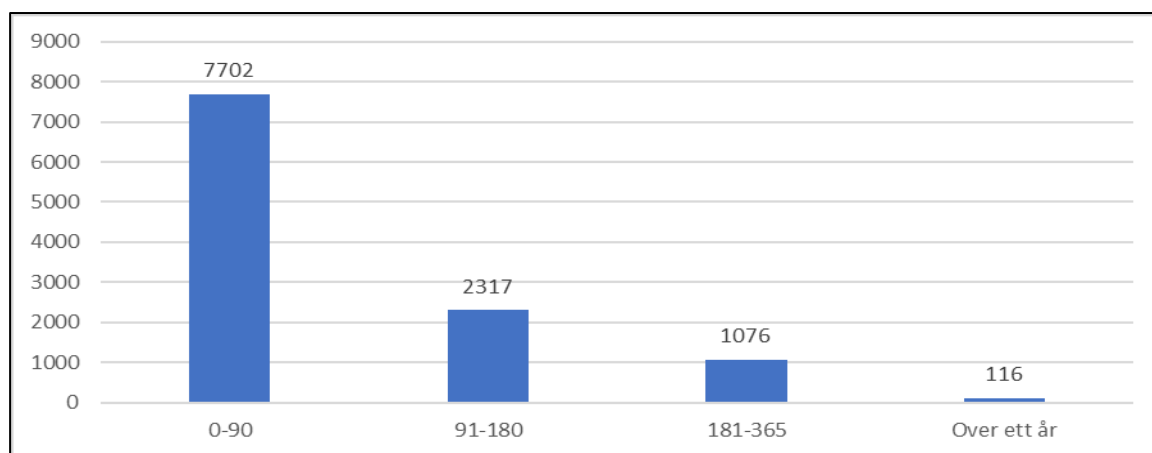
Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2019	2020	2021	Endring 2020 2021	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	61	66	76	10	15
Median ventetid i dager	52	54	56	2	4

Tabell 4 Gjennomsnitt ventetid i dager hittil i år fordelt på hovedfagområde og klinikk

Næring	Klinikknavn - UNN	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede
Total		76
Somatisk virksomhet	13 - Hjerter- og lungeklinikken	113
Somatisk virksomhet	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	84
Somatisk virksomhet	15 - Medisinsk klinikk	69
Somatisk virksomhet	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	61
Somatisk virksomhet	17 - Barne- og ungdomsklinikken	49
Psykisk helsevern voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	73
Psykisk helsevern voksne	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	
Psykisk helsevern barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	53
TSB	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	44

Figur 3 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



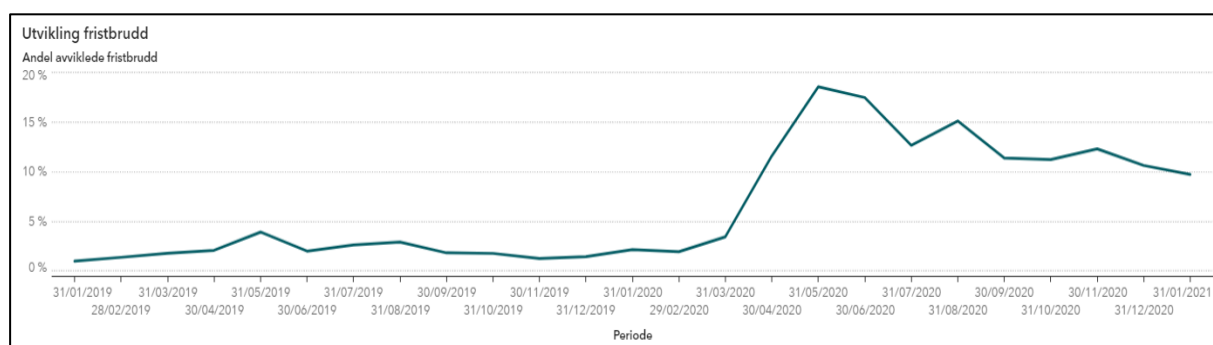
Fristbrudd

Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd
Total	1 393	11 211	12,4 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	135	2 074	6,5 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	20	563	3,6 %
15 - Medisinsk klinikk	250	1 262	19,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	25	602	4,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	854	6 187	13,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	108	520	20,8 %

Antall aktive fristbrudd ved utgangen av måneden totalt og pr klinikk. Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 4 Prosent avviklet fristbrudd



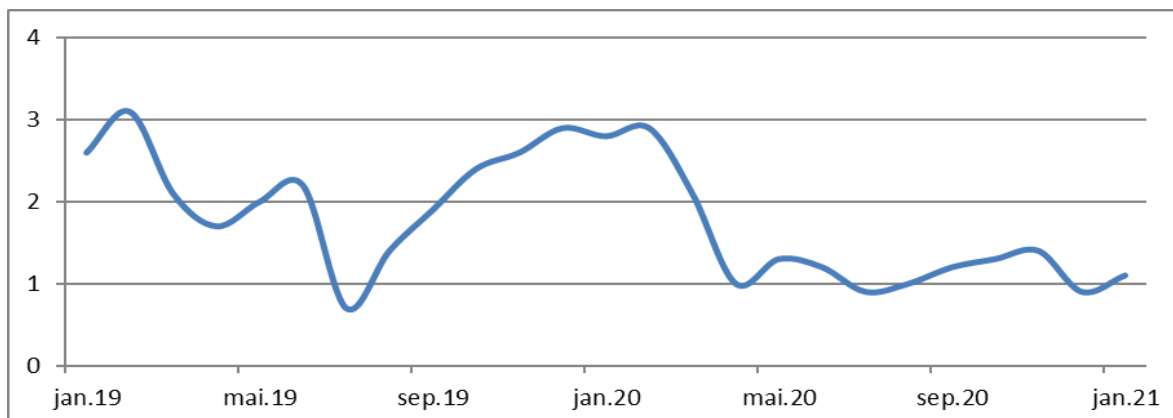
Andel avviklet etter frist per måned

Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	des.20	jan.21
SUM	481	558
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6	10
13 - Hjerter- og lungeklinikken	8	20
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	22	49
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	39	56
15 - Medisinsk klinikk	63	99
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	342	324

Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



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

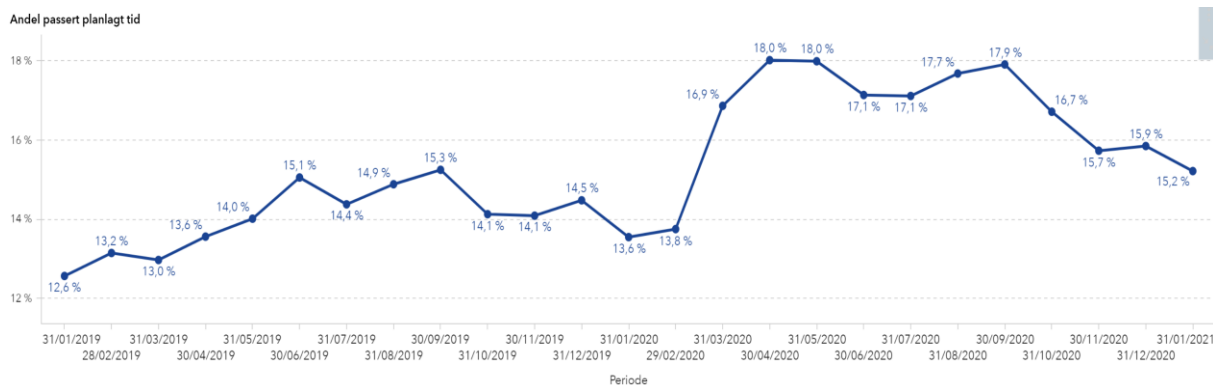
Tabell 7 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Hjertermed. post Tromsø	886	31	3,5 %
Ortopedisk post Tromsø	764	15	2,0 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	379	13	3,4 %
Ortopedisk post Harstad	320	13	4,1 %
Geriatrisk post Tromsø	397	12	3,0 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	655	8	1,2 %
Ort-kir. post Narvik	405	5	1,2 %
Medisinsk post A Harstad	360	5	1,4 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	674	5	0,7 %
Rehabiliteringspost Harstad	157	4	2,5 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	638	3	0,5 %
HLK kir. post Tromsø	655	1	0,2 %
Kirurgisk post Harstad	359	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

Passert planlagt tid

Figur 6 Andel passert planlagt tid



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

Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

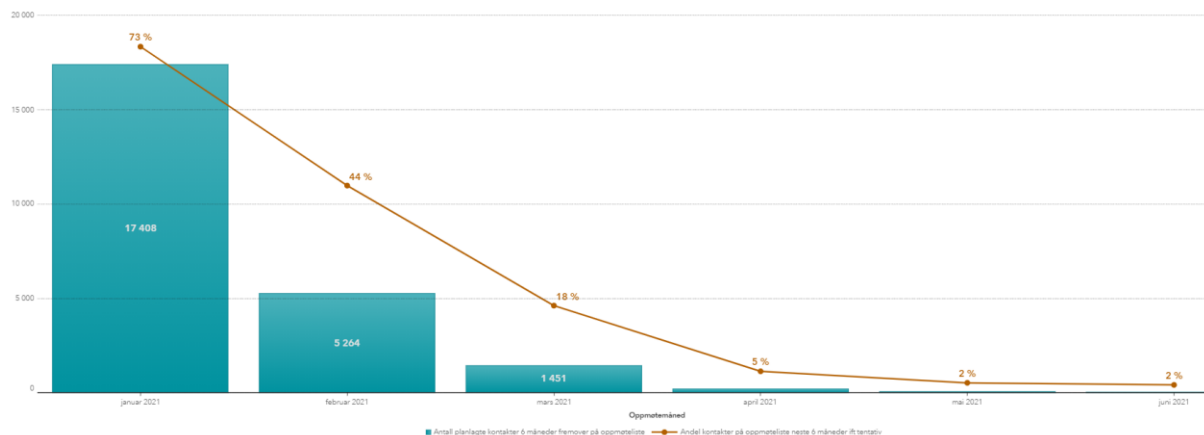
Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 177	1 509	29,1%
Øre-nese-hals sykdommer	6 224	1 468	23,6%
Lungesykdommer	2 467	1 040	42,2%
Fordøyelsessykdommer	4 122	876	21,3%
Hjertesykdommer	5 811	828	14,2%
Øyesykdommer	4 329	708	16,4%
Endokrinologi	2 978	656	22,0%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	5 432	631	11,6%
Psykisk helsevern barn og unge	3 666	492	13,4%
Psykisk helsevern voksne	3 200	339	10,6%

Tabell 9 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	31 605	5 118	16,2%
Medisinsk klinikk - UNN	10 188	2 068	20,3%
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	9 241	1 944	21,0%
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	7 062	791	11,2%
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	11 716	600	5,1%
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	3 556	376	10,6%
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	483	83	17,2%
Kvalitets- og utviklingsenter - UNN	70	25	35,7%
Akuttmedisinsk klinikk - UNN	1	1	100,0%

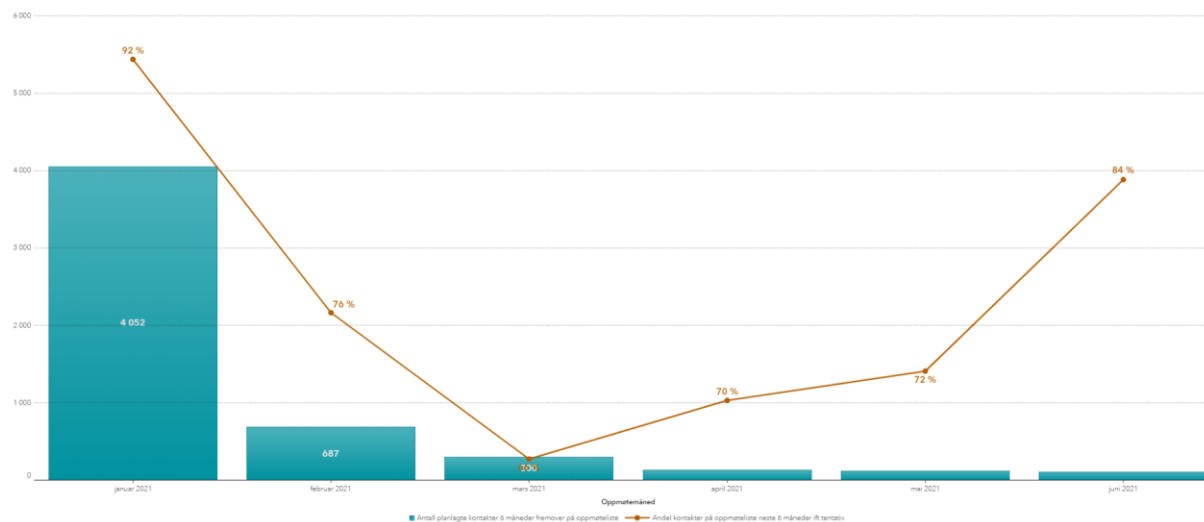
Planleggingshorisont

Figur 7 Antall og andel planlagte kontakter 6 mnd. fremover på oppmøteliste - Somatikk



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

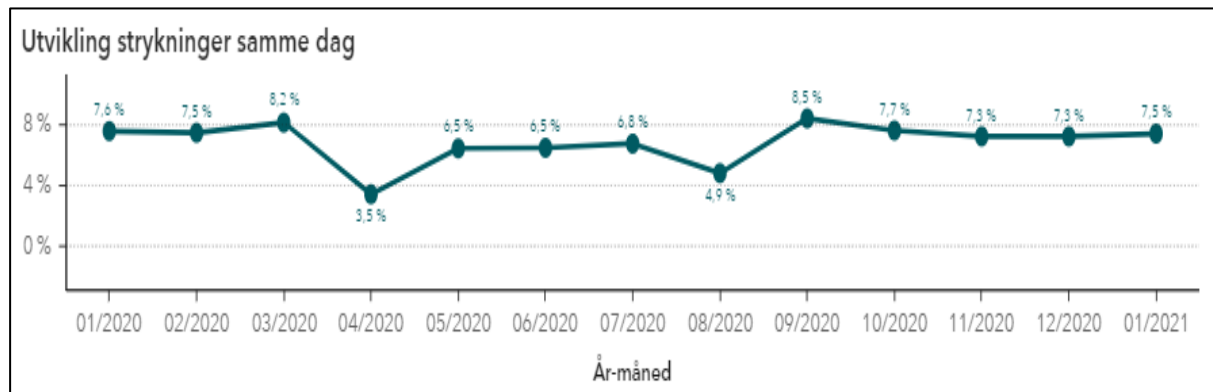
Figur 8 Antall og andel planlagte kontakter 6 mnd. fremover på oppmøteliste -Psykiatri



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

Strykninger

Figur 9 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

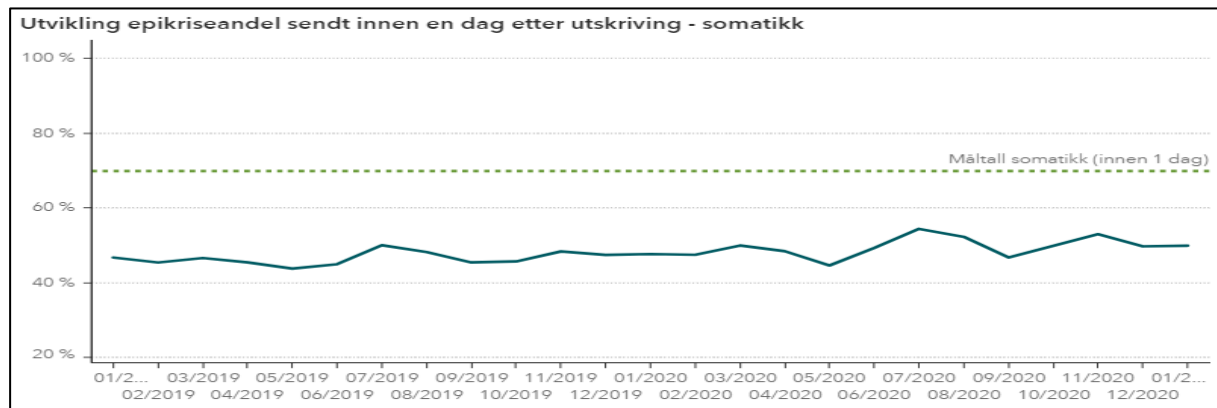


Tabell 10 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

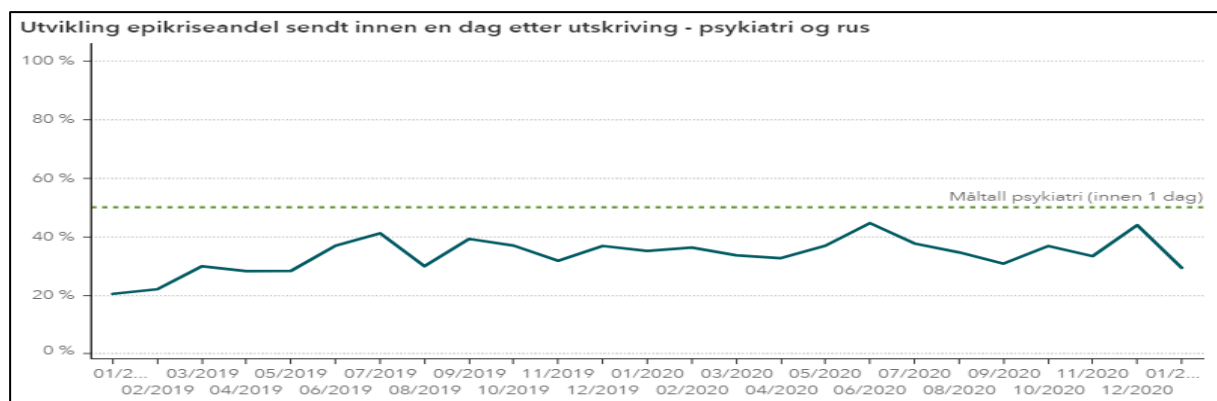
Strykningskategorier UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
SUM	578	105	18,2%
Sykehus - kliniske årsaker	89	26	29,2%
Sykehus - ikke klinisk årsak	200	53	26,5%
Årsaker hos pasient	289	26	9,0%

Epikrisetid

Figur 10 Epikriser - andel sendt innen en dag- somatikk



Figur 11 Epikriser - andel sendt innen en dag- psykiatri og rus

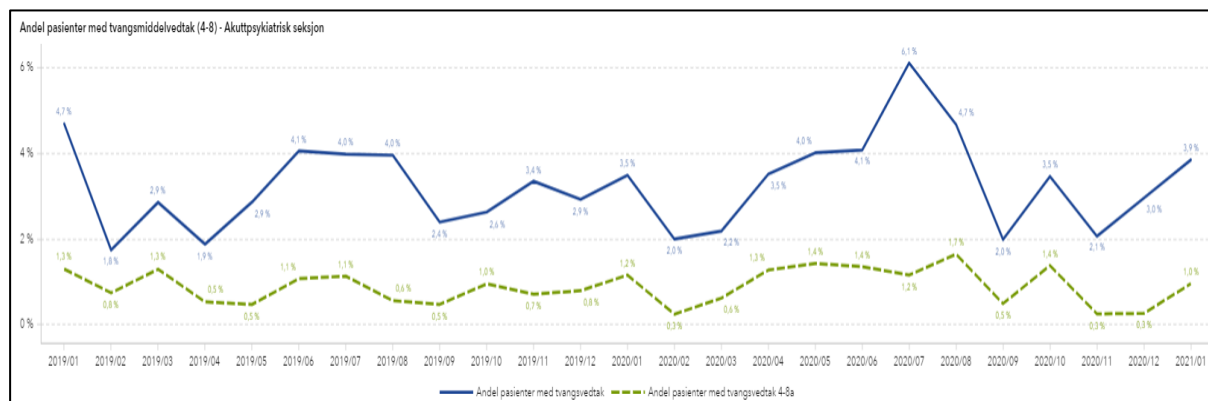


Tabell 11 Antall og andel epikriser sendt innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 1 dag
Total		1 407	46,9%
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	2	16,7%
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	67	27,8%
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	348	47,9%
Somatikk	13 - Hjerter- og lungeklinikken	235	46,8%
Somatikk	15 - Medisinsk klinikk	313	53,2%
Somatikk	17 - Barne- og ungdomsklinikken	47	61,8%
Somatikk	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	368	46,6%
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27	42,2%

Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 12 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 13 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



Aktivitet

Tabell 12 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	Psykisk helsevern, barn og unge	257	241	242	329	-15	-87	-6 %	-26 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 718	1 731	1 556	1 811	-162	-255	-9 %	-14 %
	Psykisk helsevern, voksne	3 915	4 034	3 847	3 996	-67	-149	-2 %	-4 %
	Somatikk	17 075	15 631	13 871	14 444	-3 205	-573	-19 %	-4 %
Konsultasjoner	Psykisk helsevern, barn og unge	2 999	3 024	3 498	2 925	499	573	17 %	20 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 259	1 198	1 206	1 260	-53	-54	-4 %	-4 %
	Psykisk helsevern, voksne	5 622	5 608	5 469	5 997	-153	-528	-3 %	-9 %
	Somatikk	24 962	28 895	26 080	25 435	1 118	645	4 %	3 %
Aktivitet UNN HF			2019	2020	2021	Plantall 2021	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2021
							Antall	%	Antall
Laboratorieanalyser		Somatikk	685 006	694 792	684 880	684 286	-126	0,0	594
Røntgenhenvisninger		Somatikk	14 212	13 553	11 685	13 387	-2 527	-17,8	-1 702
PET undersøkelser		Somatikk	95	140	117	112	22	23,2	5

DRG

Tabell 13 DRG-indeks og avdelingsopphold per klinikk - alle omsorgsnivå

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				
Klinikk	Indeks			Endring
	2020	2021	Endring	
Akuttmedisinsk klinikk	0,171	0,184	0,012	
Barne- og ungdomsklinikken	0,265	0,358	0,092	
Hjerte-lungeklinikken	0,581	0,681	0,100	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,221	0,217	-0,003	
Medisinsk klinikk	0,247	0,232	-0,015	
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,148	0,146	-0,003	
OPIN	0,086	0,058	-0,028	
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				
Klinikk	Indeks			Endring
	2020	2021	Endring	
Psykisk helse og rusklinikken	0,147	0,149	0,002	
Barne- og ungdomsklinikken	0,312	0,317	0,005	

Indeks: gjennomsnittstynge per avdelingsopphold målt i DRG - poeng.

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	191	194	-4
Barne- og ungdomsklinikken	312	296	17
Hjerte- og lungesklinikken	945	1 011	-66
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 641	1 776	-135
Medisinsk klinikk	879	1 011	-132
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1 777	1 878	-101
Operasjons- og intensivklinikken	7	7	0
Totalt Somatikk	5 752	6 173	-422
Klinikk (Psykatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	1 032	826	206
Psykisk helse og rusklinikken	776	1 183	-407
Totalt Psykiatri/rus	1 808	2 009	-201

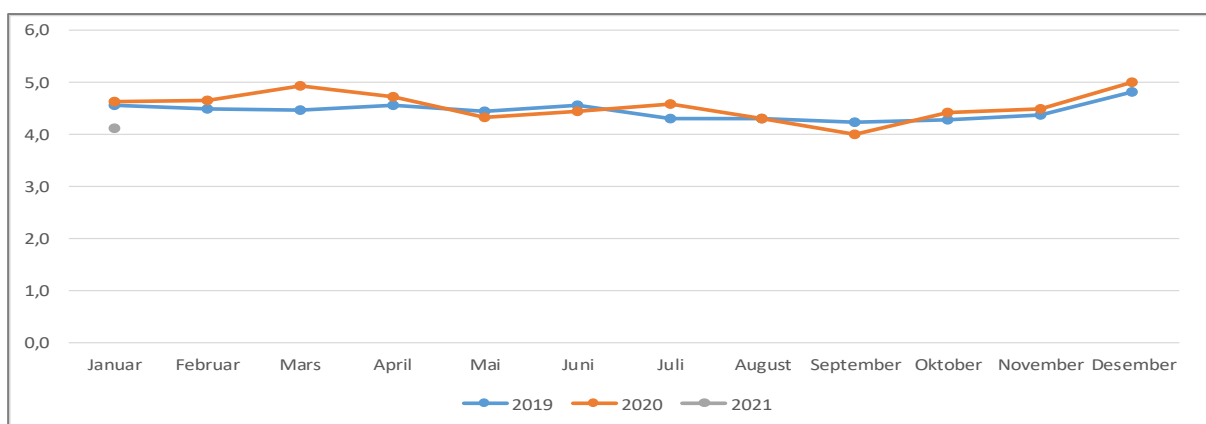
(avvik pr klinikk påvirkes av koronaen og den omorganiseringen som er gjort innen somatikk slik at totaltallet er det som gir mest mening).

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

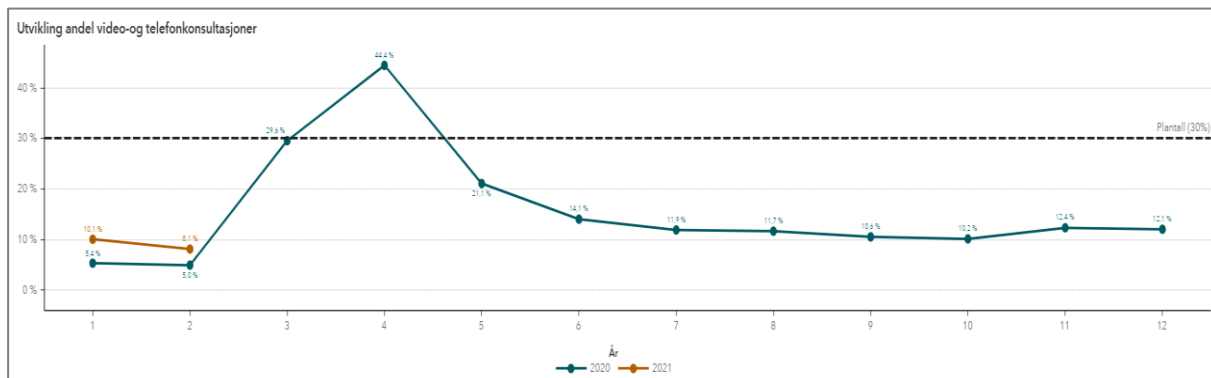
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,0	4,1	3,4
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,2	4,4
Medisinsk klinikk	5,3	5,4	5,0
BUK	5,7	6,4	7,0
NOR	4,9	4,9	4,4

Figur 14 Liggetid på sykehusopphold



Telemedisinsk aktivitet

Figur 15 Andel telemedisinsk aktivitet



Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

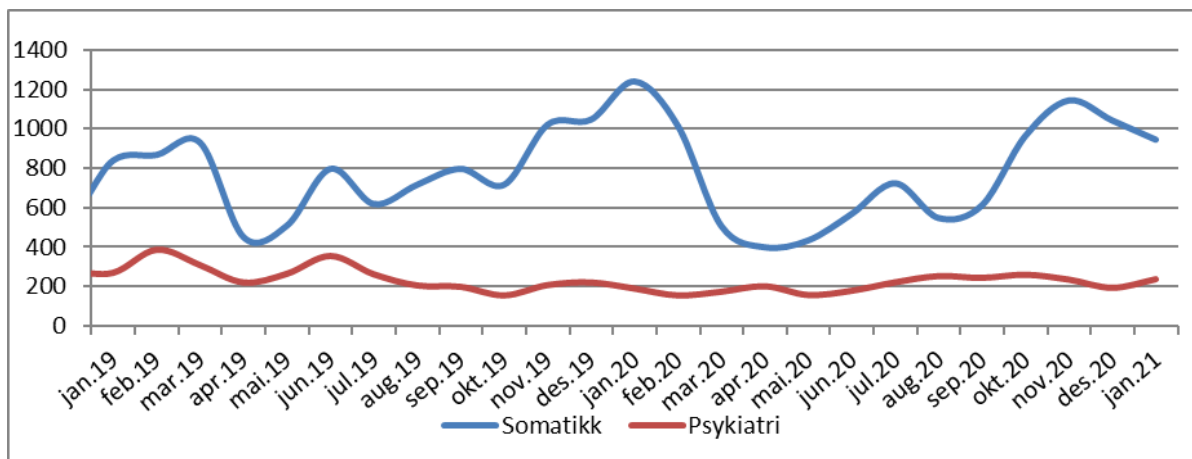
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2020	2021	Endring 20-21
Somatikk*	Økonomi	418 303	433 800	3,7 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	65 380	65 520	0,2 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	14 734	15 968	8,4 %
TSB	Økonomi	17 133	17 275	0,8 %
Somatikk	Konsultasjoner	28 895	26 080	-9,7 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	5 608	5 469	-2,5 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	3 024	3 498	15,7 %
TSB	Konsultasjoner	1 198	1 206	0,7 %
Somatikk	Ventetid	64,9	72,5	11,7 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,4	74,4	47,6 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,3	51,1	3,7 %
TSB	Ventetid	29,8	34,8	16,8 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 16 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

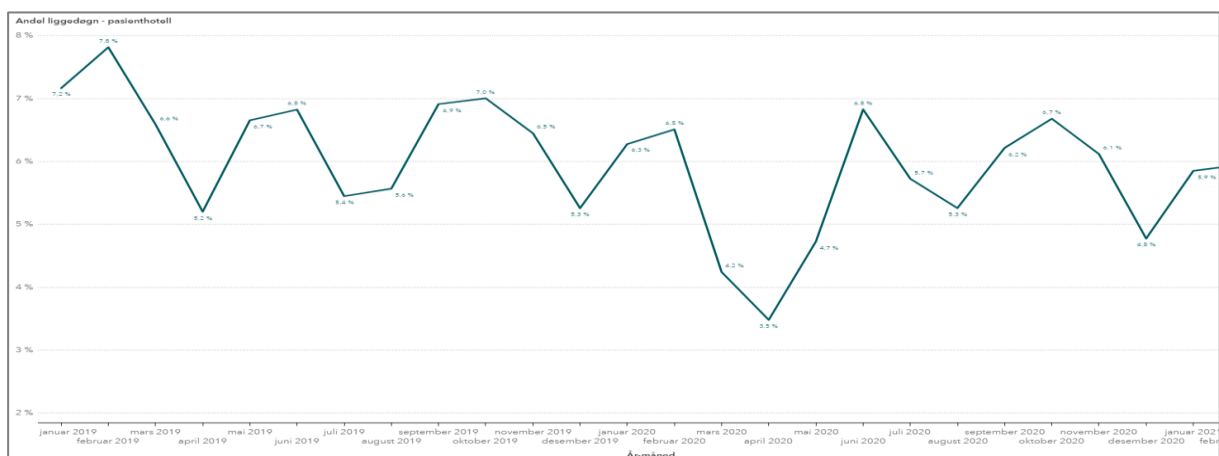


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

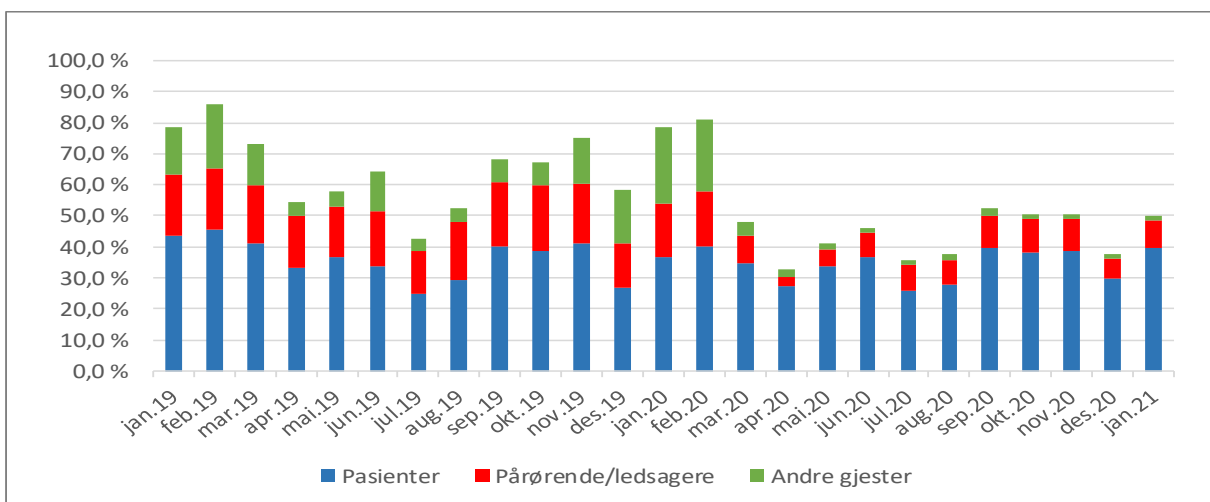
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	263	11	94	4	357	14
Ibestad	9	7	1	1	10	7
Tromsø	481	6	70	1	551	7
Bardu	15	4	13	3	28	7
Salangen	13	6	1	0	14	6
Tjeldsund	16	4	1	0	17	4
Nordreisa	18	4	0	0	18	4
Kvæfjord	9	3	1	0	10	3
Lødingen	5	2	1	0	6	3
Gáivuotna Kåfjord	5	2	1	0	6	3
Lyngen	8	3	0	0	8	3
Dyrøy	3	3	0	0	3	3
Narvik	55	2	1	0	56	2
Skjervøy	6	2	0	0	6	2
Kvænangen	2	2	0	0	2	2
Senja	22	1	0	0	22	1
Evenes	2	1	0	0	2	1
Gratangen	1	1	0	0	1	1
Målselv	4	1	0	0	4	1
Balsfjord	3	1	0	0	3	1
Karlsøy	0	0	0	0	0	0
Lavangen	0	0	0	0	0	0
Storjord	0	0	0	0	0	0
Sørreisa	0	0	0	0	0	0
SUM	9 016	47	2 324	12	11 340	59

Bruk av pasienthotell

Figur 17 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 18 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype



Personal

Bemanning

Tabell 18 Brutto utbetalte månedsverk

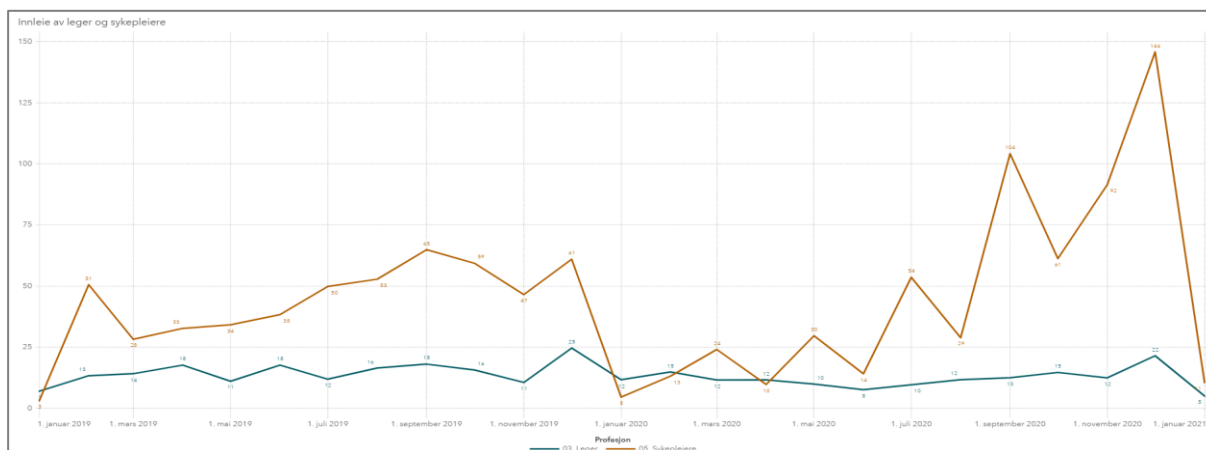
Måned	Faktisk 2021	Plantall 2021	Avvik mot plan
Januar	6 685	6 393	292
Februar			
Mars			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Snitt hittil i år	6 685	6 393	292

Tabellen viser faktiske månedsverk per måned korrigert for LIS 1 leger, ABIKO og ekstern virksomhet.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsverk 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/hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulansepersonell	11. Forskning
	178,3	13,2	45,4	-1,9	25,2	27,0	0,2	10,7	0,8	44,7	18,1	0,9
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,9	2,8	14,4	-1,3	-	3,5	0,1	-	-	-0,7	18,1	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10,0	1,9	2,1	0,8	-	8,7	-3,1	-0,1	-	-1,3	-	1,0
13 - Hjerter- og lungeklinikken	51,8	-2,2	8,8	-9,2	-0,8	56,8	-0,9	1,0	-	0,3	-	-2,0
15 - Medisinsk klinikk	21,1	-3,5	6,7	2,0	-1,0	6,8	1,9	10,0	0,0	0,7	-	-2,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	10,6	2,6	2,8	-1,7	9,0	1,1	-0,1	-	-	-	-	2,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-63,1	3,5	-5,9	-4,1	-0,8	-67,4	0,1	-	-	11,6	-	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikk	16,0	0,4	-8,4	9,9	3,2	8,4	0,5	-1,0	-	3,2	-	-0,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27,4	-4,8	19,2	-4,5	15,6	3,7	-1,4	-	-	0,7	-	-
30 - Diagnostisk klinikk	21,2	3,9	0,6	6,0	-	-1,1	3,2	-0,2	0,8	8,0	-	0,0
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	4,7	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
45 - Drifts- og eiendomssenteret	25,6	1,6	0,7	-	-	-	-	1,0	-	22,3	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	15,4	3,1	2,9	1,0	-	6,4	-	-	-	-	-	2,0
50 - Direktøren	0,4	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabsenteret	0,3	-0,8	1,5	-0,8	-	0,4	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-0,1	-0,1	0,0	-	-	-0,1	0,1	-	-	-	0,0	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsverk 2020-2021 fordelt per profesjon.

Figur 19 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

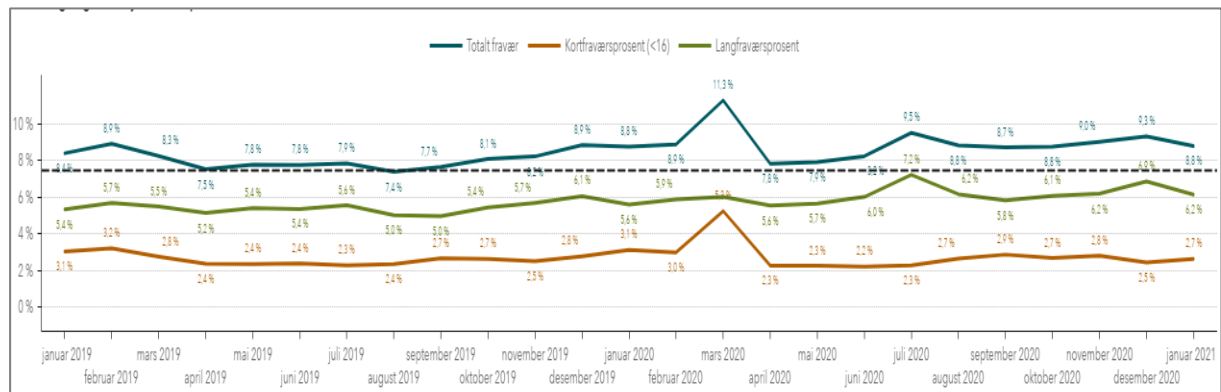
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2020		2021	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	4,6	11,7	10,5	5,1
10 - Akuttmedisinsk klinikk	0,0	0,2	0,5	0,6
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,2	1,5	0,0	0,6
13 - Hjerter- og lungelinikken	0,0	0,6	1,6	0,0
15 - Medisinsk klinikk	0,0	0,1	0,0	0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,3	0,0	0,0	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	4,0	1,9	8,5	2,8
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	0,1	0,8	0,0	0,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	3,2	0,0	0,1
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	3,3	0,0	0,3

Sykefravær

Figur 20 Sykefravær



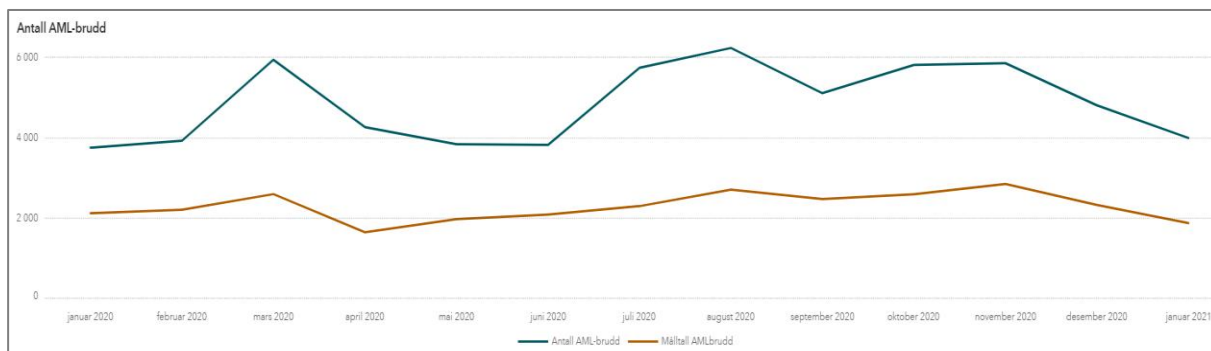
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

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

AML-brudd

Figur 21 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	3 999	3 759	6,4 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	656	604	8,6 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	446	465	-4,1 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	528	305	73,1 %
15 - Medisinsk klinikk	365	260	40,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	157	135	16,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	304	636	-52,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	607	668	-9,1 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	457	331	38,1 %
30 - Diagnostisk klinikk	262	209	25,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1	1	0,0 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	153	119	28,6 %

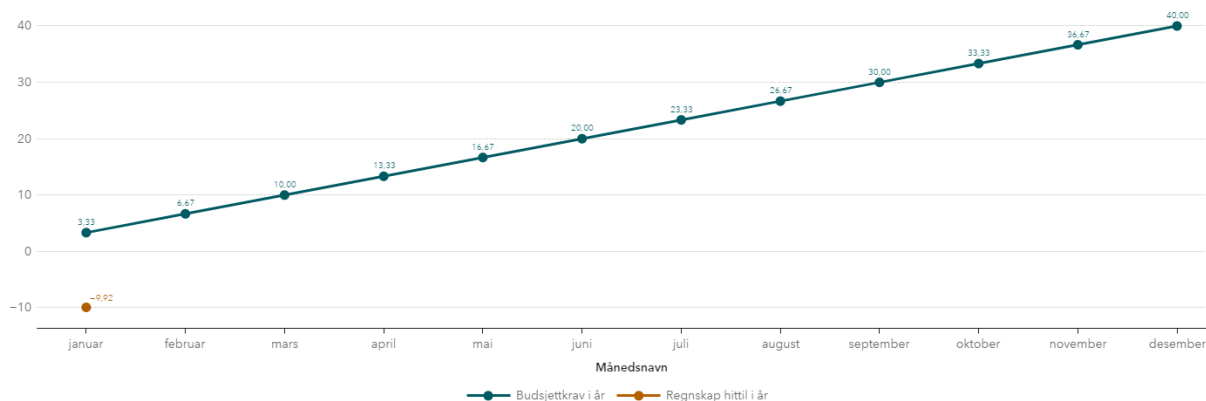
Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2020 til 2021

Økonomi

Resultat

Figur 22 Akkumulert regnskap og budsjett 2021

Budsjettkrav og regnskap (tall i hele millioner)



Tabell 23 Resultatregnskap 2021

	Januar				Akkumulert per Januar			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Resultatrapportering (tall i mill kr)								
Basisramme	443,1	443,1	0,0	0 %	443,1	443,1	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	2,6	2,6	0,0	0 %
ISF egne pasienter	140,8	155,0	-14,2	-9 %	140,8	155,0	-14,2	-9 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	13,3	12,9	0,4	3 %	13,3	12,9	0,4	3 %
Gjestepasientinntekter	2,0	3,5	-1,5	-44 %	2,0	3,5	-1,5	-44 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,2	16,0	2,2	14 %	18,2	16,0	2,2	14 %
Utskrivningsklare pasienter	3,0	2,6	0,4	15 %	3,0	2,6	0,4	15 %
Andre øremerkede tilskudd	35,8	37,7	-1,8	-5 %	35,8	37,7	-1,8	-5 %
Andre driftsinntekter	31,6	36,7	-5,1	-14 %	31,6	36,7	-5,1	-14 %
Sum driftsinntekter	690,5	710,2	-19,7	-3 %	690,5	710,2	-19,7	-3 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	22,3	18,5	3,8	20 %	22,3	18,5	3,8	20 %
Kjøp av private helsetjenester	1,8	3,6	-1,8	-49 %	1,8	3,6	-1,8	-49 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	88,1	86,1	2,0	2 %	88,1	86,1	2,0	2 %
Innleid arbeidskraft	1,6	2,2	-0,6	-28 %	1,6	2,2	-0,6	-28 %
Lønn til fast ansatte	383,3	381,1	2,2	1 %	383,3	381,1	2,2	1 %
Overtid og ekstrahjelp	29,4	22,1	7,3	33 %	29,4	22,1	7,3	33 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,8	58,8	0,0	0 %	58,8	58,8	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,9	-23,3	-5,6	24 %	-28,9	-23,3	-5,6	24 %
Annen lønnskostnad	31,6	30,6	1,1	3 %	31,6	30,6	1,1	3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	417,0	412,7	4,3	1 %	417,0	412,7	4,3	1 %
Avskrivninger	26,4	26,9	-0,4	-2 %	26,4	26,9	-0,4	-2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	85,2	98,5	-13,3	-14 %	85,2	98,5	-13,3	-14 %
Sum driftskostnader	699,6	705,1	-5,5	-1 %	699,6	705,1	-5,5	-1 %
Driftsresultat	-9,1	5,0	-14,1	-280 %	-9,1	5,0	-14,1	-280 %
Finansinntekter	0,3	0,5	-0,2		0,3	0,5	-0,2	
Finanskostnader	1,1	2,2	-1,1		1,1	2,2	-1,1	
Finansresultat	-0,8	-1,7	0,9		-0,8	-1,7	0,9	
Ordinært resultat	-9,9	3,3	-13,3	-398 %	-9,9	3,3	-13,3	-398 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

Utgår denne måneden.

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

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Januar			Akkumulert per Januar		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	39,7	38,2	-1,5	39,7	38,2	-1,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21,8	16,5	-5,3	21,8	16,5	-5,3
13 - Hjerte- lungeklinikken	17,9	16,7	-1,1	17,9	16,7	-1,1
15 - Medisinsk klinikk	35,6	29,7	-5,8	35,6	29,7	-5,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	19,8	18,9	-0,9	19,8	18,9	-0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken	63,8	63,1	-0,8	63,8	63,1	-0,8
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26,9	22,2	-4,7	26,9	22,2	-4,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,6	62,9	1,3	61,6	62,9	1,3
30 - Diagnostisk klinikk	56,8	49,7	-7,1	56,8	49,7	-7,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,5	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	42,9	43,9	1,0	42,9	43,9	1,0
46 - Fag- Og Kvalitetssenteret	1,4	1,6	0,2	1,4	1,6	0,2
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,4	6,0	0,6	5,4	6,0	0,6
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	5,1	6,1	1,0	5,1	6,1	1,0
52 - Stabssenteret	11,0	11,5	0,5	11,0	11,5	0,5
62 - Felles	-400,8	-393,8	7,0	-400,8	-393,8	7,0
Totalt	-9,9	3,3	-13,3	-9,9	3,3	-13,3

Prognose

UNN har en prognose om et budsjettavvik på kr 0,- for 2021, det vil si at en oppnår Helse Nord RHF sitt resultatkrav.

Vedlegg:

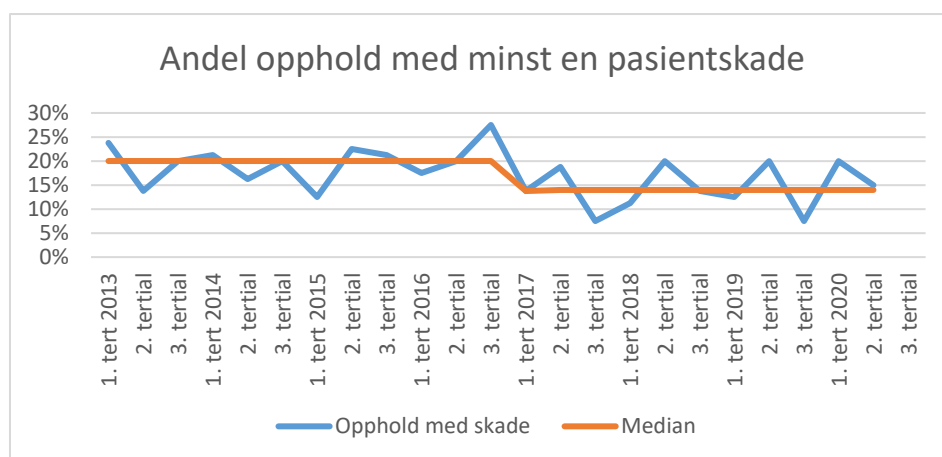
Pasientsikkerhet 3. tertial. 2020

Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 3. tertial 2020 til KVR

Plan for videre arbeid med pasientsikkerhet etter avslutning av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble vedtatt i Kvalitetsutvalget 19/03-2019. Her ønskes fortsatt tertialvise rapporter om innsatsområdene.

Måling av nivå av pasientskader (GTT): Tallene for 2020 er ikke klare enda, det er kun 2 tertial for 2020 som er rapportert.

Det er krav i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF at andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før. Grafen viser utvikling i pasientopphold med skade fra 2013 -2. tertial 2020.



Tabell: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade og tilhørende 95 % konfidensintervall (KI).

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)

(kilde Helsedirektoratet, rapport 4/11-2020).

Legemiddelsamstemming: Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse var 38,6 % i 2020 mot 34,1 % i 2019. Dette tallet speiler nok ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i Dips. Registrering av andel samstemt vil bedre seg når elektronisk kurve (MetaVision) tas i bruk.

Pasientsikkerhetsvisitter: Høsten 2020 startet adm.direktør med pasientvisitter. Dette er en strukturert samtale mellom direktøren og en tverrfaglig gruppe på 4-5 medarbeidere som arbeider pasientnært. Fem enheter er besøkt i 2020. Bevarings- og forbedringsområder arbeides videre med innenfor Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper og -utvalg.

Somatisk virksomhet: Det er mottatt rapporter fra 24 enheter innenfor somatisk virksomhet. 18 enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater.

15 enheter har risikotavler, hvor man følger opp risikoområder i forhold til den enkelte pasient. Det er en økning på 6 fra 2019.

Smittevernvisitter: Gjennomføres månedlig ved alle enheter. Smittevernsenteret utarbeider egne rapporter over disse. Her telles også opp urinkatetre uten indikasjon.

Forebygging av fall: 3. tertial 2020 er det meldt 146 fall som pasienthendelser i avvikssystemet. For hele 2020 er det registrert mer enn 300 fall. Det er en betydelig økning i meldte fall i forhold til 2019.

Det er gjennomført et innovasjonsprosjekt ved Geriatrik avdeling Tromsø og Medisinsk avdeling Narvik, som har prøvd ut teknologiske hjelpemidler til fallforebygging. Geriatrik avdeling kan vise til betydelig nedgang i antall fall etter å ha tatt i bruk sengematter, vandrealarm og romovervåkning.

Forebygging av trykksår: For hele 2019 er det registrert 41 trykksår/begynnende trykksår. Dette er på samme nivå som 2019.

Trykksårteamet gjør en stor innsats i forhold til internundervisning om emnet på sengepostene.

Nye innsatsområder: *Trygg utskrivning og Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost.* Her er pilotene avsluttet, og innføring ved andre relevante enheter i UNN må gjennomføres i løpet av 2020. Spredningsseminar er utsatt pga Covid-19-pandemien.

Egne prosjekter: 14 enheter rapporterer at de har ett eller flere egne prosjekter utover innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet.

Klinikkvis oversikt:

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene, men det er noen enkeltelementer som mangler ved enkelte enheter. Disse områdene er merket med lys grønn i de klinikkvise fremstillingene. Der de ikke er i gang, men planlegger oppstart/re-start er de merket gult.

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

Barne- og ungdomsklinikken:

Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet. BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 69,7 % av innleggelsene 3. tertial.

Hjerte- og lungeklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Hjerte- og lungeklinikken	8,7 %									
Hjertemed sengepost										Eget journalnotat ved utreise
Hjerte/lunge/kirurgisk avdeling sengepost										PVK, utskrivningssamtale
Lungemed										Tavlemøter daglig

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Medisinsk klinikk	44,7 %									
Blod og endokrin										
Inf med										Revurdering av AB
Fordøyelse/Nyre										Opplæring i forebygging av vold og unngå skade i truende situasjoner, Intox fastvakt-kort
Geriatrisk										Fallforebygging vha teknologi fullført
Med A og B Narvik				TILT + PedSafe						Ernæringscreening eget prosjekt
Med. avdeling Harstad (A+B)		Startet prosjekt "fallskjerm"		NEWS2 + PedSafe	Legene bidrar i akuttinntak					Simuleringstrening inn i rutine, "prosjekt Fallskjerm", innført NEWS2, MetaVision, væskebalanse, prosedyrerevidering,

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
K3K	29,4 %									
Føde/Barsel Tromsø				ONEWS		Hyperemesis-pasienter				Implementering av ny veileder i fødselshjelp, Partner i barsel (utsatt pga korona), reduksjon av sfinkterrupturer, evaluering «mor-barn-vennlig sykehus» (MBVI) og kvalitetssikring av ernæring nyfødte, elektronisk lagring/tilgang fosterovervåkning (CTG/STAN), oppfølging smittevern og logistikk mv mht Covid-19
Føde/gyn Harstad				ONEWS 2021						Kval.sikr. opr.melding, red. akutt sectio, sjekklister utskrivning
Føde/gyn Narvik				ONEWS						Post-partum blødning og rifter
Kreft										
Gastro kir							Kreftpasienter			
Gyn,uro,endo,plast										Reduksjon av bredspektret AB
Kir. Harstad				NEWS2						Brokksenter, pasientdagbøker, MetaVision

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	48,8 %									
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling										
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen										Ikke besvart
Ortopeden Tromsø		Eget fallprosjekt					Har utskrivnings-koordinator		Bruker sengepost-lista	
Ortopeden Harstad										Ikke besvart
Fys.- og rehab.medisin Tromsø (Døgn)										
Ortopedisk/kirurgisk post Narvik							For enkelte pas.gr, sjekklister			Forebygging av flebitt rt PVK, ID-merking av pas
Fys.- og rehab.medisin Harstad (Døgn)				NEWS2						Kommunikasjon med hjemkommune - oppfølging via tavle

Operasjons- og intensivklinikken:

Det er ikke mottatt noen rapporter fra Operasjons- og intensivklinikken 3. tertial 2020. Det er imidlertid få innsatsområder som er rettet mot disse enhetene. Det innsatsområdet som er spesifikt rettet mot virksomheten her er Trygg kirurgi. Her er det utviklet en rapport i HN LIS, slik at det til enhver tid er oppdaterte rapporter tilgjengelig.

Trygg kirurgi – bruk av sjekklister: Her leveres resultater for bruk av sjekklister for trygg kirurgi mellom 80 og 100 %.

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Akuttmedisinsk klinikk										
Akuttmottak og obs.post Tromsø	Obs.post	Kun risikovurdering	Kun risikovurdering	Obs.post - TILT Akuttmottak RETTS			Tilpasset: Obs.post starter planl. og formidler info			
Akuttmottak Narvik		Tilpasset	Tilpasset							Øvelse teammottak, mottaksprosedyre, ventetider ak.mottak, kartlegging pas.forløp, felles morgenmøte, kommunesammenslåing
Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Risikovurderer, mangler utstyr	Ikke TILT i AM						

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

Psykisk helse og rusklinikken:

PHRK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 52,9 % av innleggelsene 3. tertial.

Psykisk helse- og rusklinikken kjører to årlige læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken og gjelder også poliklinikkene. Det avholdes telematikk-møter mellom samlingene hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Forbedringsområdene og innsatsområdene rapporteres samlet. For 3. tertial er det mottatt 21 rapporter. Disse er sammenfattet i de følgende tabeller (markert grønt).

Forbedringstavle	
Risikotavle	
Deltatt LN siste år	
Inkl. brukerperp.	
Selvevaluering	
Sams. legemiddel	
Foreb. selvmord	
Foreb. overdose	

Forklaring:
x – ja
U – uaktuelt
1-5 selvevaluering i tråd med skjema
Tomme felt er ikke besvart

Sak 19/2021 - Vedlegg 2

	Seksjon / Senter	Enhet	Leverte Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid																
Avd. Nord	SPHR Nord-Troms	VPP																			
		AAT / Døgn																			
	SPHR Tromsø - poliklinikk	AAT	x	* Ringe tilbake ordningen * Innføring av pakkeforløp * Medarbeidersamtaler med alle ansatte																	
		VPP Tromsø	x	* Pakkeforløp * Veiledningstiltak som følge av ForBedring: ny faglig plattform, en spesialist tilgjengelig en time hver uke til behandlere Slike tilsetting i alle behandlerstillinger. *Ventelisteprojektet – behandlere skal avvikle 8 pasientsaker hver innen 01.03.21; fagdag – fokus på avslutnings / avslutningskriterier; etablere bedre oversikt over refordelinger i poliklinikken. *Medarbeidersamtaler våren 2021 * Smittevern																	
		VPP Storsteinnes	x	*Arbeidsbelastning etter nedtrekk av stilling - *Pakkeforløp, interne fagmøter – gjennomført 4 møter høsten 2020	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td></td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>3</td></tr><tr><td>Sams. Legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. Selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. Overdose</td><td>u</td></tr></table>	Forbedringstavle	x	Risikotavle		Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.		Selvevaluering	3	Sams. Legemiddel	x	Foreb. Selvmord	x	Foreb. Overdose	u
		Forbedringstavle	x																		
		Risikotavle																			
	Deltatt LN siste år	x																			
	Inkl. brukerperp.																				
	Selvevaluering	3																			
Sams. Legemiddel	x																				
Foreb. Selvmord	x																				
Foreb. Overdose	u																				
Amb. rehab-team	x	Omstilling til FACT																			
Medikamentfritt behandlingstilbud																					
SPHR Tromsø – døgn	Døgn Storsteinnes																				
	Døgn 1	x Felles rapp.	*Feed-back verktøy – utprøving /impl ORS/SRS. SRS er implementert etter samtale med behandlingsteam. *Avviksmelding – opplæring Døgn 2 *Legemiddelhåndtering – kvalitetssikring etter intern revisjon *Smittevern – hovedmål: trygt og sikkert smittevern for pasienter og personal.	Kommentar til overdose: kommende prosjekt. <table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>X</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>X</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>4</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td></td></tr></table>	Forbedringstavle	X	Risikotavle	X	Deltatt LN siste år	X	Inkl. brukerperp.	X	Selvevaluering	4	Sams. legemiddel	X	Foreb. selvmord	X	Foreb. overdose		
	Forbedringstavle				X																
Risikotavle	X																				
Deltatt LN siste år	X																				
Inkl. brukerperp.	X																				
Selvevaluering	4																				
Sams. legemiddel	X																				
Foreb. selvmord	X																				
Foreb. overdose																					
Døgn 2																					

	Seksjon / Senter	Enhet	Lever Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets- arbeid																
Avd. Sør	SPHR Ofoten	AAT																			
		VPP																			
		Døgn	x	*Pakkeforløp – målinger ihht registrering av koder. Pakkeforløp gjennomføres og følges internt. *Kommune-samhandling: veiledning til alle kommuner.	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>X</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td></td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>4</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>u</td></tr></table>	Forbedringstavle	X	Risikotavle		Deltatt LN siste år	X	Inkl. brukerperp.		Selvevaluering	4	Sams. legemiddel	X	Foreb. selvmord	X	Foreb. overdose	u
		Forbedringstavle	X																		
	Risikotavle																				
	Deltatt LN siste år	X																			
	Inkl. brukerperp.																				
	Selvevaluering	4																			
	Sams. legemiddel	X																			
	Foreb. selvmord	X																			
	Foreb. overdose	u																			
SPHR Midt-Troms	AAT	x Felles rapp.	*Pakkeforløp: basisutredning TSB iverksatt ved Rusteamene, forløpskoordinator fra 1.3.20, involvering av pårørende. *Smittevern *Bedre systematikk i SRV (selvmords risikovurdering) og forbedring av dokumentasjon – riktig bruk av maler i dips og utarbeidelse av intern prosedyre *Øke kunnskap om prosedyrer ift alvorlige hendelser, vold og trusler.	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td></td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td></td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td></td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td></td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>*</td></tr></table>	Forbedringstavle		Risikotavle		Deltatt LN siste år		Inkl. brukerperp.		Selvevaluering		Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose	*	
	Forbedringstavle																				
	Risikotavle																				
	Deltatt LN siste år																				
Inkl. brukerperp.																					
Selvevaluering																					
Sams. legemiddel	x																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose	*																				
VPP				*settes på dagorden i 2021																	
Døgn																					
SPHR Sør-Troms	AAT	x	*Kvalitetssikre suicidal risikovurdering. *Utvikle samhandling mellom andre enheter på senteret for faglig utvikling, kvalitetssikre pasientbehandling	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td></td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>x</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>2</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>U</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td></td></tr></table>	Forbedringstavle		Risikotavle		Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.	x	Selvevaluering	2	Sams. legemiddel	U	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose		
	Forbedringstavle																				
	Risikotavle																				
	Deltatt LN siste år	x																			
Inkl. brukerperp.	x																				
Selvevaluering	2																				
Sams. legemiddel	U																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose																					
VPP	x	*Opplæring og veiledningstiltak som følge av ForBedring: -Gruppeveiledning for yngre psykologer -Forsøke avholde kurs i MBT -Team-veiledning -Kollegaveiledning																			
Døgn	x	*Pakkeforløp – feedback og behandlingsplanen *Miljøterapi – mer aktiv bruk av miljøterapi, spesifikk ukeplan /dagsplan og involvere pasienter i større grad i egen behandling Metavisjon – elektronisk kurve er innført	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>X</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>X</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>4</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>*</td></tr></table>	Forbedringstavle	X	Risikotavle	X	Deltatt LN siste år	X	Inkl. brukerperp.	X	Selvevaluering	4	Sams. legemiddel	X	Foreb. selvmord	X	Foreb. overdose	*		
Forbedringstavle	X																				
Risikotavle	X																				
Deltatt LN siste år	X																				
Inkl. brukerperp.	X																				
Selvevaluering	4																				
Sams. legemiddel	X																				
Foreb. selvmord	X																				
Foreb. overdose	*																				
				Kommentar til overdose: Ikke fokus																	

	Seksjon / Senter	Enhet	Levert Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhetsarbeid																
Psykiatrisk avdeling	Sikkerhets psykiatrisk seksjon	Sikkerhet døgn	x Felles rapp	*Krisemestringsplan – alle pasienter som skrives ut og/eller har permisjon skal inneha en plan *Ettersamtale ved tvangsbruk – alle pasienter skal få tilbud om ettersamtale når de er utsatt for tvangsbruk	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td></td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td></td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>2</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>u</td></tr></table>	Forbedringstavle		Risikotavle		Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.		Selvevaluering	2	Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose	u
		Forbedringstavle																			
	Risikotavle																				
	Deltatt LN siste år	x																			
	Inkl. brukerperp.																				
	Selvevaluering	2																			
	Sams. legemiddel	x																			
	Foreb. selvmord	x																			
	Foreb. overdose	u																			
	Sikkerhet rehabilitering		Kommentar: Gruppen ift pasientsikkerhet er oppløst av ulike grunner, lite ressurser pga omstendigheter med nyetablering av enhet og pandemi.																		
Alder-psykiatrisk seksjon	Alderpsyk. poliklinikk	x		<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td></td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td></td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>x</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>5</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>u</td></tr></table>	Forbedringstavle		Risikotavle		Deltatt LN siste år		Inkl. brukerperp.	x	Selvevaluering	5	Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose	u	
	Forbedringstavle																				
Risikotavle																					
Deltatt LN siste år																					
Inkl. brukerperp.	x																				
Selvevaluering	5																				
Sams. legemiddel	x																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose	u																				
	Alderpsyk. døgn																				
Akutt-psykiatrisk seksjon	Akuttpost Tromsø																				
	Akuttpost Sør	x	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td></td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>4</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td></td></tr></table>	Forbedringstavle	x	Risikotavle	x	Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.		Selvevaluering	4	Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose			
	Forbedringstavle	x																			
	Risikotavle	x																			
Deltatt LN siste år	x																				
Inkl. brukerperp.																					
Selvevaluering	4																				
Sams. legemiddel	x																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose																					
	Akuttpost Nord																				
	PRE	x	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td></td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>x</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>3</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>x</td></tr></table>	Forbedringstavle	x	Risikotavle		Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.	x	Selvevaluering	3	Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose	x		
Forbedringstavle	x																				
Risikotavle																					
Deltatt LN siste år	x																				
Inkl. brukerperp.	x																				
Selvevaluering	3																				
Sams. legemiddel	x																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose	x																				

	Seksjon / Senter	Enhet	Lever Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid																
Rusavdelingen	Rus-seksjon Narvik	Avrusning	x Felles rapp	*Smittevernarbeid *SEPREP tverrfaglig videreutdanning – komp.løft Oppstart jan 2021. *KvaRus – impl. *Brukerundersøkelser til pasientene – alle fyller ut ved utreise. *Veiledning til personalgruppen *Utredning av Nalokson nesespray før utreise. *Bedre samhandling med kommunalt hjelpeapparat *Fokus på kartlegging av behov for IP *Undervisning/scenariotrening for medisinsk personell på ulke akutte hendelser. *Håndtering av aggresjonsproblematikk *Epikrisetall *Impl av MetaVision *Melding av avvik	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td></td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td>X</td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>X</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>X</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td>4</td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>X</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>x</td></tr></table>	Forbedringstavle		Risikotavle	X	Deltatt LN siste år	X	Inkl. brukerperp.	X	Selvevaluering	4	Sams. legemiddel	X	Foreb. selvmord	X	Foreb. overdose	x
		Forbedringstavle																			
	Risikotavle	X																			
	Deltatt LN siste år	X																			
	Inkl. brukerperp.	X																			
Selvevaluering	4																				
Sams. legemiddel	X																				
Foreb. selvmord	X																				
Foreb. overdose	x																				
Døgn																					
Rus-seksjon Tromsø	Ruspoliklinikk																				
	Avrusning	x	*Gjennomgang av akutte rutiner, akuttkoffert og HHLR *Innføring av behandlingsplan TSB – dynamisk plan som brukes gjennom hele forløpet *Innføring av KvaRus – tverrfaglig kartlegging som gjennomføres på pasienter i pakkeforløp *Reel brukermedvirkning – sikre at pasientens ønsker blir fanget opp og ivarettatt. *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. *Bruk av klinisk farmasøyt	<table><tr><td>Forbedringstavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Risikotavle</td><td>x</td></tr><tr><td>Deltatt LN siste år</td><td>x</td></tr><tr><td>Inkl. brukerperp.</td><td>x</td></tr><tr><td>Selvevaluering</td><td></td></tr><tr><td>Sams. legemiddel</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. selvmord</td><td>x</td></tr><tr><td>Foreb. overdose</td><td>x</td></tr></table>	Forbedringstavle	x	Risikotavle	x	Deltatt LN siste år	x	Inkl. brukerperp.	x	Selvevaluering		Sams. legemiddel	x	Foreb. selvmord	x	Foreb. overdose	x	
	Forbedringstavle	x																			
	Risikotavle	x																			
Deltatt LN siste år	x																				
Inkl. brukerperp.	x																				
Selvevaluering																					
Sams. legemiddel	x																				
Foreb. selvmord	x																				
Foreb. overdose	x																				
Rusbeh. restart																					
Rusbeh. ung			Gitt tilbakemelding om at enheten ikke har mulighet til å rapportere.																		