



Møtedato: 24.04.2023

Vår ref.:
2023/43-4

Saksbehandler:
Ingrid Lernes Mathiassen

Dato:
28.03.2023

Styresak 44-2023 Orienteringssaker til styremøte 24.04.2023

Forslag til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Operasjonsvirksomheten i UNN HF 2022 – *mundlig og skriftlig*
3. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer – *skriftlig*
4. Orientering om resultater fra medarbeiderundersøkelsen Forbedring 2023 – *mundlig og skriftlig*
5. Løypemelding for UNNs langsiktige satsing på Kontinuerlig forbedring – *mundlig og skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 19.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 24.04.2023

Vår ref.:
2021/8048-3Saksbehandler:
Sollid/ HanssenDato:
18.04.2023

Styresak 44-2023/2 Operasjonsvirksomheten i UNN HF 2022

Formål

Orienterer styret i UNN HF om hovedtrekkene i «Årlig melding - operasjonsvirksomheten i UNN HF 2022»

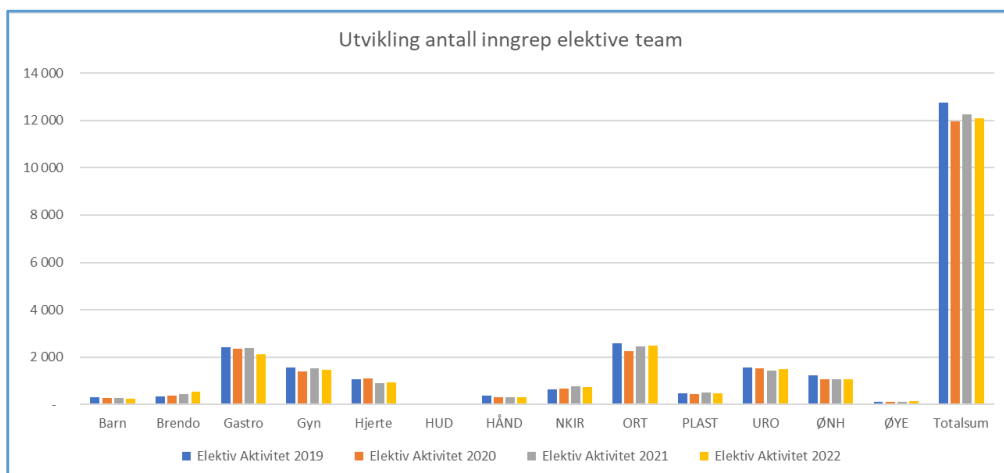
Bakgrunn

Som starten på den årlige planleggingen av operasjonsvirksomheten i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), behandler Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe (OPK) «Årlig melding for operasjonsvirksomheten i UNN». Denne sammenfatter planlegging, hvilke mål som ble satt og resultatene knyttet til disse. Meldingen er overordnet, og danner grunnlag for hva virksomheten må ha fokus på for å oppnå tilfredsstillende resultater knyttet til tilgjengelighet, effektiv drift, kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen i 2023.

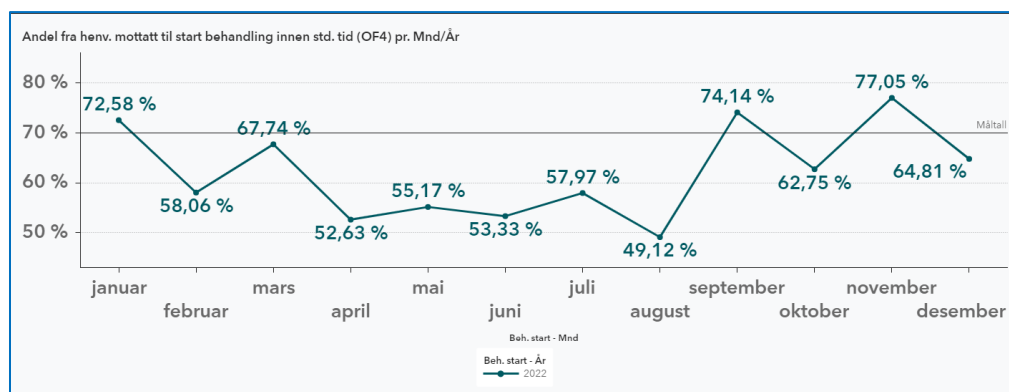
Saksutredning

Kilden til data som presenteres i meldingen er DIPS Arena. Data presenteres via OPK målekort i HN LIS. Selv om resultatene i meldingen er presentert på et overordnet nivå, er det mulig å filtrere målekortene slik at det enkelte fagområder og lokalisasjon kan vurdere egne resultater.

Rammebetingelsene for anestesi- og operasjonsvirksomheten ble ikke endret for 2022 sammenliknet med tidligere år. Antall kapasiteter ved UNN Narvik ble justert fra 14 til 12 team per uke fra og med sommeren 2022, dette ble gjennomført etter en nøye gjennomgang av tilgjengelige ressurser der. Beregninger av behov og plantall ble justert for 2022, og ga et mer realistisk bilde enn tidligere år. Den totale aktiviteten i 2022 var noe lavere enn i 2021. Reduksjon av planlagte kapasiteter av ulike årsaker var en viktig grunn til dette, men dag til dag-strykninger som følge av høyt korttidssykefravær har også bidratt til en lavere aktivitet. Det er beregnet at disse forholdene ga ca. 530 færre operasjoner enn planlagt.



Meldingen viser en total sett svekkelse av tilgjengeligheten ved at ventelister og ventetider har økt over de siste årene. Økningen i ventelister i 2022 var størst for dagkirurgi. Lav måloppnåelse for de kirurgiske kreftpakkeforløpene var spesielt i starten av 2022 gjenstand for flere prosesser. Til tross for uendret måloppnåelse for OF3, ser man at det ila siste halvår av 2022 ble bedret måloppnåelse for OF4 for de store pakkeforløpene. Det er i løpet av 2022 etablert flere rutiner for prioritering av kreftkirurgi og annen høyt prioritert kirurgi.



Utnyttelsesgrad av gjennomførte kapasiteter har måloppnåelse total sett og for UNN Tromsø, mens UNN Harstad og UNN Narvik har middels måloppnåelse. Samtidig viser andre analyser at produktiviteten (antall operasjoner gjennomført per kapasitet) viser en positiv trend spesielt ved UNN Harstad. Ved alle tre sykehus foreligger potensiale til å redusere skiftetid mellom operasjoner, samt at første pasient inn på operasjonsstuen ved åpningstid ikke er tilfredsstillende. Strykningstallene er vedvarende høye gjennom 2022. Noe av forklaringen er at vi har akseptert en plan for drift med høy risiko for strykninger, selv i perioder når bemanningsutfordringene har vært store.

Måltall for kirurgisk behandling av hoftebrudd er tilfredsstillende ved UNN Harstad og UNN Narvik. Ved UNN Tromsø var det ikke måloppnåelse, og tegn til dårligere måloppnåelse sammenliknet med tidligere år. Bruk av elektive kapasiteter til Øhj har økt ved UNN Harstad og UNN Tromsø, mens det var en liten reduksjon ved UNN Narvik.

Flere forbedringsprosjekter ble igangsatt i 2022. Disse har gitt positiv effekt, men gir i liten grad utslag på aggregerte tall som presenteres i denne meldingen. Eksempler på konkrete forbedringsprosjekter i 2022 er:

- Økning i antall primære hofteproteser fra 2 til 3 per dag på utvalgte operasjonsdager ved UNN Harstad og UNN Tromsø
- Økning i antall primære kneproteser fra 2 til 3 per dag på utvalgte operasjonsdager ved UNN Narvik
- Økning i antall Robotassisterte laparoskopiske prostatektomier (RALP) fra 2 til 3 per dag på utvalgte operasjonsdager.
- Forbedring av planleggingsmøter mellom de kirurgiske klinikkene og AnOp for å redusere strykninger.

Viktige prosesser, slik som å flytte flere inngrep til et lavere behandlingsnivå, er utredet i 2022. Det forventes at disse prosessene skal gi positiv effekt på flere av styringsmålene i 2023, men krever en raskere fremdrift enn vi har klart til nå.

Vurdering

Årlig melding for operasjonsvirksomheten gir en viktig oversikt over anesthesi- og operasjonsvirksomheten i UNN HF. Sammen med oppdrag gitt i styringslinjen danner den utgangspunkt for å jobbe strukturert med planlegging og forbedringsarbeid. Meldingen for 2022 er den tredje i rekken, og har siden 2020 dannet utgangspunkt for å styringsmål (KPI), satsinger og forbedringsprosjekter innenfor dette virksomhetsområdet.

Tromsø, 19.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Årlig melding for operasjonsvirksomheten i UNN HF - 2022

Årlig melding – Operasjonsvirksomheten i UNN HF 2022

Innhold

Årlig melding – Operasjonsvirksomheten i UNN HF 2022	1
Innledning og sammendrag.....	2
Rammebetingelser og planlegging	3
Rammebetingelser 2022	3
Planprosess.....	4
Innmeldt behov, plan og aktivitet 2022	5
Beregnet behov og kapasitet	5
Elektiv virksomhet	5
Øhj virksomhet	7
Resultater - OPK- indikatorer 2022	8
Tilgjengelighet	8
Effektiv drift.....	10
Kvalitet og pasientsikkerhet	14
Utvikling av ventelister til kirurgi 2021.....	16
Spesielle forhold 2022 som påvirket drift og aktivitet	17
Møteaktivitet og prosjekter gjennomført i 2022	17
OPK	17
Kirurgisk fagråd.....	17
Prioriteringsrådet	17
Arbeidsutvalget (AU)	17
Forbedringsprosjekter	18
Annet	18

Innledning og sammendrag

Årlig melding for operasjonsvirksomheten 2022 sammenfatter planlegging, hvilke mål som ble satt og resultatene knyttet til disse. Meldingen er overordnet, og danner grunnlag for hva virksomheten må ha fokus på for å oppnå tilfredsstillende resultater knyttet til tilgjengelighet, effektiv drift, kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen i 2023. Kilden til data som presenteres i meldingen er DIPS Arena. Disse er tilgjengelig via OPK målekort i HN LIS og fra andre detaljerte rapporter i HN LIS. Selv om de i denne meldingen er presentert på et overordnet nivå, er det mulig å filtrere målekortene slik at det enkelte fagområdene og lokalisasjon kan vurdere egne data.

Rammebetingelsene for anestes- og operasjonsvirksomheten ble ikke endret for 2022 sammenliknet med tidligere år. Antall kapasiteter ved UNN Narvik ble justert fra 14 til 12 team per uke, dette ble gjennomført etter en nøye gjennomgang av tilgjengelige ressurser der. Beregninger av behov og plantall ble justert for 2022, og ga et mer realistisk bilde enn tidligere år.

Den totale aktiviteten i 2022 var lavere enn i 2021. Reduksjon av planlagte kapasiteter var en viktig årsak til dette, men dag til dag-strykninger som følge av høyt korttidssykefravær har også bidratt til en lavere aktivitet enn planlagt.

Meldingen viser en totalt sett svekkelse av tilgjengeligheten ved at ventelister og ventetider har økt over de siste årene. Økningen i ventelister 2022 var størst for dagkirurgi. Lav måloppnåelse for de kirurgiske kreftpakkeforløpene har spesielt i starten av 2022 vært gjenstand for flere prosesser for å bedre disse. Til tross for uendret måloppnåelse for OF3, ser man at det ila siste halvår av 2022 ble bedret måloppnåelse for OF4 for de store pakkeforløpene.

Utnyttelsesgrad av gjennomførte kapasiteter har måloppnåelse total sett og for UNN Tromsø, mens UNN Harstad og UNN Narvik har middels måloppnåelse. Samtidig viser andre analyser at produktiviteten (antall operasjoner gjennomført per kapasitet) viser en positiv trend spesielt ved UNN Harstad. Ved alle tre sykehus foreligger potensiale til å redusere skiftetid mellom operasjoner, samt at første pasient inn på operasjonsstuene ved åpningstid ikke er tilfredsstillende. Strykningstallene er vedvarende høye gjennom 2022. Noe av forklaringen er at vi har akseptert en plan for drift med høy risiko for strykninger, selv i perioder når bemanningsutfordringene har vært store.

Måltall for kirurgisk behandling av hoftebrudd er tilfredsstillende ved UNN Harstad og UNN Narvik. Ved UNN Tromsø er det ikke måloppnåelse, og tegn til dårligere måloppnåelse sammenliknet med tidligere år. Bruk av elektive kapasiteter til Øhj har økt ved UNN Harstad og UNN Tromsø, mens det er en liten reduksjon ved UNN Narvik.

Flere forbedringsprosjekter er igangsatt i 2022. Disse har gitt positiv effekt, men gir i liten grad utslag på aggregerte tall som presenteres i denne meldingen. Viktige prosesser, slik som å flytte flere inngrep til et lavere behandlingsnivå, er utredet i 2022. Det forventes at disse prosessene skal gi positiv effekt på flere av styringsmålene, men krever en raskere fremdrift enn vi har klart til nå. For å fange opp en slik positiv utvikling, må det sikres at denne aktiviteten telles med på samme måte med bruk av operasjonsmodulen i DIPS Arena.

Tromsø, 19.02 2023

Snorre Manskow Sollid

Driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN HF

Rammebetingelser og planlegging

Rammebetingelser 2022

Med rammebetingelser menes her areal og operasjonsteam som er tilgjengelig for planlegging og gjennomføring av prosedyrer. Tabell 1 viser en oversikt over foretakets tilgjengelige operasjonsstuer og operasjonsteam. I tillegg til disse gjennomførte UNN i 2022 dagkirurgisk aktivitet ved Aleris og Volvat. Det ble i 2022 ikke gjennomført interne prosjekter med ekstra anestesio- og operasjonskapasitet. Tabell 2 viser oversikt over antall planlagte tilleggskapasiteter ved Volvat og Aleris i 2022.

Tabell 1 – viser antallet operasjonsstuer, antallet ukentlige anesthesi- og operasjonsteam, åpningstider og oppvåkningsplasser tilgjengelig etter plan ved de tre sykehusene i UNN HF i 2022

Enhet		Operasjonsstuer ¹	Anestesi- og operasjonsteam per uke ²	Åpningstider på operasjonsstuen	Oppvåkningsplasser
AnOp Harstad		8 ³	25,25	08.00-15.30	9
AnOp Narvik		5 ⁴	13,25	08.00-15.30	12
AnOp Tromsø, Seksjon Innsula		14 (12+2) ^{4,5}	67	08.00-15.30/17.00/19.00	17
AnOp Tromsø, Seksjon Dagkirurgi		6 (8-2) ⁶	24,5	08.00-15.30/16.00	15

Tabell 2 – viser antallet planlagte anesthesi- og operasjonskapasiteter som inngikk i anskaffelser eksternt i 2022

Tilleggskapasiteter ved	Antall kapasiteter totalt 2022	Involverte fagområder
Aleris	35	GKIR, BRYST, GYN, ØNH
Volvat	52	NKIR, ORT, BRYST, GYN

¹ Med operasjonsstuer, menes arealer hvor det gjennomføres prosedyrer i arealene for OpIn-klinikken i Harstad, Narvik og Tromsø.

² Tallet inkluderer også anestesikapasiteter uten kirurgi

³ AnOp Harstad benytter i tillegg eksterne stuer til gastromedisinske skopier og radiologiske prosedyrer

⁴ AnOp Narvik benytter i tillegg eksterne stuer til tannbehandling

⁵ To operasjonsstuer ved seksjon dagkirurgi, AnOp Tromsø bemannes av seksjon Innsula (robotkirurgi). I tillegg til angitt stuetall gis anestesikapasitet ved «utestasjoner» (tannbehandling, øyekirurgi, poliklinisk kirurgi, radiologiske prosedyrer og ved strålebehandling)

⁶ To av åtte stuer er avsatt til robotkirurgi, og bemannes av seksjon Innsula.

Planprosess

Planprosessene for anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN HF følger et fast årshjul. Prosessene starter med innmelding av behov fra HLK-, K3K- og NOR-klinikken (beregnet behov). Det kvantitative grunnlaget for beregning av behov ble endret fra 2021 til 2022. Tre komponenter inngikk i behovstallene:

1. Forrige års aktivitet
2. Antall pasienter passer planlagt dato 31.12.2021 + forventet endring av passert planlagt dato
3. Forventet ytterligere økning/reduksjon basert på kvalitative vurderinger i hvert fagområde

Beregningsmodellen som benyttes ved UNN tallfester plan for antall prosedyrer basert på rammebetingelsene, type kirurgi, seansetider, omsorgsnivå, stuefordelingsplan og en driftsplankalender for hele året.

I beregningen legges det inn forventninger til effektivisering og optimalisering av drift. Prosessen ender med å beslutte plantall for det kommende året (beregnet aktivitet). I årshjulet for planprosessen skal plantallene være klar for beslutning i mai, slik at disse kan inngå i den overordnede virksomhetsplanleggingen og budsjettprosessen. I 2022 som i de foregående årene ble disse prosessene forsinket. Plantallene ble besluttet i november 2022.

Vurdering:

- Planprosessen for året 2022 ga et bedre estimat på behov enn ved tidligere beregninger
- Hvilke faglige prioriteringer som er gjort før behovene ble meldt til OPK fremkommer i noe grad i behovsdokumentene fra klinikkene
- Det er bedret innsikt i planprosessene ned i organisasjonen sammenliknet med tidligere år
- Det er fortsatt en for svak kobling mellom planlegging av operasjonsaktiviteten for det kommende året og overordnet virksomhetsplan/budsjettprosess. Justering av budsjett knyttet til operasjonsvirksomheten kommer enten 1-2 år forsinket, eller tas utenom de ordinære budsjettprosessene
- Planprosessene tar i for liten grad høyde for prioritering av kreftkirurgi og annen høyt prioritert kirurgi, men beslutninger fra Direktør har medført mer strukturert arbeid for å sikre riktig prioritering i bruk av ressursene
- Etablering av kirurgisk fagråd, prioriteringsprosedyrer og etablering av prioriteringsrådet har medført en bedre prosess i organisasjonen for felles tilnærming til utfordringer knyttet til begrenset operasjonsskapasitet.

Forslag til tiltak:

- Tydeliggjøre klinikkens interne prioriteringer og egne rammebetingelser i sine behovsvurderinger.
- Videreutvikle metoden for å beregne og kategorisere behov
- Sikre at planprosessen i OPK er koblet bedre på overordnet virksomhetsplanlegging.
- Metoden for planlegging av anestesi- og operasjonsvirksomheten mangler et langsiktig perspektiv (flere år frem) og et system for dynamiske justeringer av planen innenfor året planen gjelder for. Dette bør inngå ved videreutvikling av rammeverket for planlegging av operasjonsvirksomheten
- Endelige plantall for det kommende året bør besluttet først etter beslutning av budsjett.

Innmeldt behov, plan og aktivitet 2022

Beregnet behov og kapasitet

Tabell 3 viser den beregnede kapasiteten (teoretisk kapasitet) og det beregnede behovet (teoretisk behov) for antall operasjoner for de enkelte fagområder og klinikker for prosedyrer på elektive team.

Tabell 3 – viser beregnet kapasitet og beregnet behov for 2022

Klinikk	Avdeling	Teoretisk kapasitet elektiv 2022	Teoretisk behov elektivt 2022
BUK		313	275
	Barn	313	275
HLK		1 166	1 142
	HLK	1 166	1 142
K3K		6 665	6 664
	Brendo	396	497
	Gastro	2 112	2 545
	Gyn	1 756	1 384
	PLAST	778	575
	URO	1 623	1 663
NOR		5 885	5 450
	HUD	70	49
	HÅND	440	485
	NKIR	760	766
	ORT	2 857	2 702
	ØNH	1 646	1 277
	ØYE	112	171
Totalsum		14 029	13 531

Elektiv virksomhet

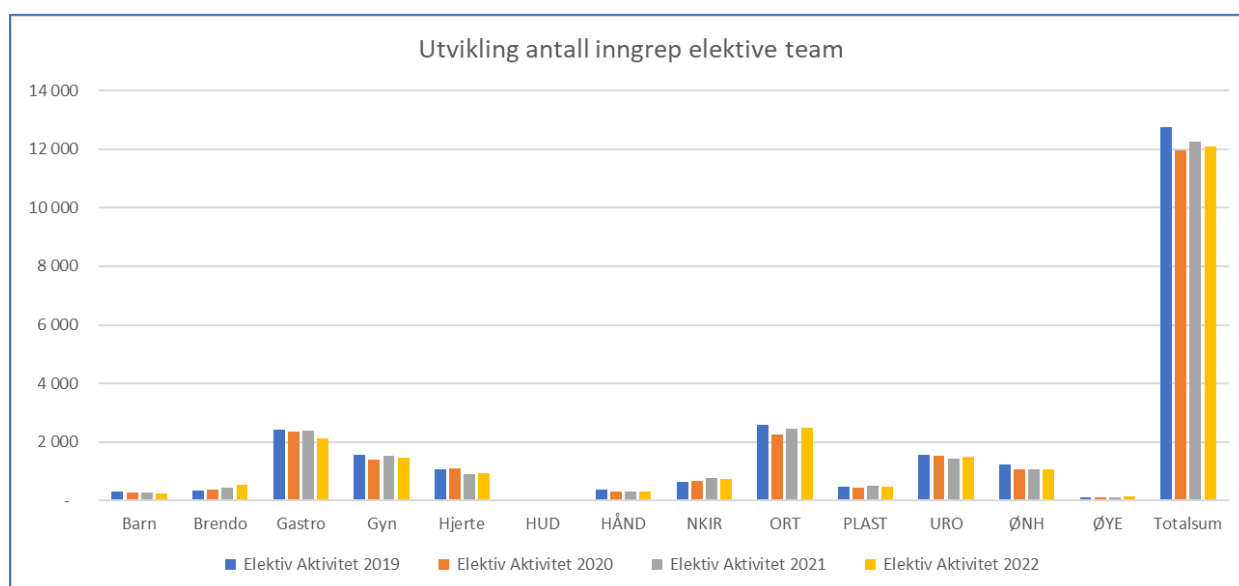
Tabell 4 viser en samlet oversikt over aktivitet (gjennomførte operasjoner/prosedyrer) for hvert fagområde og klinikk i 2022. Aktivitetstallene inkluderer også pasienter behandlet ved Aleris og Volvat.

Figur 1 viser utvikling av total elektive aktiviteten for årene 2019, 2020, 2021 og 2022 fordelt på fagområde. Figur 2 viser utvikling av den samlede aktiviteten på elektive anesthesi- og operasjonsteam for årene 2019, 2020, 2021 og 2022.

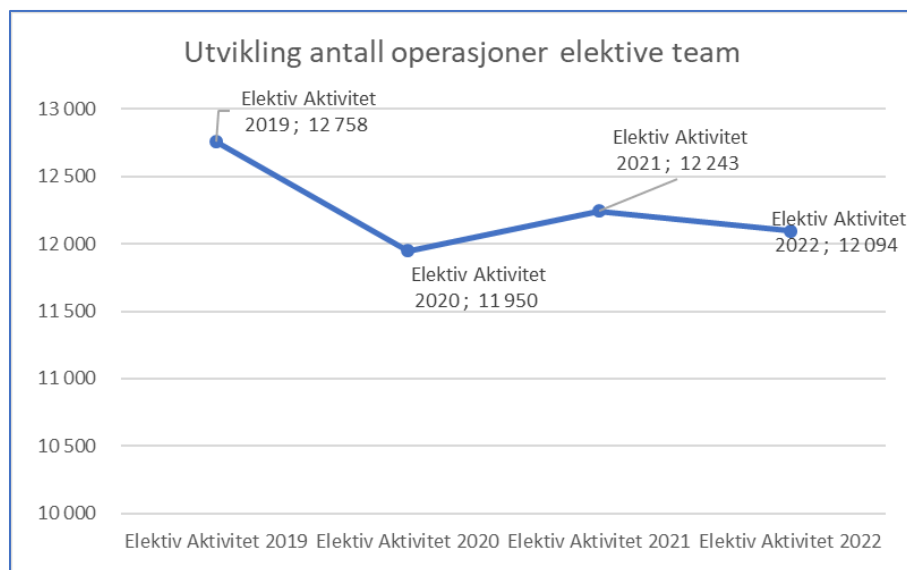
Tabell 4 – viser antallet prosedyrer gjennomført på elektive anestes- og operasjonsteam og Øhj-team i 2022.

Klinikk	Avdeling	Elektive team aktivitet 2022	Ø-hjelpsteam aktivitet 2022	Total
BUK		257	16	273
	Barn	257	16	273
HLK		929	87	1 016
	HLK	929	87	1 016
K3K		6 120	1 817	7 937
	Brendo	536	15	551
	Gastro	2 131	1108	3 239
	Gyn	1 479	306	1 785
	PLAST	487	104	591
	URO	1 487	284	1 771
NOR		4 788	1 525	6 313
	HUD	37	0	37
	HÅND	308		308
	NKIR	739	392	1 131
	ORT	2 497	1021	3 518
	ØNH	1 073	92	1 165
	ØYE	134	20	154
Andre			1 969	1 969
Totalsum		12 094	5 414	17 508

Figur 1 – viser antallet gjennomførte prosedyrer på elektive onestesi- og operasjonsteam for de enkelte fagområder og totalt for årene 2019, 2020, 2021 og 2022.



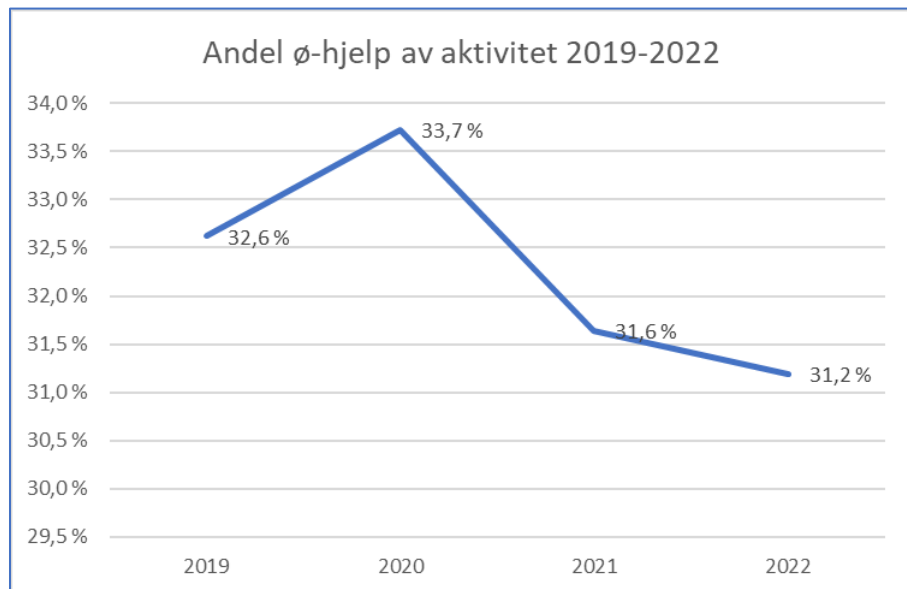
Figur 2 – viser utvikling av det totale antallet prosedyrer gjennomført på elektive anestes- og operasjonsteam i 2022



Øhj virksomhet

Tabell 4 viser en samlet oversikt over antallet Øhj-prosedyrer gjennomført for det enkelte fagområde for årene 2019, 2020, 2021 og 2022 på Øhj-team. Figur 3 viser utvikling av andelen Øhj av den totale aktiviteten for årene 2019, 2020, 2021 og 2022. Figuren inkluderer også Øhj på elektive team.

Figur 3 – viser andelen prosedyrer merket som Øhj av alle gjennomførte prosedyrer i 2022



Vurdering behov, plan og aktivitet

UNN hadde et vedvarende sprik mellom teoretisk behov og teoretisk kapasitet også i 2022. Spriket mellom beregnet aktivitet (plantall) og faktisk aktivitet viser tilsvarende differanse. Spriket er lavere enn ved tidligere års beregninger av behov. Flere årsaksforklaringer for 2022 er gjennomgått seinere i meldingen. Den beregnede aktivitetssvikten ift plan forklarer i noe grad svikt i måloppnåelse for OPK-indikatorene på tilgjengelighet, samt økende ventelister spesielt for heldøgnskirurgi.

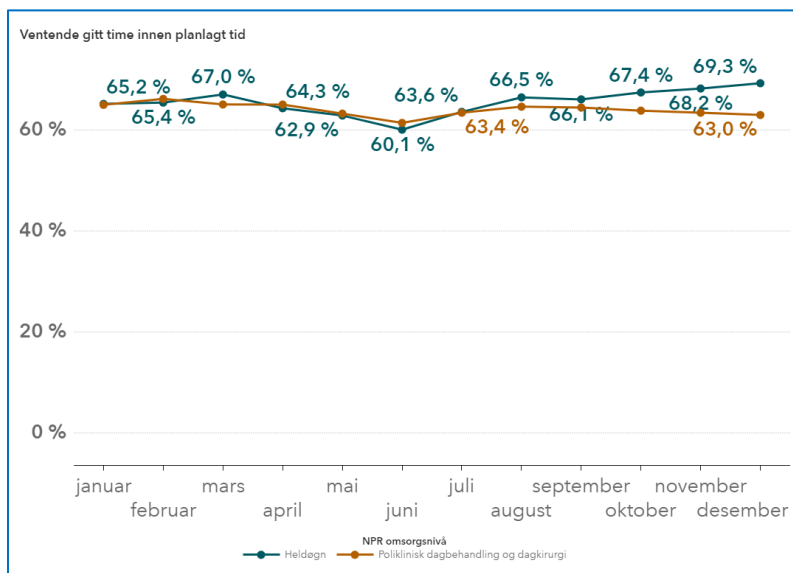
Resultater - OPK- indikatorer 2022

Tilgjengelighet

Andel ventende gitt time innen planlagt tid – måltall: >90%

Figur 4 viser utviklingen av andel ventende gitt time innen planlagt tid for alle fagområder i UNN ila 2022.

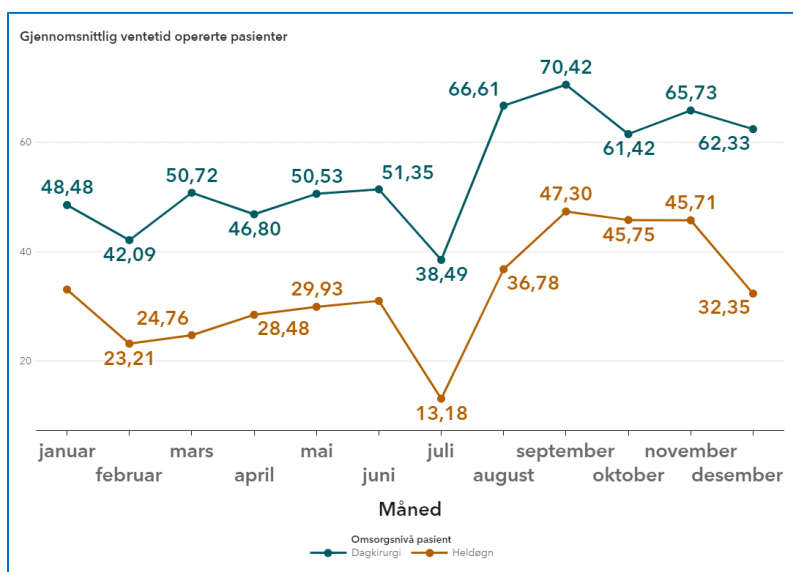
Figur 4 – viser andel av kontaktene på venteliste/oppmøteliste som er gitt time innen planlagt tid



Ventetid – måltall: <50 dager

Figur 5 viser utvikling av ventetid for behandlede pasienter til kirurgi/prosedyre for alle fagområder i UNN ila 2022. Det er for 2022 ikke mulig å få ut tall for ventetid for fortsatt ventende, og presenteres derfor ikke.

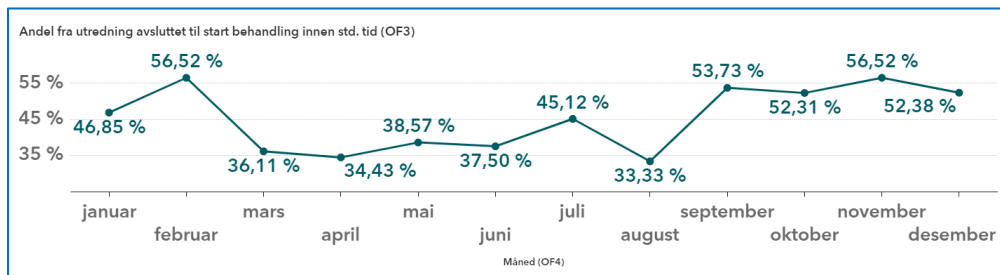
Figur 5 – Viser ventetiden til operasjon i mean. Måles fra kontakten ble opprettet i DIPS Arena til operasjonen ble gjennomført



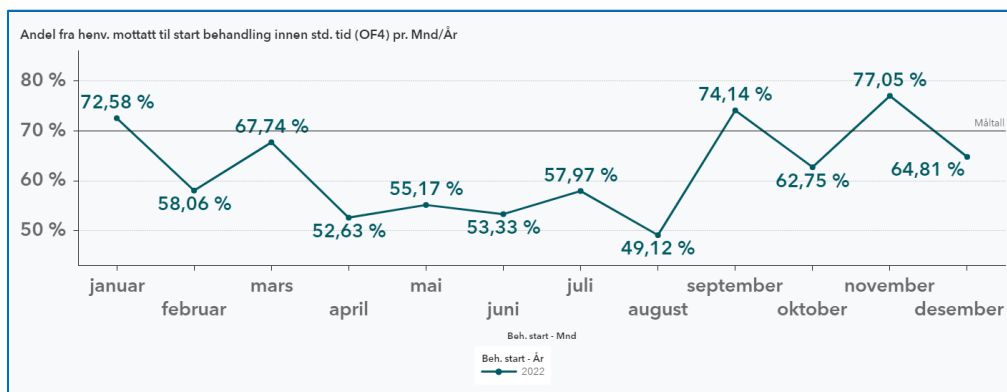
Kreftpakkeforløp OF3K – måltall: >70%

Figur 6 viser utvikling av andel pasienter i alle kirurgiske kreftpakkeforløp som mottar behandling innen tidsfristen fra beslutning om kirurgi er tatt til behandling er startet. Figur 7 viser utviklingen av OF4.

Figur 6 – Viser andel forløp med oppnådd forløpstid for OF3 i kirurgiske kreftpakkeforløp



Figur 7 – Viser andel forløp med oppnådd forløpstid for OF4 i kirurgiske kreftpakkeforløp



Vurdering tilgjengelighet

UNN har ikke måloppnåelse i 2022 for tilgjengelighet for kirurgi. Den generelle ventetida og andel passert planlagt tid er høy. Dette vises både i form av at for mange pasienter har passert planlagt dato, og at måloppnåelse for OF3 var på kun 42,9 % på de kirurgiske pakkeforløpene, mot 44% i 2021. For OF4 var det måloppnåelse for året på 60,3% mot 61,9% i 2021. Måloppnåelsen for de kirurgiske kreftpakkeforløpene hadde en negativ trend første halvår. Fra og med september så man en positiv trend, spesielt for brystkreft, som fra og med september hadde god måloppnåelse. Det er derimot reist spørsmål om data som er presentert er valide. Bakgrunnen er usikkerhet om tidsregistrering i de enkelte pakkeforløpene er av tilfredsstillende kvalitet. Tallene i denne meldingen må derfor tolkes med forsiktighet.

Forslag til tiltak tilgjengelighet

- Tydeliggjøre behovet for kreftkirurgi i plantallsprosessen, og dedikere tilstrekkelig kapasitet
- Sikre tilfredsstillende dataregistrering i kreftpakkeforløpene
- Frigjøre anestesi- og operasjonskapasitet ved å flytte flere forløp fra døgn til dag til poliklinikk
- Øke produktivitet innenfor eksisterende rammebetingelser med fortsatt arbeid med effektivisering av operasjonsstuedriften med bruk av «Verktøykassen»
- Gjennomgang av funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN for å frigjøre mer av tilgjengelig kapasitet til kreftkirurgi ved UNN Tromsø.

Effektiv drift

Gjennomføringsgrad – måltall: 100%

Gjennomføringsgrad beskriver hvor stor del av de planlagte elektive anestesi- og operasjonskapasiteter som ble gjennomført i 2022. Planlagte kapasiteter er summen av alle kapasiteter i henhold til stuefordelingsplan og driftsplankalenderen for hele året. En riktig angivelse av gjennomførte kapasiteter avhenger av at timebøkene i DIPS er programmert etter plan, og at aktiviteten på hver kapasitet er riktig angitt. Med disse premisene har datagrunnlaget for 2022 for lav kvalitet til å presentere gode nok data for denne indikatoren. Gjennomføringsgraden for 2022 vurderes uavhengig av dette som for lav, vurdert ut fra antallet planlagte anestesi- og operasjonskapasiteter som ikke er gjennomført ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Det er ikke gjort tilsvarende registreringer ved UNN Narvik. Tabell viser de registrerte kapasitetene ved UNN Harstad og UNN Tromsø som ikke er gjennomført iht plan.

Tabell 5 – Viser antallet planlagte anestesi- og operasjonskapasiteter som ikke ble gjennomført ved UNN Tromsø og UNN Harstad i 2022. Tallene inkluderer både dag- og heldøgnskirurgi.

Geografi ▲		Total	Harstad	Tromsø
Klinikk fagområde ▲	Fagområde - endelig ▲	Nedtrekk	Nedtrekk	Nedtrekk
Total		131,00	35,00	96,00
Delsum: Andre kapasiteter		3,00	0,00	3,00
Andre kapasiteter	Barn	1,00	—	1,00
	Gastromed	2,00	0,00	2,00
	Pop	0,00	—	0,00
	Tann	0,00	0,00	0,00
Delsum: HLK		4,00	—	4,00
HLK	HLK	4,00	—	4,00
Delsum: K3K		39,50	7,50	32,00
K3K	Brendo	3,00	—	3,00
	Gastrokirurgi	6,50	4,00	2,50
	Gyn	10,50	3,50	7,00
	Plastikk	16,00	—	16,00
	Urologi	3,50	0,00	3,50
Delsum: NOR		84,50	27,50	57,00
NOR	Hud	1,50	—	1,50
	Håndkirurgi	15,00	—	15,00
	Nevrokirurgi	11,00	—	11,00
	Oralkirurgi	0,00	—	0,00
	Ortopedi	23,50	5,50	18,00
	ØNH	32,50	22,00	10,50
	Øye	1,00	—	1,00

Utnyttelsesgrad – måltall: >85%

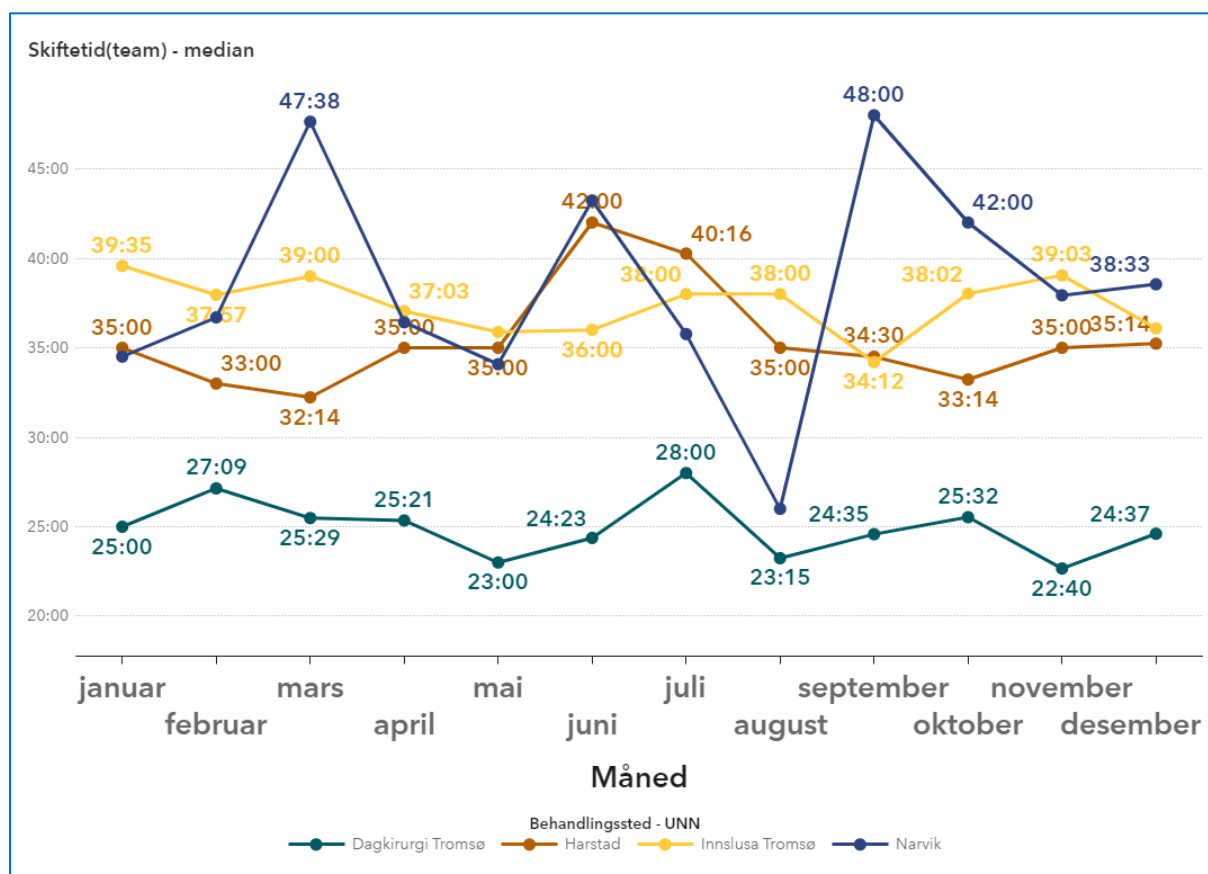
Utnyttelsesgrad viser hvor stor andel av åpningstiden på hver anestesi- og operasjonskapasitet (fratrullet skiftetid på 20 minutter for dagkirurgi og 30 minutter for heldøgnskirurgi) som er utnyttet med pasient på operasjonsstue på gjennomførte kapasiteter (tabell 6). Kvaliteten i indikatoren avhenger av riktig bruk av timebok, og om de enkelte kapasitetene er delt mellom flere fagområder. Indikatoren på klinikknivå vurderes som en følge av dette å være best til å vurdere utnyttelsesgraden.

Tabell 6 – viser utnyttelsesgrad på gjennomførte anestesi- og operasjonskapasiteter i 2022

Omsorgsnivå operasjon ▲		Total	Dagkirurgi Tromsø	Harstad	Innslusa Tromsø	Narvik
Klinikk fagområde ▲	Fagområde - endelig ▲	Utnyttelsesgrad	Utnyttelsesgrad	Utnyttelsesgrad	Utnyttelsesgrad	Utnyttelsesgrad
Total		86,0 %	85,6 %	82,8 %	91,1 %	71,1 %
Delsum: HLK		87,6 %	.	.	87,6 %	.
HLK	HLK	87,6 %	.	.	87,6 %	.
Delsum: K3K		92,1 %	88,5 %	91,7 %	97,8 %	78,7 %
K3K	Brendo	95,9 %	91,2 %	.	103,3 %	.
	Gastrokirurgi	98,0 %	91,7 %	101,4 %	102,7 %	84,2 %
	Gyn	85,2 %	83,4 %	78,5 %	94,1 %	80,5 %
	Plastikk	81,6 %	79,4 %	.	95,0 %	45,5 %
	Urologi	94,3 %	93,9 %	93,6 %	94,8 %	93,3 %
Delsum: NOR		78,6 %	82,7 %	73,6 %	84,5 %	63,3 %
NOR	Hud	52,6 %	52,6 %	.	.	.
	Håndkirurgi	92,8 %	92,8 %	.	.	.
	Nevrokirurgi	88,5 %	84,5 %	.	89,9 %	.
	Oralkirurgi	58,0 %	58,0 %	.	.	.
	Ortopedi	82,0 %	81,1 %	94,2 %	77,6 %	69,3 %
	ØNH	65,0 %	80,3 %	27,9 %	89,0 %	44,4 %

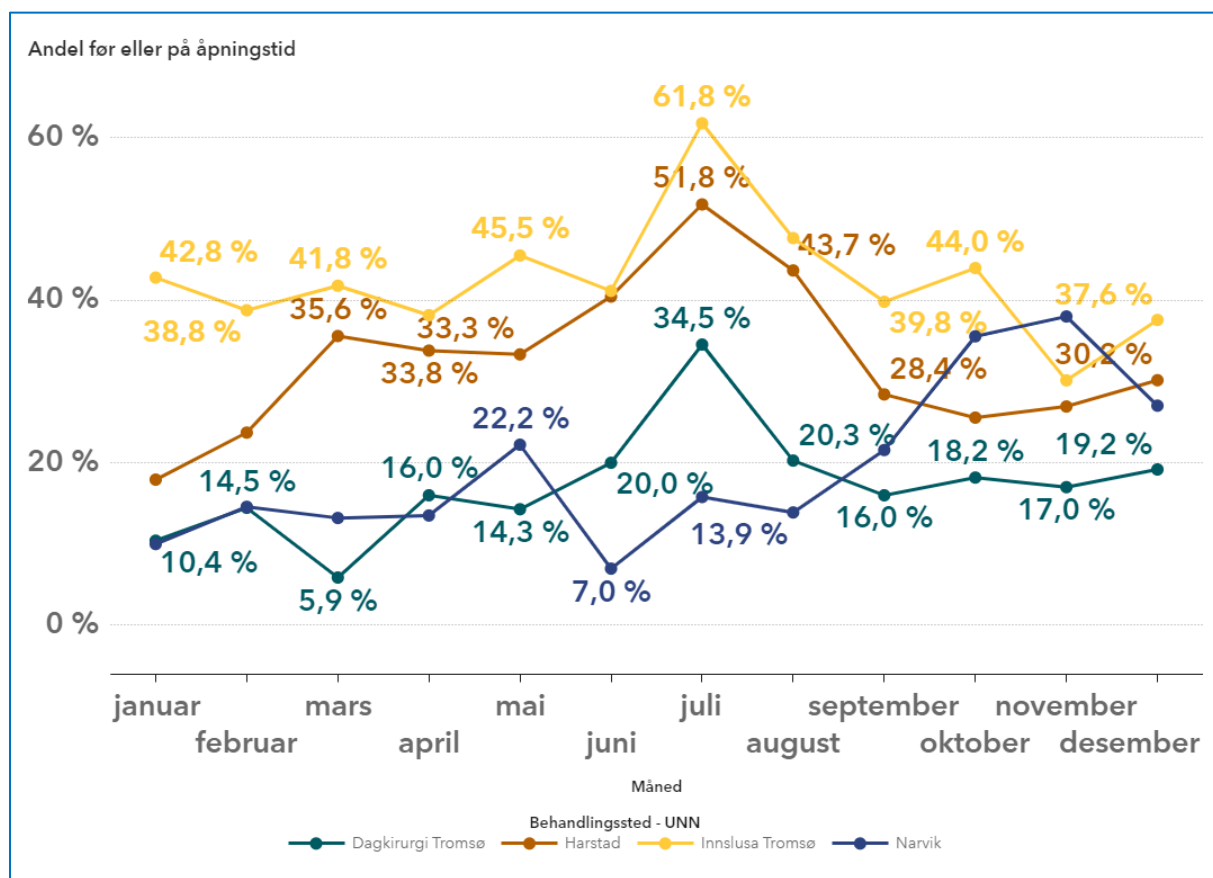
Skiftetid – måltall: <20 min for dagkirurgi, <30 min for heldøgnskirurgi

Figur 8 - viser tiden mellom operasjonene. Telles kun der det er 2 eller flere operasjoner på et operasjonstid samme dag



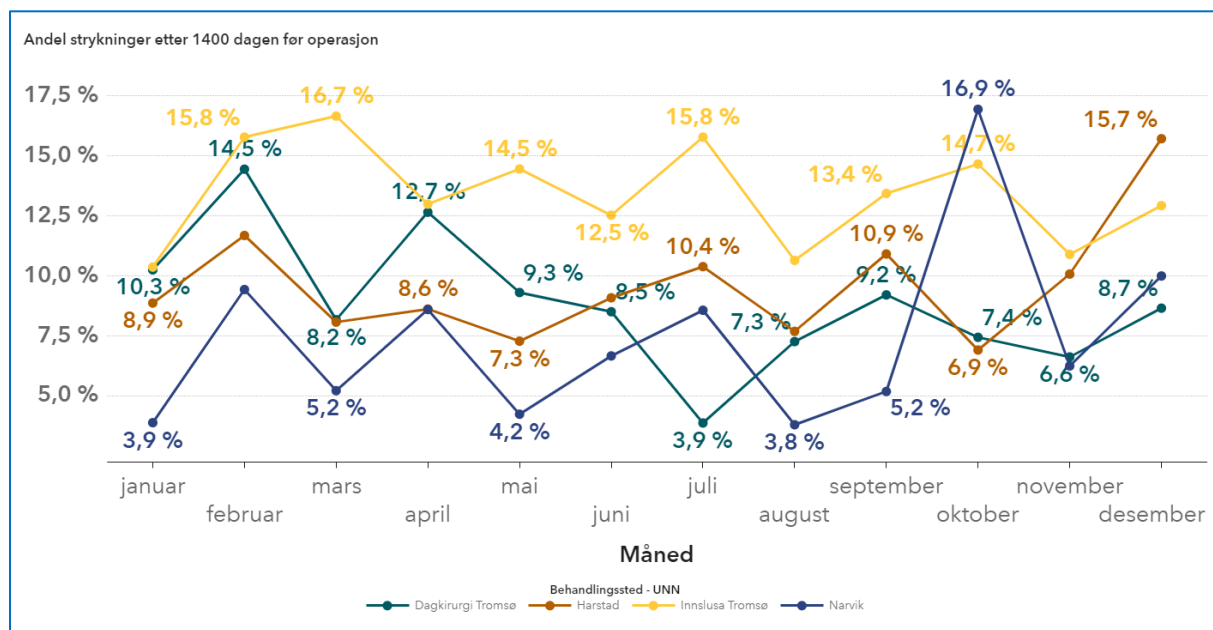
Stue inn første pasient – måltall: >80%, Åpningstidene er kl 08.00 mandag, torsdag og torsdag (fredag HA/NA), kl 09.00 onsdag, kl 08.30 fredag (TØ)

Figur 9 – viser andel av pasienter som tas inn på operasjonstiden før eller på åpningstiden på operasjonsstuene.



Strykninger – måltall: <5%:

Figur 10 – andel operasjoner som strykes etter kl 1400 dagen før operasjon og samme dag som planlagt operasjon.



Det var totalt 10,7 % strykninger i 2022. Dette fordelte seg mellom Harstad, Narvik Dagkirurgi Tromsø og Innslusa Tromsø som følger; 9,5%, 7,5%, 9,0% og 13,4%. «Overbooking/skiftetid/forsinkelse» er den hyppigste strykningsårsaken (23 %). Øvrige årsaker er listet i tabell 7, som viser de ti vanligste strykningsårsakene i 2022.

Tabell 7 – viser antallet strykninger totalt, og de 10 vanligste årsakene til strykninger, samt summen av øvrige strykningsårsaker.

Behandlingssted - UNN ▲	Total	Dagkirurgi Tromsø	Harstad	Innslusa Tromsø	Narvik
Avsluttkode - UNN ▲	Strøket 1400 dagen før ▼	Strøket 1400 dagen før	Strøket 1400 dagen før	Strøket 1400 dagen før	Strøket 1400 dagen før
Total	1 212	291	232	598	91
Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon	278	52	11	215	—
Pasient syk	150	51	38	48	13
Utsatt grunnet ø-hjelp (annen pasient)	143	19	35	82	7
Ikke kapasitet operasjonssykepleier	121	47	2	59	13
Ikke indikasjon for operasjon	99	31	22	37	9
Ikke kapasitet kirurg	64	9	26	6	23
Administrativ feil	53	15	10	23	5
Manglende utredning	49	7	17	23	2
Preoperative retningslinjer ikke fulgt	34	10	14	7	3
Tidspunkt passer ikke	17	4	8	4	1
Alle andre	204	46	49	94	15

Vurdering effektiv drift

- Mangelfull bruk av timebøker i DIPS gjør det utfordrende å tolke indikatorene «gjennomføringsgrad» og «utnyttelsesgrad» på fagnivå. På klinikknivå og sykehusnivå vurderes indikatoren utnyttelsesgrad som nyttige for 2022. Det er behov for å kvalitetssikre bruk av timebøker før indikatoren «gjennomføringsgrad» gir grunnlag for en nyttig tolkning.
- Et stort antall planlagte anestesi- og operasjonskapasiteter ble ikke gjennomført i 2022.
- Det er god måloppnåelse på utnyttelsesgrad ved seksjon Innslusa i Tromsø og Dagkirurgi Tromsø. For UNN Harstad og UNN Narvik er det middels måloppnåelse. Totalt sett er det god måloppnåelse. Samtidig viser tallene i mer detalj at enkelte fagområder har en svært høy måloppnåelse, mens andre har lav. Dette er hovedsakelig forklart i omfordeling av kapasitet ift plan, og i tråd med behovet for å prioritere kreftkirurgi og annen høyt prioritert kirurgi.
- Ingen av enheten har måloppnåelse for skiftetid. Det er middels måloppnåelse ved alle de fire opererende enhetene.
- Det er lav måloppnåelse for første pasient inn på operasjonsstuen ved alle enheter. Det har siden sommeren vært en positiv utvikling ved UNN Narvik etter konkrete gjennomførte tiltak der. Ved enhetene i Harstad og Tromsø var det bedre måloppnåelse i sommermånedene, men nedgang ilt høsten.
- Strykningsgraden er stabilt for høy ved alle enhetene. Strykningsgraden er spesielt høy ved Innslusa i Tromsø. Den svært høye strykningsprosenten ved Innslusa i oktober er forklart i starten på influensa-sesongen 2022.

Forslag til tiltak effektiv drift

- Gjennomgående riktig bruk av fagspesifikke timebøker i DIPS
- Fortsatt jobb med etterlevelse av prosedyrene knyttet til den preoperative planlegging («Flyt-prosjektet») og bruk av timebok
- Iverksette prosesser for å forbedre start på dagen, flyt på operasjonsstuer og skifte mellom operasjoner
- Analysere de viktigste driverne for strykninger, og utarbeide målrettede tiltak for å redusere strykninger, spesielt til de årsakene med flest strykninger (Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon)

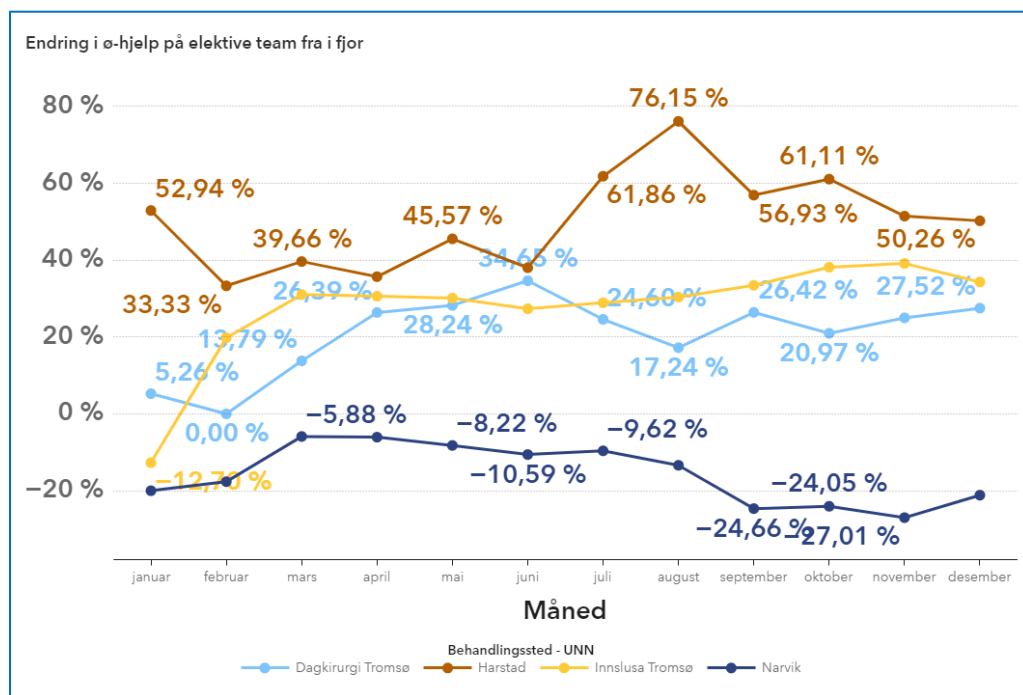
Kvalitet og pasientsikkerhet

Fristbrudd ø-hjelp – måltall: rødt >95% innen 6 timer, gul >80% innen 24 timer

Etter innføring av DIPS Arena november 2021 er det ikke lenger mulig å høste data for å følge måloppnåelse på hastegrader ved øhj. Behovet for å monitorere denne indikatoren er meldt inn til DIPS forvaltning.

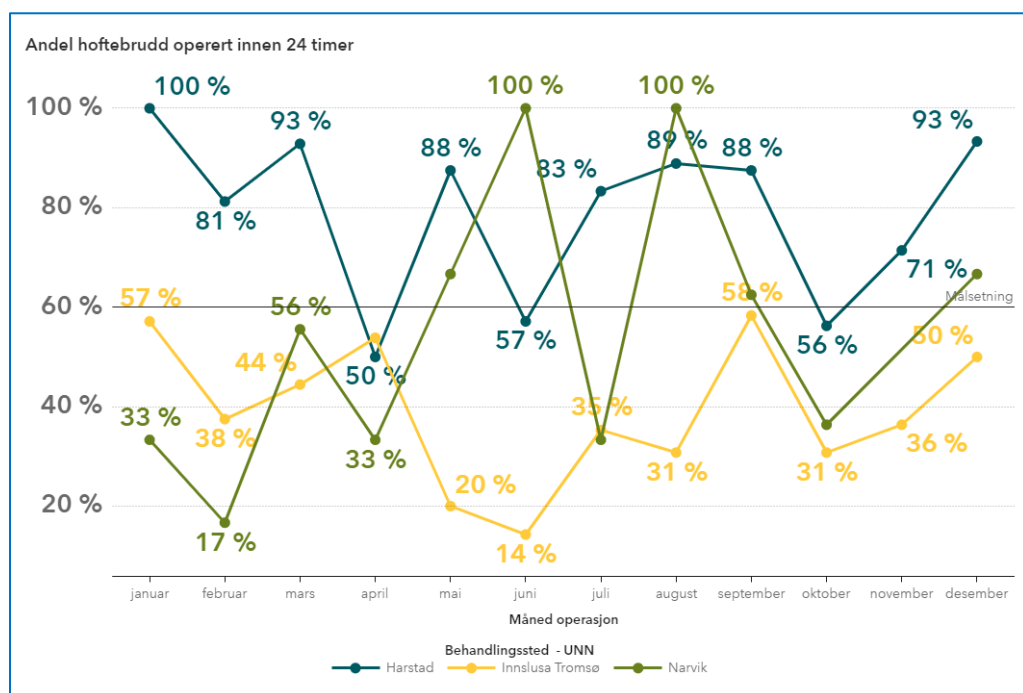
Ø-hjelp på elektive team - >50% reduksjon ift 2021:

Figur 11 – viser andel ø-hjelpsoperasjoner på elektive team i 2022 ift 2021.

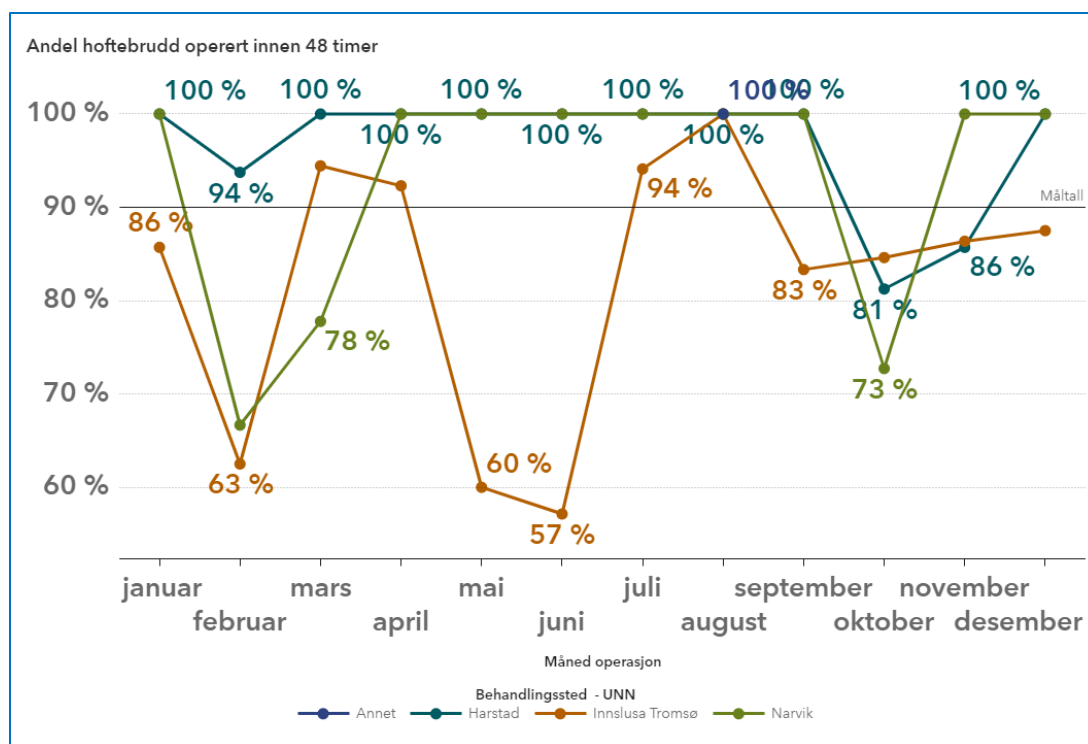


Hoftebrudd – måltall: >60% innen 24 timer, >90% innen 48 timer

Figur 52 – viser hoftebrudd operert innen 24 etter starten på sykehusopphold i 2022.



Figur 63 – viser hoftebrudd operert innen 48 timer etter starten på sykehusopphold i 2022.



Vurdering kvalitet og pasientsikkerhet

- Etter innføring av DIPS Arena er det ikke mulig å høste data til indikatoren knyttet til hastegrader innen Øhj
- Øhj på elektive team sammenliknet med 2021 økte ved UNN Harstad og Tromsø, mens det ved UNN Narvik er en liten nedgang. Det er også verdt å merke seg økningen av Øhj på elektive team ved Dagkirurgisk seksjon i Tromsø
- Økt behov for elektiv kapasitet kan være en årsak til økt press på Øhj kapasiteten, spesielt ved UNN Tromsø. Dette kan resultere i at pasienter meldes til Øhj team pga lav tilgjengelighet til elektive kapasiteter.
- For hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer er det måloppnåelse ved UNN Harstad og Narvik. Det er ikke måloppnåelse for operasjon innen 24 timer ved UNN Tromsø. I 8 av 12 måneder var det heller ikke måloppnåelse for operasjon innen 48 timer, noe som er en økning fra 2021 (5 av 12).

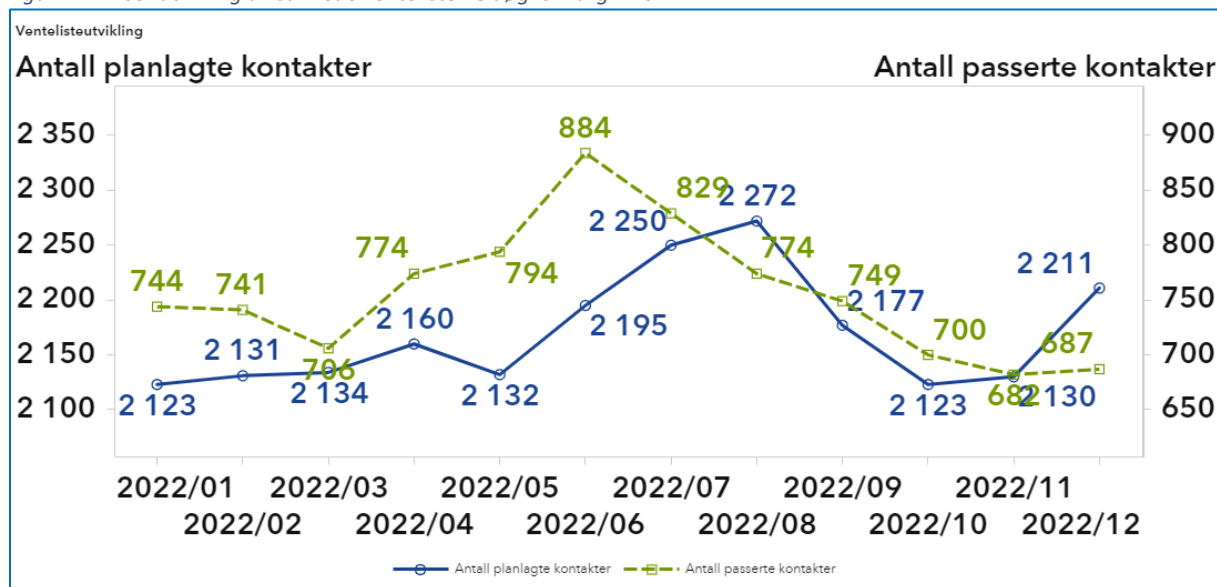
Forslag til tiltak kvalitet og pasientsikkerhet

- Følge opp at indikatoren for hastegrader Øhj blir gjort tilgjengelig
- Gjennomgang av aktivitet kategorisert som Øhj med bruk av revers prioritering
- Frigjøre anestesi- og operasjonskapasitet ved å flytte flere forløp fra døgn til dag til poliklinikk, inkludert Øhj-inngrep.

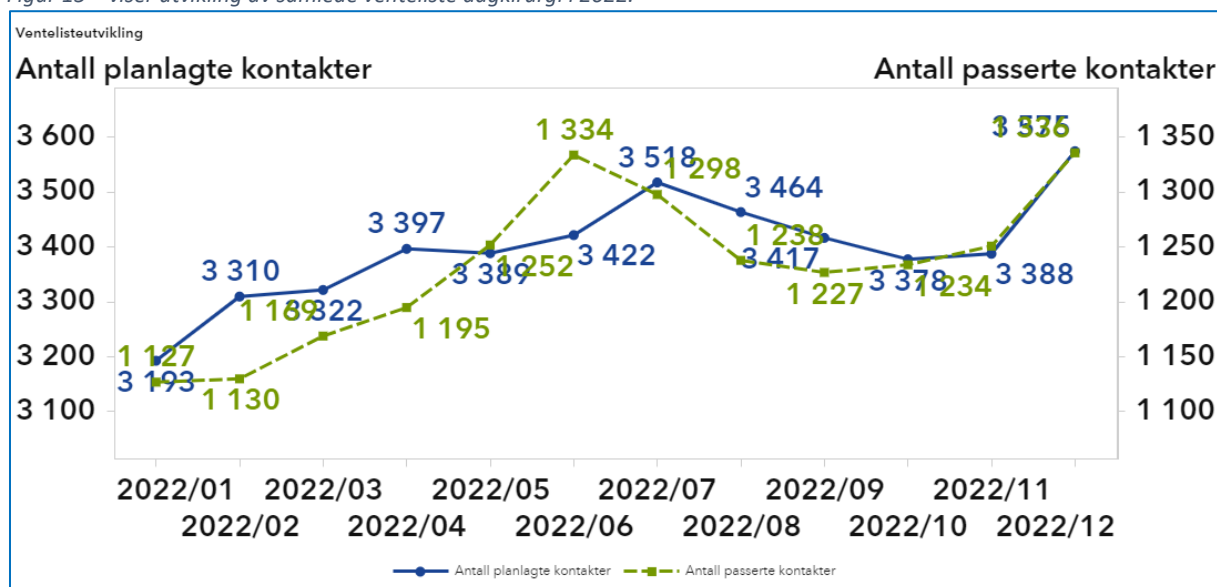
Utvikling av ventelister til kirurgi 2021

Figur 14 viser samlet utvikling av ventelister for alle fagområder i løpet av 2022 for pasienter som venter på heldøgnskirurgi. Figur 15 viser samlet utvikling av ventelister for alle fagområder i løpet av 2022 for pasienter som venter på dagkirurgi. Blå linje viser antall pasienter på venteliste. Grønn stiplet linje viser antallet på venteliste som har passert planlagt tid.

Figur 14 – viser utvikling av samlede venteliste heldøgnskirurgi i 2022.



Figur 15 – viser utvikling av samlede venteliste dagkirurgi i 2022.



Vurdering ventelister

I løpet av 2022 har de totale ventelistene til heldøgnskirurgi økt med 5%, mot 15 % økning i 2021. Fem fagområder har en nedgang i venteliste til heldøgn (BRENDØ, Urologi, Hjerne-, lunge- og karkirurgi, ØNH og Øye), mens Nevrokirurgi har den høyeste økningen i antall (69 pasienter) fulgt av Gynekologi (46 pasienter). Prosentmessig har begge fagområdene en økningen i venteliste på cirka 30 %.

I løpet av 2022 har de totale ventelistene til dagkirurgi økt med 12 %. I 2021 hadde ventelistene en reduksjon på 2%. BRENDØ og Nevrokirurgi har en nedgang i ventelistene på henholdsvis 12 og 39

pasienter. ØNH og Gastrokirurgi har den største økningen med henholdsvis 117 og 116 pasienter. Prosentmessig utgjør dette 27% og 14%

Spesielle forhold 2022 som påvirket drift og aktivitet

Beskrivelse

I 2022 ble drift og aktivitet påvirket av pandemien direkte og indirekte. I tillegg til pandemihåndtering internt medførte høyt sykefravær som følge av Covid-19 våren 2022 og Influensa epidemi høsten 2022 nedtrekk av kapasitet. Videre medførte plan for innføring av MetaVision vinteren 2022 en lavere kapasitet selv om innføringen da ble stoppet. Denne kapasitetsreduksjonen medførte prioritering av restkapasitet i regi av et eget arbeidsutvalg (AU) i de nevnte periodene.

Vurdering spesielle forhold 2021

I tillegg til overnevnte kapasitetsreduksjon ble det også foretatt strykninger av anesthesi- og operasjonskapasiteter samme dag, som følge av korttidsfravær på personellgrupper i OpIn (anestesileger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og oppvåkningssykepleiere) eller manglende kapasitet på Intensiv og hjerteoppvåkningen. Samlet vurdert ga disse forholdene ca. 530 færre operasjoner enn planlagt. Uten disse forholdene ville antallet operasjoner vært nært antallet operasjoner for 2019.

Møteaktivitet og prosjekter gjennomført i 2022

OPK

Det ble i 2022 gjennomført 6 ordinære og 2 ekstraordinære møter i OPK. Det ble til sammen behandlet 54 saker. Sakslister, saksfremlegg og referat fra møtene er arkivert i Elements på sak 2022/96.

Kirurgisk fagråd

Kirurgisk fagråd ble besluttet etablert av OPK 18/11-2021. Fagrådet ble gitt mandat av OPK i sak 31/2021 28/1-2022. Det ble i 2022 gjennomført 4 møter i Kirurgisk fagråd. Møtene er referatført og for 2022 arkivert i sak 2022/1645.

Prioriteringsrådet

Prioriteringsrådets funksjon er å beslutte omfordeling av anesthesi- og operasjonskapasitet mellom de kirurgiske klinikkene for å oppnå måloppnåelse for kirurgiske kreftpakkeforløp, og samtidig sikre tilstrekkelig kapasitet til annen høyt prioritert kirurgi, og er nedfelt i prosedyre for prioritering og fordeling av anesthesi- og operasjonskapasitet til kreftkirurgi og annen høyt prioritert kirurgi (PR48944). Det ble i 2022 gjennomført 2 møter i Prioriteringsrådet. Møtene er referatført og arkivert i Element sak 2022/8673.

Arbeidsutvalget (AU)

AU iverksettes når det foreligger behov for ukentlig koordinering og prioritering av tilgjengelige anesthesi- og operasjonsressurser ved UNN Troms. Prosedyre for AU ble etablert i 2022 (PR58719). Det ble i 2022 gjennomført 13 møter i AU for å koordinere og prioritere anesthesi- og operasjonskapasitet i de periodene hvor planlagt kapasitet måtte reduseres. Møtene referatføres og arkiveres i Element. For 2022 i sak 2022/96.

Forbedringsprosjekter

I løpet av 2022 er flere forbedringsprosjekter startet/gjennomført for å bedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet i operasjonsvirksomheten. Her nevnes noen:

- Utvikling av «Verktøykassen» for bedre ressurseffektivitet i pasientforløp på operasjonsstuene
 - Hofteproteser ved UNN Harstad og UNN Tromsø
 - Kneproteser ved UNN Narvik
 - Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) ved UNN Tromsø
 - TAVI ved UNN Tromsø
- Øhj prosedyrer
 - Revisjon av prosedyrer ved UNN Tromsø og utarbeidelse av ny Øhj-manual
 - Etablert lokale prosedyrer for UNN Harstad og UNN Narvik
- Døgn til dag til poliklinikk
 - UNN Harstad
 - Flyttet flere prosedyrer til Gyn poliklinikk
 - UNN Narvik
 - Flyttet flere prosedyrer til kirurgisk poliklinikk (håndkirurgi, Plastikk, Gyn)
 - UNN Tromsø
 - Utarbeidet beslutningsgrunnlag for å etablere K3K skopienhet for gastro- og urokirurgi ved C00
 - Prosjektere utvidelse til 3 operasjonsstuer ved POP
 - Gjennomført kirurgi for åreknuter poliklinisk ved «lån» av dagkirurgiske operasjonsstuer. Det ble i 2022 gjennomført 212 operasjoner.
- Operasjonsplanlegging i siste fase
 - Ved UNN Tromsø er det gjennomført et forbedringsprosjekt via QI-nord utdanningen.

Annet

Operasjonsvirksomheten har i 2022 som i tidligere år vært et utfordrende område for UNN. Oppmerksomheten i styret, foretakets ledelse og øvrig i organisasjonen har vært stor. Av den grunn er både styret, øverste ledelse, kvalitetsutvalget opptatt av å bli informert. I 2022 har operasjonsvirksomheten vært presentert med forskjellige tema:

- Orienteringssak til styret
 - «Økonomiske beregninger knyttet til strykninger av operasjoner og nedtrekk av operasjonskapasitet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)» (29.09.22)
- Orienteringssak til Kvalitetsutvalget
 - «Styringssystem for operasjonsvirksomheten – Fra lovgivning til operasjonsstue» (03.05.22)
 - «Kirurgisk fagråd og innføring av nye kirurgiske metoder» (13.12.22)
- Direktørens tavlemøte
 - Presentasjon av forbedringsprosjekter ved UNN Harstad, Narvik og Tromsø for å øke antallet proteseoperasjoner per operasjonsdag.



Møtedato: 24.04.2023

 Vår ref.:
 2020/11231-9

 Saksbehandler:
 Lødemel Henriksen

 Dato:
 11.04.2023

Styresak 44-2023/3 Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Formål

Å orientere styret om resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet (FHI) beregner kvalitetsindikatorene “risikojustert sannsynlighet for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse på sykehus” for totaloverlevelse (42 diagnosegrupper) og førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Indikatorne beregnes årlig og inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet. 22.03.2023 ble det publisert resultater fra 2020 og 2021 for disse indikatorene.

Saksutredning

Resultatene for UNN er presentert i tabell 1 for 2020 og i tabell 2 for 2021.

I rapporten fra FHI fremgår det at UNN i 2021 har signifikant økt sannsynlighet for overlevelse sammenliknet med referanseverdi for pasienter som for første gang blir innlagt med hjerteinfarkt. Øvrige avvik fra referanseverdi er vurdert som ikke signifikante.

Tabell 1: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2020, pr sykehus UNN

Sykehus	Total overlevelse 30 D alle diagnoser	Hjerteinfarkt 30 D overlevelse	Hjerneslag 30 D overlevelse	Hoftebrudd 30 D overlevelse
Referanse-verdi	96,2%	93,7%	88,7%	91,3%
Tromsø	96,3%	95,1%	90,2%	91,5%
Harstad	96,3%	NA	91,7%	91,1%
Narvik	95,8%	NA	86,7%	91,5%

Tabell 2: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2021, pr sykehus UNN

Sykehus	Total overlevelse 30 D alle diagnoser	Hjerteinfarkt 30 D overlevelse	Hjerneslag 30 D overlevelse	Hoftebrudd 30 D overlevelse
Referanse-verdi	96,4	93,5	89,2	90,6
Tromsø	96,2	94,6	89,8	90,0
Harstad	96,5	NA	92,0	90,9
Narvik	96,3	NA	88,8	90,7

Vurdering

Resultatene for UNN ligger i hovedsak omkring referanseverdi uten signifikante negative avvik. Det er positivt at 30 dagers overlevelse etter innleggelse for første gangs hjerteinfarkt er signifikant bedre i UNN sammenliknet med nasjonal referanseverdi.

Tromsø, 14.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

- Notat 2023 - Resultater for 2020 og 2021

NOTAT

2023

RESULTATER FOR 2020 OG 2021

30 dagers overlevelse
etter sykehusinnleggelse

Innhold

Sammendrag	3
Bakgrunn	4
Metode	5
Resultater for 2021	7
Datamaterialet	7
Utvikling av 30 dagers overlevelse over tid	8
30 dagers overlevelse sykehus, HF, BoHF og RHF	8
Analyse for opptaksområder	13
Referanser	15
Vedleggstabeller: Resultater for overlevelse 2020	16

Sammendrag

Folkehelseinstituttet beregner kvalitetsindikatorene "risikojustert sannsynlighet for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse på sykehus for totaloverlevelse (42 diagnosegrupper) og førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd.

Indikatorene beregnes årlig og inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet. Dette notatet er et utfyllende supplement og en leseveiledning for resultater publisert på helsedirektoratet.no. NPR har levert pasientadministrative data fra alle landets sykehus. FHI har koblet innleggelser og innhentet eventuell dødsdato fra Folkeregisteret.

I dette notatet presenteres resultater for hvert enkelt sykehus, regionalt helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) for alle indikatorene. I tillegg presenterer vi indikator per opptaksområde til HF for førstegangs hjerteinfarkt og hjerneslag for å ta hensyn til funksjonsfordeling mellom sykehus. Enkelte sykehus får overført alvorlig pasienter fra andre opptaksområder, som kan føre til lavere overlevelse.

Overlevelsen etter sykehusinnleggelse har vært ganske stabil de siste fem årene, men vi ser en liten nedgang i overlevelse for totaloverlevelse og hoftebrudd i perioden fra 2019 til 2021. Pandemien har ført til at det var noe færre innleggelser i 2020, men vi kan ikke si om dette har ført til endret overlevelse.

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet beregner kvalitetsindikatorene “risikojustert sannsynlighet for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse på sykehus” for totaloverlevelse (42 diagnosegrupper) og førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd.

Indikatorene beregnes årlig og inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet. Dette notatet er et utfyllende supplement og en leseveiledning for resultater publisert på helsedirektoratet.no for årene 2020 og 2021.

Metode

Her gis et kort sammendrag av metoden. For en detaljert metodebeskrivelse, se tidligere rapport (Skyrud et al 2019a, Vedlegg 2), og vitenskapelige artikler (Hassani et al 2015, Skyrud et al. 2019b).

Risikojustert sannsynlighet for overlevelse	
Datamaterialet	Alle somatiske sykehusopphold er levert fra Norsk Pasientregister. Alle sykehusopphold per pasient kobles sammen til sammenhengende pasientforløp (en eller flere sykehusopphold med mindre enn åtte timer fra utskrivning til neste innleggelse). Det innebærer at en pasient kan ha flere pasientforløp i løpet av perioden
Definisjon	30 dagers overlevelse beregnes fra innleggelsestidspunktet, uansett om pasienten dør i eller utenfor sykehuset. Status for pasienten 30 dager etter sykehusinnleggelse er definert ut fra opplysninger hentet fra Folkeregisteret
Pasientgrupper	Totaloverlevelse beregnes for pasienter som har vært innlagt på sykehus for en rekke tilstander (42 diagnosegrupper) som til sammen står for 80 % av dødeligheten på norske sykehus. I tillegg beregnes overlevelse for tre utvalgte diagnosegrupper: førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd (se Skyrud et al 2019 for en mer detaljert beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier)
Vekting	For alle indikatorene som beregnes for rapporteringsenhetene sykehus eller HF der et pasientforløp foregikk på to eller flere sykehus/HF, ble utfallet (død/ikke død innen 30 dager) tilordnet hvert sykehus/HF med vekt lik andelen på hvert sykehus/HF av total liggetid. For analysene som gjøres basert på pasientens bostedskommune (opptaksområde per HF) vil all vekt havnet på dette HF uavhengig om hvor pasienter er behandlet
Rapporteringsenheter	I denne rapporten presenteres resultater for hvert enkelt sykehus, HF og RHF, samt boBF for førstegangs hjerteinfarkt og hjerneslag, som videre benevnes <i>rapporteringsenhet</i> . Rapporteringsenheter med få opphold i perioden er ekskludert fra analysen. Spesialsykehus er ekskludert fra resultattabellene siden de ikke er direkte sammenlignbare med andre sykehus
Statistisk modell	Logistisk regresjon benyttes til å beregne <i>risikojustert overlevelse</i> for hver rapporteringsenhet. Det justeres blant annet for alder, kjønn, antall tidligere innleggelser og komorbiditet i modellene. Se Skyrud et al 2019a for mer detaljert beskrivelse av justeringsmodellene som er brukt for de ulike indikatorene. Ved å benytte en hierarkisk Bayesiansk metode tas det også hensyn til at små sykehus tilfeldigvis kan få ekstreme verdier

Referanseverdi	Regresjonskoeffisientene for hver enkel rapporteringsenhet fra den logistiske regresjonsmodellen blir sammenliknet med en referanseverdi for den respektive indikator og rapporteringsenhet. Referanseverdien er et trimmet gjennomsnitt (de 25 prosent høyeste og laveste regresjonskoeffisientene er utelatt)
Statistisk testing	I analysen identifiseres rapporteringsenheter med signifikant høyere eller lavere overlevelse enn referanseverdien for det aktuelle rapporteringsenhetsnivået. I den statistiske testingen blir det tatt hensyn til at det gjøres mange sammenlikninger
Utvikling over tid	Utviklingen over tid for overlevelsesindikatorene i perioden 2017–2021 er inkludert i dette notatet. Tidsutviklingen er beregnet på det datamaterialet vi har nå, slik at tallene kan ikke direkte sammenlignes med tidlige tall. Historikk fra tidligere innleggelser for de aktuelle pasientene er inkludert, og metoden som er benyttet er den samme som beskrevet over

Resultater for 2021

Datamaterialet

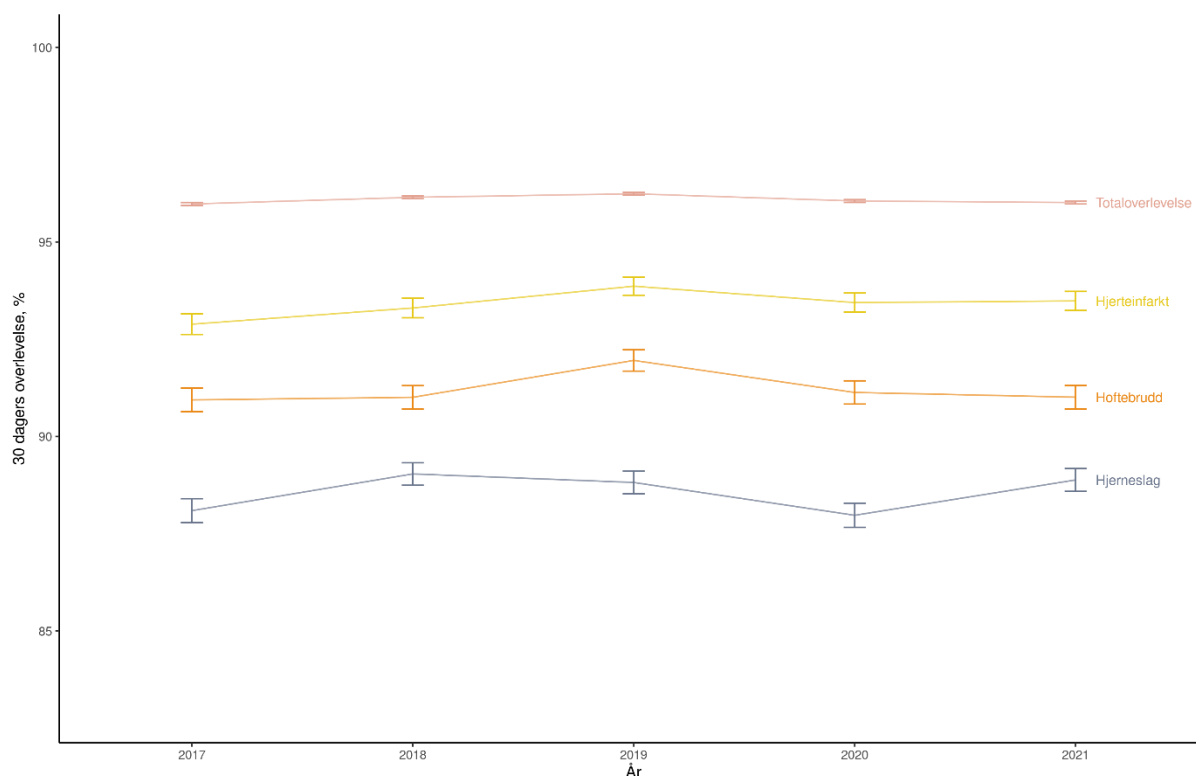
Tabell 1 inneholder deskriptiv statistikk for pasienter som inngår i beregningene for totaloverlevelse og overlevelse for de tre utvalgte diagnosegruppene, fordelt på de som overlever 30 dager og som dør innen 30 dager etter innleggelse.

Tabell 1: Deskriptiv statistikk for pasienter (både for de som overlever 30 dager og de som dør innen 30 dager) som inngår i beregningene for totaloverlevelse og overlevelse for de tre utvalgte diagnosegruppene. Data for 2021 er brukt for totaloverlevelse, mens data fra perioden 2019-2021 er brukt for de diagnosespesifikke tilstandene. Analysenheten er pasientforløp.

	Totaloverlevelse			Hjerteinfarkt			Hjerneslag			Hoftebrudd		
	Dør innen 30 dager	Overlever 30 dager	Totalt	Dør innen 30 dager	Overlever 30 dager	Totalt	Dør innen 30 dager	Overlever 30 dager	Totalt	Dør innen 30 dager	Overlever 30 dager	Totalt
Pasienter, antall	9.480	200.068	207.359	1.479	21.928	23.407	3.245	24.081	27.154	2.176	22.096	24.185
Pasientforløp, antall	9.480	235.436	244.916	1.479	21.928	23.407	3.245	25.291	28.536	2.176	22.826	25.002
Pasientforløp, prosent	3,9%	96,1%	100,0%	6,3%	93,7%	100,0%	11,4%	88,6%	100,0%	8,7%	91,3%	100,0%
Pasientforløp på to eller flere sykehus	7,9%	8,6%	8,5%	19,9%	62,4%	59,7%	12,5%	19,9%	19%	10,2%	14,6%	14,2%
Liggedøgn, gj.snitt (dager)	5,2	3,3	3,4	4,4	6	5,9	5,6	9,5	9,1	5,2	6,1	6
Kjønn: andel kvinner	48,7%	47,4%	47,4%	45,5%	31,5%	32,4%	53,7%	43,8%	44,9%	55,6%	68,6%	67,5%
Median, år	83	69	70	83	69	70	83	75	76	88	83	84
Alder: < 50 år	1,7%	16,1%	15,5%	0,9%	7,1%	6,8%	1,1%	5,5%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alder: 50-75 år	23,5%	45,4%	44,4%	25,9%	61,5%	59,2%	22,1%	45,4%	42,7%	7,4%	23,2%	21,8%
Alder: > 75 år	74,8%	38,5%	40,0%	73,2%	31,4%	34,0%	76,8%	49,1%	52,3%	92,6%	76,8%	78,2%
Charlson indeks, gj.snitt	2,1	1,1	1,2	1,4	0,7	0,7	1,8	0,9	1	2,1	1,2	1,3
Charlson indeks: 0	35,2%	59,2%	58,3%	52,0%	71,4%	70,1%	45,8%	64,6%	62,4%	34,9%	54,2%	52,5%
Charlson indeks: 1	11,8%	10,8%	10,8%	11,4%	10,4%	10,4%	10,4%	10,3%	10,3%	9,6%	10,9%	10,8%
Charlson indeks: 2+	53,1%	30,0%	30,9%	36,6%	18,2%	19,4%	43,8%	25,2%	27,3%	55,5%	34,9%	36,7%
Tidligere innleggelser, gj.snitt	4,6	4,4	4,4	4,1	2,8	2,8	5,1	3,3	3,5	3,9	3,4	3,4
Tidligere innleggelser: 0	25,3%	26,5%	26,4%	33,3%	44,4%	43,7%	26,7%	36,8%	35,6%	31,7%	34,0%	33,8%
Tidligere innleggelser: 1-2	27,2%	27,0%	27,0%	28,0%	25,8%	25,9%	28,6%	26,8%	27,0%	29,9%	29,2%	29,3%
Tidligere innleggelser: 3-5	20,6%	21,3%	21,3%	19,1%	15,8%	16,0%	20,5%	18,6%	18,8%	19,9%	19,4%	19,4%
Tidligere innleggelser: 6+	26,9%	25,2%	25,3%	19,6%	14,1%	14,4%	24,2%	17,9%	18,6%	18,5%	17,3%	17,4%

Utvikling av 30 dagers overlevelse over tid

I Figur 1 har vi benyttet et datasett for en periode på fem år og beregnet sammenlignbar sannsynlighet for overlevelse for hvert år i perioden 2017-2021. Resultatene viser at overlevelsen etter sykehusinnleggelse har vært ganske stabil de siste fem årene, men vi ser en liten nedgang i overlevelse for totaloverlevelse og hoftebrudd i perioden fra 2019 til 2021.



Figur 1: 30 dagers risikjustert sannsynlighet for overlevelse (%), for totaloverlevelse, førstegangs hjerterinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd i perioden fra 2017 – 2021

30 dagers overlevelse sykehus, HF, BoHF og RHF

Tabell 2 viser hvilke rapporteringsenheter som avviker fra referanseverdien, med enten signifikant høyere eller lavere sannsynlighet for overlevelse, og resultatene for hver enkelt rapporteringsenhet er angitt i etterfølgende tabeller. Resultatene for 2020 finnes i Vedleggstabellene.

Tabell 2: Sykehus, helseforetak (HF) og regionale helseforetak (RHF) med 30 dagers overlevelse som avviker signifikant fra referanseverdien. For totaloverlevelse er data fra 2021 benyttet. For overlevelse per diagnosegruppe er data fra 2019 - 2021 benyttet.

Diagnosegruppe og rapporteringsenhet	Signifikant lavere overlevelse	Signifikant høyere overlevelse
Totaloverlevelse		
Sykehus	Ahus, Ringerike, Ullevål, Østfold, Kongsvinger, Gjøvik, Hammerfest	Haraldsplass, Haukeland
HF	Innlandet HF, Ahus HF, Østfold HF, Finnmark HF	Haraldsplass, Bergen HF, St. Olav HF
RHF	Sør-Øst	Vest
Førstegangs hjerteinfarkt		
Sykehus	Gjøvik, Kristiansand, Rikshospitalet ¹	Drammen, Vestfold, Ahus, Diakonhjemmet, St. Olav, Tromsø
HF	Stavanger HF, Innlandet HF, OUS ¹ HF, Finnmark HF	Vestre Viken HF, Diakonhjemmet, Vestfold HF, Ahus HF, UNN HF, St. Olav HF
Opptaksområde for HF	Østfold, Innlandet	Vestre Viken, Vestfold
RHF		
Hjerneslag		
Sykehus	Hamar, Tynset, Ullevål, Rikshospitalet ¹	Diakonhjemmet
HF	Telemark HF, Innlandet HF, OUS ¹ HF	Diakonhjemmet, Lovisenberg
Opptaksområde for HF	Innlandet, Telemark	
RHF	Sør-Øst	Nord
Hoftebrudd		
Sykehus	Gjøvik, Hammerfest	Arendal, Diakonhjemmet
HF	Vestfold HF, Finnmark HF, Innlandet HF	
RHF		Vest

¹ Pasienter som overlever har svært lav vekt, se nærmere beskrivelse under analyse for opptaksområder. Resultat må tolkes med forsiktighet.

Tabell 3: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2021, pr sykehus og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

Sykehus	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, %, (FDR)	Hjerneslag 30D, %, (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,3 -	92,9 -	89,5 -	90,8 -
Ahus	95,7 (0,000)*	95,3 (0,001)*	88,8 (0,356)	90,6 (0,499)
Arendal	96,5 (0,341)	94,6 (0,067)	88,5 (0,305)	92,6 (0,047)*
Bodø	96,5 (0,371)	92,3 (0,368)	89,5 (0,500)	90,5 (0,481)
Bærum	96,3 (0,500)	94,3 (0,125)	90,3 (0,300)	92,1 (0,115)
Diakonhjemmet	96,6 (0,190)	95,2 (0,032)*	94,2 (0,001)*	92,4 (0,047)*
Drammen	96,1 (0,372)	96,6 (0,000)*	89,3 (0,500)	90,6 (0,499)
Elverum	95,9 (0,150)	92,5 (0,410)	89,6 (0,500)	89,8 (0,233)
Flekkefjord	96,3 (0,500)	-	89,9 (0,473)	92,0 (0,115)
Førde	96,3 (0,500)	91,5 (0,172)	91,3 (0,104)	91,5 (0,294)
Gjøvik	95,0 (0,000)*	89,7 (0,016)*	88,1 (0,216)	88,9 (0,047)*
Hamar	96,3 (0,500)	91,7 (0,172)	86,2 (0,015)*	-
Hammerfest	94,9 (0,000)*	-	90,7 (0,305)	88,6 (0,047)*
Haraldsplass	97,3 (0,000)*	93,3 (0,410)	91,1 (0,154)	91,6 (0,282)
Harstad	96,5 (0,418)	-	92,0 (0,070)	90,9 (0,499)
Haugesund	95,9 (0,099)	93,4 (0,368)	89,8 (0,473)	91,7 (0,280)
Haukeland	96,8 (0,006)*	93,8 (0,172)	88,7 (0,320)	90,8 (0,499)
Kirkenes	96,3 (0,500)	-	90,3 (0,388)	90,8 (0,499)
Kongsberg	96,7 (0,154)	94,6 (0,110)	90,8 (0,298)	90,6 (0,499)
Kongsvinger	95,2 (0,000)*	92,3 (0,368)	87,6 (0,136)	89,0 (0,050)
Kristiansand	96,1 (0,370)	89,6 (0,018)*	89,1 (0,473)	90,1 (0,304)
Kristiansund	96,0 (0,269)	91,4 (0,165)	88,1 (0,257)	90,7 (0,499)
Levanger	96,5 (0,417)	91,4 (0,151)	90,6 (0,257)	90,4 (0,466)
Lillehammer	96,2 (0,500)	92,3 (0,368)	87,6 (0,104)	90,3 (0,466)
Lofoten	96,4 (0,500)	-	88,8 (0,356)	90,8 (0,499)
Lovisenberg	96,4 (0,500)	93,5 (0,368)	92,6 (0,057)	-
Lærdal	96,8 (0,114)	-	-	-
Mo i Rana	95,9 (0,139)	-	91,0 (0,257)	91,6 (0,282)
Molde	96,2 (0,500)	93,0 (0,488)	89,8 (0,473)	90,7 (0,499)
Mosjøen	96,9 (0,070)	-	91,0 (0,298)	-
Namsos	96,6 (0,294)	93,2 (0,440)	88,8 (0,356)	91,2 (0,481)
Narvik	96,3 (0,500)	-	88,8 (0,356)	90,7 (0,499)

Nordfjord	96,3 (0,500)	-	-	-
Notodden	96,2 (0,418)	91,7 (0,230)	88,7 (0,356)	90,8 (0,499)
Odda	96,5 (0,399)	-	-	-
Orkdal	96,6 (0,341)	93,1 (0,481)	-	90,8 (0,499)
Rikshospitalet	96,1 (0,388)	89,4 (0,016)*	44,6 (0,000)*	-
Ringerike	95,6 (0,009)*	94,3 (0,151)	90,2 (0,356)	89,8 (0,250)
Sandnessjøen	96,5 (0,417)	-	90,8 (0,305)	-
Skien	95,9 (0,099)	94,5 (0,115)	87,2 (0,063)	92,0 (0,152)
Stavanger	96,3 (0,500)	91,6 (0,085)	87,8 (0,101)	91,1 (0,499)
St. Olav	96,6 (0,154)	94,7 (0,016)*	88,0 (0,104)	90,6 (0,499)
Stord	96,7 (0,154)	92,5 (0,409)	91,4 (0,170)	91,3 (0,427)
Tromsø	96,2 (0,500)	94,6 (0,032)*	89,8 (0,473)	90,0 (0,282)
Tynset	96,2 (0,418)	-	83,7 (0,001)*	90,5 (0,481)
Ullevål	95,6 (0,000)*	91,2 (0,059)	83,7 (0,000)*	90,0 (0,280)
Vesterålen	96,5 (0,418)	-	92,4 (0,063)	91,2 (0,466)
Vestfold	95,9 (0,083)	95,6 (0,005)*	89,0 (0,448)	89,6 (0,115)
Volda	96,3 (0,500)	92,2 (0,368)	89,5 (0,500)	91,5 (0,320)
Voss	96,5 (0,417)	-	92,7 (0,063)	91,7 (0,250)
Østfold	95,5 (0,000)*	92,7 (0,440)	88,8 (0,356)	89,8 (0,200)
Ålesund	96,2 (0,473)	91,5 (0,172)	87,3 (0,081)	91,2 (0,481)

Tabell 4: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2021, pr helseforetak og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

HF	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, %, (FDR)	Hjerneslag 30D, %, (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,2 -	93,3 -	89,6 -	91,2 -
Ahus HF	95,5 (0,000)*	95,0 (0,006)*	88,5 (0,131)	90,2 (0,077)
Bergen HF	96,8 (0,000)*	93,9 (0,248)	89,7 (0,500)	91,5 (0,487)
Diakonhjemmet	96,6 (0,107)	95,6 (0,017)*	93,9 (0,000)*	92,5 (0,057)
Finnmark HF	95,4 (0,001)*	88,6 (0,002)*	90,2 (0,369)	89,6 (0,036)*
Fonna HF	96,2 (0,483)	93,4 (0,492)	90,3 (0,298)	92,0 (0,265)
Førde HF	96,4 (0,459)	92,2 (0,161)	90,0 (0,377)	91,9 (0,318)
Haraldsplass	97,3 (0,000)*	93,7 (0,400)	90,8 (0,195)	91,8 (0,340)
Helgeland HF	96,3 (0,500)	91,9 (0,127)	90,8 (0,195)	91,8 (0,340)
Innlandet HF	95,7 (0,000)*	91,5 (0,010)*	87,0 (0,000)*	89,2 (0,002)*
Lovisenberg	96,3 (0,483)	94,0 (0,293)	92,2 (0,032)*	-
Møre og Romsdal HF	96,1 (0,482)	92,2 (0,127)	88,8 (0,230)	91,2 (0,500)
Nordland HF	96,5 (0,265)	92,6 (0,248)	90,1 (0,369)	90,9 (0,428)
Nord-Trøndelag HF	96,5 (0,132)	92,6 (0,248)	90,4 (0,250)	90,9 (0,428)
OUS HF	96,1 (0,394)	90,8 (0,002)*	82,3 (0,000)*	91,4 (0,500)
Stavanger HF	96,3 (0,483)	91,8 (0,020)*	88,4 (0,131)	91,2 (0,500)
St Olav HF	96,7 (0,009)*	94,7 (0,020)*	88,5 (0,131)	91,2 (0,500)
Sørlandet HF	96,3 (0,500)	92,8 (0,293)	89,2 (0,369)	91,8 (0,329)
Telemark HF	95,9 (0,096)	94,6 (0,109)	87,3 (0,008)*	91,8 (0,329)
UNN HF	96,3 (0,500)	94,7 (0,030)*	90,2 (0,298)	90,5 (0,294)
Vestfold HF	95,9 (0,096)	95,4 (0,009)*	89,1 (0,369)	89,7 (0,036)*
Vestre Viken HF	96,1 (0,394)	95,7 (0,001)*	89,7 (0,500)	91,1 (0,500)
Østfold HF	95,5 (0,000)*	92,7 (0,248)	88,8 (0,239)	90,0 (0,057)

Analyse for opptaksområder

For å tolke resultatene, er det viktig å være klar over mulige feilkilder. Metoden tar ikke hensyn til funksjonsfordelinger mellom sykehus der dette ikke fremgår av diagnosene. Sykehus som behandler undergrupper av pasienter med spesielt lav eller høy risiko for å dø, vil derfor kunne få tilsynelatende avvikende 30 dagers overlevelse. Dersom også liggetiden er forskjellig for pasienter med høy og lav risiko, vil dette påvirke vektingen som brukes for å tilordne et pasientforløp til flere enn ett sykehus. Sykehus med lavere andel av total liggetid for pasienter som senere overlever enn de som dør, vil få en tilsynelatende høy dødelighet. Resultatene for slike sykehus må derfor tolkes med forsiktighet. Dette har vært og er tilfelle med OUS og Rikshospitalet. Derfor beregnes, som et supplement, også overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag etter pasientens boområde. Forskjellene i overlevelse etter boområde (Tabell 5) vil være mindre enn forskjellene mellom HF (Tabell 4), som en følge av beregningsmetoden dersom oppgavefordelingen mellom sykehus bidrar til forskjellene mellom HF.

Tabell 5. Sannsynlighet for overlevelse etter innleggelse for akutt førstegangs hjerteinfarkt og hjerneslag, per opptaksområde og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02). Data for 2019-2021 er benyttet.

Opptaksområde	Hjerteinfarkt 30D, % (FDR)	Hjerneslag 30D, % (FDR)
referanse	92,5 -	89,6 -
Ahus	93,6 (0,061)	88,6 (0,121)
Diakonhjemmet	93,0 (0,398)	89,9 (0,447)
Finnmark	91,3 (0,061)	90,0 (0,447)
Haraldsplass	92,7 (0,473)	90,0 (0,447)
Helgeland	92,6 (0,500)	89,9 (0,447)
Helse Bergen	92,3 (0,456)	90,6 (0,121)
Helse Fonna	92,9 (0,400)	89,9 (0,447)
Helse Førde	91,8 (0,184)	90,0 (0,447)
Helse Stavanger	91,5 (0,067)	89,2 (0,447)
Innlandet	91,0 (0,028)*	87,2 (0,000)*
Lovisenberg	91,6 (0,130)	89,5 (0,447)
Møre og Romsdal	92,4 (0,473)	88,9 (0,275)
Nord-Trøndelag	92,3 (0,456)	90,3 (0,275)
Nordland	92,5 (0,500)	89,8 (0,447)
OUS	93,0 (0,386)	88,5 (0,121)
St. Olav	93,3 (0,184)	89,7 (0,500)
Sørlandet	91,4 (0,061)	89,3 (0,447)
Telemark	93,2 (0,247)	87,8 (0,016)*
UNN	93,1 (0,329)	91,0 (0,069)
Vestfold	94,0 (0,033)*	89,2 (0,447)
Vestre Viken	93,8 (0,033)*	89,8 (0,447)
Østfold	91,2 (0,033)*	88,7 (0,178)

Tabell 6. Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2021, pr regionalt helseforetak og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

RHF	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, % (FDR)	Hjerneslag 30D, % (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,4 -	93,5 -	89,2 -	90,6 -
Midt	96,5 (0,206)	93,7 (0,471)	88,9 (0,274)	90,8 (0,387)
Nord	96,2 (0,206)	93,4 (0,471)	90,3 (0,008)*	90,2 (0,387)
Sør-Øst	95,9 (0,000)*	93,5 (0,471)	87,9 (0,000)*	90,3 (0,387)
Vest	96,6 (0,003)*	93,2 (0,471)	89,6 (0,274)	91,6 (0,016)*

Referanser

Hassani S, Lindman AS, Kristoffersen DT, Tomic O, Helgeland J. 30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Management and Analysis. PLoS One 2015;10(9):e0136547.

Guo W, Romano JP. On stepwise control of directional errors under independence and some dependence. Journal of Statistical Planning and Inference 2015;163:21-33.

Skyrud KD, Kristoffersen DT, Hansen TM, Helgeland J. Kvalitet i helsetjenesten 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019 [a]

Skyrud, K.D; Vikum E, Hansen TM, Helgeland J. "Hospital Variation in 30-Day Mortality for Patients With Stroke; the impact of Individual and Municipal Socio-Demographic Status". J Am Heart Assoc. 2019 [b]

Vedleggstabeller: Resultater for overlevelse 2020

Tabell 7: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2020, pr sykehus og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

Sykehus	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, %, (FDR)	Hjerneslag 30D, %, (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,2 -	92,9 -	89,5 -	90,8 -
Ahus	95,5 (0,000)*	95,3 (0,001)*	88,8 (0,356)	90,6 (0,499)
Arendal	95,7 (0,094)	94,6 (0,067)	88,5 (0,305)	92,6 (0,047)*
Bodø	96,5 (0,239)	92,3 (0,368)	89,5 (0,500)	90,5 (0,481)
Bærum	96,6 (0,041)*	94,3 (0,125)	90,3 (0,300)	92,1 (0,115)
Diakonhjemmet	96,5 (0,155)	95,2 (0,032)*	94,2 (0,001)*	92,4 (0,047)*
Drammen	95,5 (0,007)*	96,6 (0,000)*	89,3 (0,500)	90,6 (0,499)
Elverum	96,0 (0,384)	92,5 (0,410)	89,6 (0,500)	89,8 (0,233)
Flekkefjord	96,0 (0,397)	-	89,9 (0,473)	92,0 (0,115)
Førde	96,5 (0,200)	91,5 (0,172)	91,3 (0,104)	91,5 (0,294)
Gjøvik	94,9 (0,000)*	89,7 (0,016)*	88,1 (0,216)	88,9 (0,047)*
Hamar	96,9 (0,011)*	91,7 (0,172)	86,2 (0,015)*	-
Hammerfest	95,4 (0,023)*	-	90,7 (0,305)	88,6 (0,047)*
Haraldsplass	96,8 (0,017)*	93,3 (0,410)	91,1 (0,154)	91,6 (0,282)
Harstad	96,3 (0,413)	-	92,0 (0,070)	90,9 (0,499)
Haugesund	96,5 (0,195)	93,4 (0,368)	89,8 (0,473)	91,7 (0,280)
Haukeland	96,6 (0,028)*	93,8 (0,172)	88,7 (0,320)	90,8 (0,499)
Kirkenes	96,2 (0,500)	-	90,3 (0,388)	90,8 (0,499)
Kongsberg	96,5 (0,297)	94,6 (0,110)	90,8 (0,298)	90,6 (0,499)
Kongsvinger	94,6 (0,000)*	92,3 (0,368)	87,6 (0,136)	89,0 (0,050)
Kristiansand	96,0 (0,383)	89,6 (0,018)*	89,1 (0,473)	90,1 (0,304)
Kristiansund	96,1 (0,500)	91,4 (0,165)	88,1 (0,257)	90,7 (0,499)
Levanger	96,1 (0,488)	91,4 (0,151)	90,6 (0,257)	90,4 (0,466)
Lillehammer	96,3 (0,413)	92,3 (0,368)	87,6 (0,104)	90,3 (0,466)
Lofoten	96,3 (0,414)	-	88,8 (0,356)	90,8 (0,499)
Lovisenberg	96,2 (0,500)	93,5 (0,368)	92,6 (0,057)	-
Lærdal	96,1 (0,438)	-	-	-
Mo i Rana	96,0 (0,397)	-	91,0 (0,257)	91,6 (0,282)
Molde	96,5 (0,211)	93,0 (0,488)	89,8 (0,473)	90,7 (0,499)
Mosjøen	96,1 (0,413)	-	91,0 (0,298)	-
Namsos	96,3 (0,413)	93,2 (0,440)	88,8 (0,356)	91,2 (0,481)
Narvik	95,8 (0,256)	-	88,8 (0,356)	90,7 (0,499)
Nordfjord	96,6 (0,195)	-	-	-
Notodden	96,0 (0,410)	91,7 (0,230)	88,7 (0,356)	90,8 (0,499)

Odda	96,2 (0,500)	-	-	-
Orkdal	96,4 (0,307)	93,1 (0,481)	-	90,8 (0,499)
Rikshospitalet	95,1 (0,005)*	89,4 (0,016)*	44,6 (0,000)*	-
Ringerike	96,1 (0,467)	94,3 (0,151)	90,2 (0,356)	89,8 (0,250)
Sandnessjøen	96,3 (0,448)	-	90,8 (0,305)	-
Skien	94,8 (0,000)*	94,5 (0,115)	87,2 (0,063)	92,0 (0,152)
Stavanger	95,9 (0,297)	91,6 (0,085)	87,8 (0,101)	91,1 (0,499)
St. Olav	96,3 (0,410)	94,7 (0,016)*	88,0 (0,104)	90,6 (0,499)
Stord	97,4 (0,001)*	92,5 (0,409)	91,4 (0,170)	91,3 (0,427)
Tromsø	96,3 (0,413)	94,6 (0,032)*	89,8 (0,473)	90,0 (0,282)
Tynset	95,5 (0,070)	-	83,7 (0,001)*	90,5 (0,481)
Ullevål	95,7 (0,029)*	91,2 (0,059)	83,7 (0,000)*	90,0 (0,280)
Vesterålen	96,1 (0,448)	-	92,4 (0,063)	91,2 (0,466)
Vestfold	95,9 (0,235)	95,6 (0,005)*	89,0 (0,448)	89,6 (0,115)
Volda	96,3 (0,413)	92,2 (0,368)	89,5 (0,500)	91,5 (0,320)
Voss	96,7 (0,103)	-	92,7 (0,063)	91,7 (0,250)
Østfold	95,6 (0,001)*	92,7 (0,440)	88,8 (0,356)	89,8 (0,200)
Ålesund	96,2 (0,500)	91,5 (0,172)	87,3 (0,081)	91,2 (0,481)

Tabell 8: Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2020, pr helseforetak og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

HF	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, %, (FDR)	Hjerneslag 30D, %, (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,1 -	93,3 -	89,6 -	91,2 -
Ahus HF	95,3 (0,000)*	95,0 (0,006)*	88,5 (0,131)	90,2 (0,077)
Bergen HF	96,6 (0,001)*	93,9 (0,248)	89,7 (0,500)	91,5 (0,487)
Diakonhjemmet	96,5 (0,120)	95,6 (0,017)*	93,9 (0,000)*	92,5 (0,057)
Finnmark HF	95,6 (0,033)*	88,6 (0,002)*	90,2 (0,369)	89,6 (0,036)*
Fonna HF	96,7 (0,003)*	93,4 (0,492)	90,3 (0,298)	92,0 (0,265)
Førde HF	96,4 (0,148)	92,2 (0,161)	90,0 (0,377)	91,9 (0,318)
Haraldsplass	96,7 (0,008)*	93,7 (0,400)	90,8 (0,195)	91,8 (0,340)
Helgeland HF	96,0 (0,420)	91,9 (0,127)	90,8 (0,195)	91,8 (0,340)
Innlandet HF	95,8 (0,148)	91,5 (0,010)*	87,0 (0,000)*	89,2 (0,002)*
Lovisenberg	96,1 (0,500)	94,0 (0,293)	92,2 (0,032)*	-
Møre og Romsdal HF	96,3 (0,250)	92,2 (0,127)	88,8 (0,230)	91,2 (0,500)
Nordland HF	96,3 (0,316)	92,6 (0,248)	90,1 (0,369)	90,9 (0,428)
Nord-Trøndelag HF	96,2 (0,500)	92,6 (0,248)	90,4 (0,250)	90,9 (0,428)
OUS HF	96,1 (0,500)	90,8 (0,002)*	82,3 (0,000)*	91,4 (0,500)
Stavanger HF	96,0 (0,361)	91,8 (0,020)*	88,4 (0,131)	91,2 (0,500)
St Olav HF	96,3 (0,155)	94,7 (0,020)*	88,5 (0,131)	91,2 (0,500)
Sørlandet HF	95,8 (0,132)	92,8 (0,293)	89,2 (0,369)	91,8 (0,329)
Telemark HF	95,0 (0,000)*	94,6 (0,109)	87,3 (0,008)*	91,8 (0,329)
UNN HF	96,2 (0,500)	94,7 (0,030)*	90,2 (0,298)	90,5 (0,294)
Vestfold HF	95,9 (0,250)	95,4 (0,009)*	89,1 (0,369)	89,7 (0,036)*
Vestre Viken HF	96,1 (0,500)	95,7 (0,001)*	89,7 (0,500)	91,1 (0,500)
Østfold HF	95,5 (0,001)*	92,7 (0,248)	88,8 (0,239)	90,0 (0,057)

Tabell 9. Sannsynlighet for overlevelse totalt og pr diagnose for 2020, pr regionalt helseforetak og false discovery rate (FDR, Guo-Romano 0,02).

RHF	Totaloverlevelse 30D, % (FDR)	Hjerteinfarkt 30D, %, (FDR)	Hjerneslag 30D, %, (FDR)	Hoftebrudd 30D, % (FDR)
referanse	96,2 -	93,5 -	89,2 -	90,6 -
Midt	96,3 (0,272)	93,7 (0,471)	88,9 (0,274)	90,8 (0,387)
Nord	96,1 (0,272)	93,4 (0,471)	90,3 (0,008)*	90,2 (0,387)
Sør-Øst	95,8 (0,000)*	93,5 (0,471)	87,9 (0,000)*	90,3 (0,387)
Vest	96,5 (0,001)*	93,2 (0,471)	89,6 (0,274)	91,6 (0,016)*

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mars 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no



Møtedato: 24.04.2023

Vår ref.:
2020/11104-5

Saksbehandler:
Gøril Bertheussen

Dato:
12.04.2023

Styresak 44-2023/4 Orientering om resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2023

Formål

Orienterer styret om resultatet av medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2023.

Bakgrunn

ForBedring 2023 i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble gjennomført i perioden 6. februar t.o.m. 2. mars. På grunn av tekniske problemer ved pålogging av mobilt kontor 1. mars ble undersøkelsen holdt åpen til en dag ekstra. Resultatet for foretaket ble offentliggjort 13. mars, og samme dag fikk ledere tilgang til resultatene gjennom en egen lenke. Det lokale oppfølgingsarbeidet etter ForBedring 2023 er med dette startet opp i foretaket. ForBedring er en nasjonal undersøkelse og gjennomføres likt over hele landet. Resultatene på foretaksnivå sammenstilles i en felles nasjonal rapport. Oppdragsdokumentet fra Helse Nord inneholder krav til resultatoppnåelse i ForBedring.

Saksutredning

Deltakelse

Det ble sendt ut 6965 spørreskjema i ForBedring 2023 og det kom inn 5214 svar. Det gir en svarprosent på 74,9. Resultatet er opp over 5 prosentpoeng fra i fjor og gjør at UNN igjen når målet om en oppslutning på 70 prosent eller mer med god margin. Dette er svært positivt og viser at undersøkelsen fortsatt evner å engasjere og skaper oppslutning. Forårets evaluering viste imidlertid noen tegn på undersøkelsestretthet og tilbakemeldinger om varierende grad av oppfølging. Dette er faktorer som kan virke negativt på oppslutning rundt undersøkelsen og deltakelsen. Derfor er det viktig å understreke hvor viktig det er at resultatene som nå foreligger blir fulgt opp med lokalt forbedringsarbeid.

Resultater

Resultatene på foretaksnivå fremkommer i vedlagt rapport. Årets rapport viser, med ett unntak ved temaområde 7, kun marginale endringer i resultatene fra foregående år. Samtidig ser vi at UNN, med unntak av 2 områder, har en negativ utvikling. Det følger opp trenden fra i fjor der vi så at fremgangen vi hadde frem til og med 2021 stoppet opp. Tilbakegangen fører til at vi beveger oss lengre bort fra målene satt i Oppdragsdokumentet. I

lys av hvordan UNN ligger an i forhold til Helse Nord (HN)-gruppesnittet, der vi også ligger lavt og med røde tall, er det en risiko for at vi ikke utvikler oss positivt i forhold til andre sammenlignbare foretak og foretak i egen region (jf AMU-KU sak 07-22 - Nasjonal rapport fra Forbedring 2022). Dette indikerer at UNN er i en situasjon der det er satt press på faktorer som påvirker arbeidsmiljø og pasientsikkerhetsklimate, og at dette har vedvart en stund da trenden fanges opp av både 2022 og 2023 undersøkelsen. Store organisasjoner er ofte robuste, men over tid kan man oppleve slitasje.

Det er utfordrende å trekke ut enkeltfaktorer i en totalrapport, men temaområdene arbeidsbelastning (3.1 og 3.2), psykososialt arbeidsmiljø (5.1, 5.3 og 5.6) og fysisk arbeidsmiljø (8.1) har enkeltspørsmål som viser lave skår, og/eller med en fallende tendens. Det er positivt å merke seg høye skår på teamarbeidsklimate, sikkerhetsklimate og opplevd lederatferd. Dette er viktige områder. Her legger vi oss også tettere opp mot HN-gjennomsnittet.

Tabellen under oppsummer resultatene fra foretaksrapporten «ForBedring 2023 UNN-total»

Temaområder i ForBedring	Resultat UNN	Resultat UNN	Resultat UNN	Resultat UNN	Endring UNN	Utvikling UNN	HN-gruppesnitt	HN-gruppesnitt	Krav i	UNN-avvik	UNN-avvik
	2020	2021	2022	2023	2023 vs 2022	2020 - 2023	2023	vs UNN 2023	OD **	OD-Krav 2022	OD-krav 2023
1.Engasjement	80,1	80,4	79,5	78,8	-0,7	-1,3	79,8	-1			
2.Teamarbeidsklimate	81,6	82,1	82,1	82,3	0,2	0,7	83,0	-0,7			
3.Arbeidsforhold	68,6	71,1	68,8	68,2	-0,6	-0,4	70,0	-1,8			
4.Sikkerhetsklimate	79,9	80,0	80,1	79,2	-0,9	-0,7	80,3	-1,1			
5.Psykososialt arbeidsmiljø	76,8	77,7	77,7	77,2	-0,5	0,4	78,8	-1,6	80,0	-2,3	-2,8
6. Opplevd lederatferd	78,9	79,9	79,5	80,1	0,6	1,2	81,1	-1			
7.Toppleders rolle i pasie...	64,2	65,7	59,8	51,2	-8,6	-13,0	55,7	-4,5			
8.Fysisk miljø	67,8	69,9	69,3	67,7	-1,6	-0,1	69,8	-2,1			
9.Oppfølging	66,6	66,7	66,4	65,8	-0,6	-0,8	66,5	-0,7	75,0	-8,6	-9,2
10.Pandemi	*	72,5	72,3	70,4	-1,9	*	71,7	-1,3			

* Kun temaområde i 2021 og 2022

** Krav 72 og 73 i oppdragsdokumentet (OD) 2022. Langsiktig mål. Med forbehold om presiseringer fra HN RHF

Mest av alt må man inn i enkeltrapportene og jobbe lokalt. Det er der reaksjonene kommer fra, og det er der vi ser de store variasjonene. Det viktig at ledere og medarbeidere samarbeider om å oppnå forbedring der det trengs.

Oppfølging

Oppfølging etter ForBedring inneholder følgende aksjonspunkt

1. Rapporten med resultater skal gjennomgås med alle medarbeidere som er tilsatt i enheten.
2. Det skal gjennomføres et prosessbasert forbedringsarbeid.
3. Forbedringstiltakene skal nedfelles i en skriftlig handlingsplan som legges i Dialogavtalen.

For ForBedring 2023 er punkt 3 satt opp som et felles overordnet tiltak i UNN: «Utarbeide handlingsplan etter ForBedring 2023». Tiltaket er fordelt fra direktør til klinikk/senternivå under eksisterende mål «Intensivere arbeidet med stabilisering» som igjen er plassert under satsningsområde «Medarbeideren er vår viktigste ressurs» og overordnet mål «Vi har et helsefremmende arbeidsmiljø basert på våre verdier og forebygging».

Klinikken/senteret er selv ansvarlig for å fordele overordnet tiltak ut til alle organisasjonsenheter i egen klinikk/senter som skal ha egen handlingsplan.

Oppfølgingsarbeidet kan dokumenteres ved å benytte handlingsplanmalen etter ForBedring og laste utfylt versjon opp i Styringshjulet. Eller man kan legge egne oppfølgingstiltak direkte i inn i Styringshjulet under overordnet tiltak.

Overordnet oppfølgingsplan for ForBedring 2023 i UNN

- Rapporter per organisasjonsenhet klar 13.03.2023
- Ledere presenterer rapporter innen utgangen av uke 16
- Handlingsplaner utarbeidet innen utgangen av uke 22
- Handlingsplaner behandles i AMU 31.05.2023
- Status handlingsplaner rapportere til Helse Nord RHF i uke 23

Vurdering

Vi ser at på foretaksnivå er deltakelsen tilbake til det stabilt høye nivået vi har hatt tidligere. Det er svært positiv. Resultatene viser en marginal, men fallende tendens. Det er vanskelig å trekke noe konkret ut av det, men kan tyde på at foretaket er i en situasjon der det er satt press på faktorer som påvirker arbeidsmiljø og pasientsikkerhetsklima. Lavere skår medfører også risiko for at foretaket beveger seg bort fra måltall satt i Oppdragsdokumentet og i forhold til andre sammenlignbare foretak og foretak i egen region.

Tromsø, 14.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- ForBedring - Medarbeiderundersøkelse 2023 UNN-total

ForBedring - Medarbeiderundersøkelse 2023

Creation Date: Wednesday, March 8, 2023 11:07:26 AM

Author: Haque Abul Ahsan Md Mahmudul

Undersøkelse

ForBedring - Medarbeider	ForBedring - Leder	ForBedring - Leder 1
--------------------------	--------------------	----------------------

Undersøkelse gruppe ▲	Antall utsendte 2023	Antall svar 2023	Svarprosent 2023	Svarprosent 2022	Svarprosent 2021	Svarprosent 2020
ForBedring - Leder	393	330	84.0%	81.6%	83.9%	88.3%
ForBedring - Leder 1	20	15	75.0%	95.2%	94.7%	100.0%
ForBedring -	4552	1860	74.3%	68.3%	75.6%	78.2%
Sum:	6965	Sum: 5214	Total: 74.9%	Total: 69.1%	Total: 76.1%	Total: 78.8%

Valgt foretak

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Valgt klinikk/område

AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10) BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17) DIAGNOSTISK KLINIKK(30) DIREKTØREN(50) DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45) FAG- OG KVAL

Valgt avdeling/seksjon/enhet

(missing) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING HARSTAD(1850) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING NARVIK(1860) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING(1820)

Valgt seksjon/enhet

(missing) ACT TROMSØ(223024) AKUTT POST SØR(224035) AKUTT- OG MOTTAKSMEDISINSK ENHET(150005) AKUTTMED. FELLESFUNKSJON(102000) AKUTTMED. KLIN

Valgt enhet

(missing) AMBULANSETJEN. ANDSLIMOEN(102060) AMBULANSETJEN. BJERKVIK (INAKTIV)(102074) AMBULANSETJEN. DYRØY(102062) AMBULANSETJEN. GRATANGEN

ForBedring

Pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Formålet med undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen har derfor fått navnet ForBedring. Det er et krav til ledere på alle nivå at resultater fra kartleggingen blir meldt tilbake til medarbeiderne, og det er et krav til alle medarbeiderne at de medvirker i å utarbeide og prioritere forbedringstiltak.

I menyen øverst velger man hvilken undersøkelse, hvilket år og hvilken organisatorisk enhet man ønsker å se resultater for.

I arkfanen "Forside" finner du oversikt over de (n) organisatoriske enheten (e) som inngår i din rapport og svarprosent.

I arkfanen "Gjennomsnitt per tema" får du et overblikk over resultatene fra undersøkelsen.

I de påfølgende arkfanene finner du resultatene for hvert enkeltspørsmål.

«Andel høy skår» i siste akrfane viser hvor stor prosentandel som er «litt enig» eller «helt enig» i spørsmålene per tema.

Grafene viser resultatene fra spørreundersøkelsen som gjennomsnittsskår langs en skala fra 0-100 omregnet fra svaralternativene 1 til 5: Helt uenig; litt uenig; verken enig eller uenig, litt enig; helt enig.

0 skal alltid tolkes som minst ønskelig, og 100 mest ønskelig.

Resultater som inneholder høy spredning har **turkisfarget** spørsmålstekst i tabellen nederst på siden, og bør leses med økt varsomhet. Av hensyn til konfidensialitet blir ikke spørsmål som er besvart av færre enn 5 per organisatorisk enhet vist i rapporten.

Rapportvisning og menyvalg tilgangsstyres av hvilke kostnadssteder du som leder har tilgang til å se.

For å navigere i rapporten må du først velge "Undersøkelse" øverst til venstre:

- **ForBedring 2023 - Medarbeider:** rapport med svar fra medarbeidere du leder i valgte koststeder

- **ForBedring 2023 - Leder:** rapport med svar fra ledere som du har et lederansvar for i valgte koststeder.

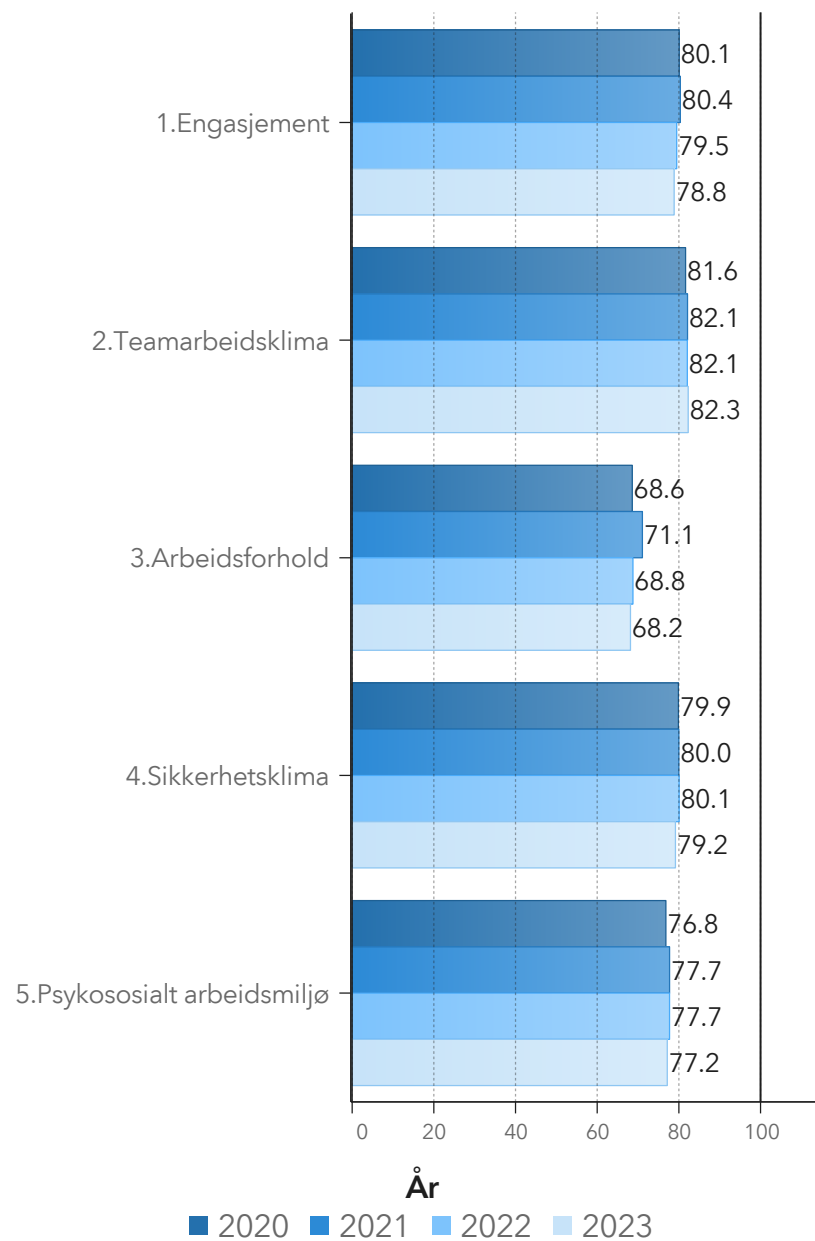
Dette er et eksempel fra 2022, for senere gjennomføringer velger man det aktuelle år.

Spørsmål knyttet til undersøkelsen kan rettes til gjennomføringsansvarlige for undersøkelsen i det respektive foretak.

Her finner du snittskår pr temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.



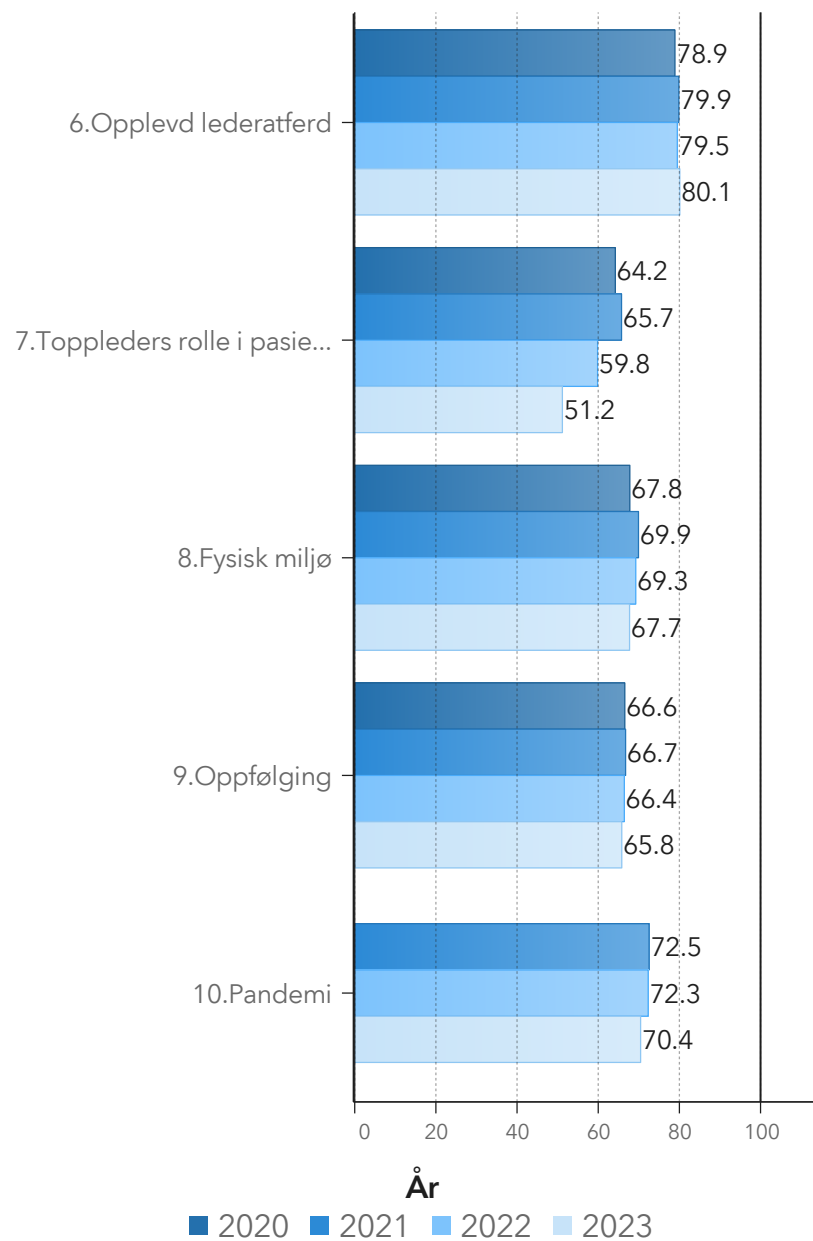
Spørsmålsgruppe ▲	Resultat 2023	HN-gruppesnitt 2023
1.Engasjement	78.8	79.8
2.Teamarbeidsklima	82.3	83.0
3.Arbeidsforhold	68.2	70.0
4.Sikkerhetsklima	79.2	80.3
5.Psykososialt arbeidsmiljø	77.2	78.8

Her finner du snittskår per temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

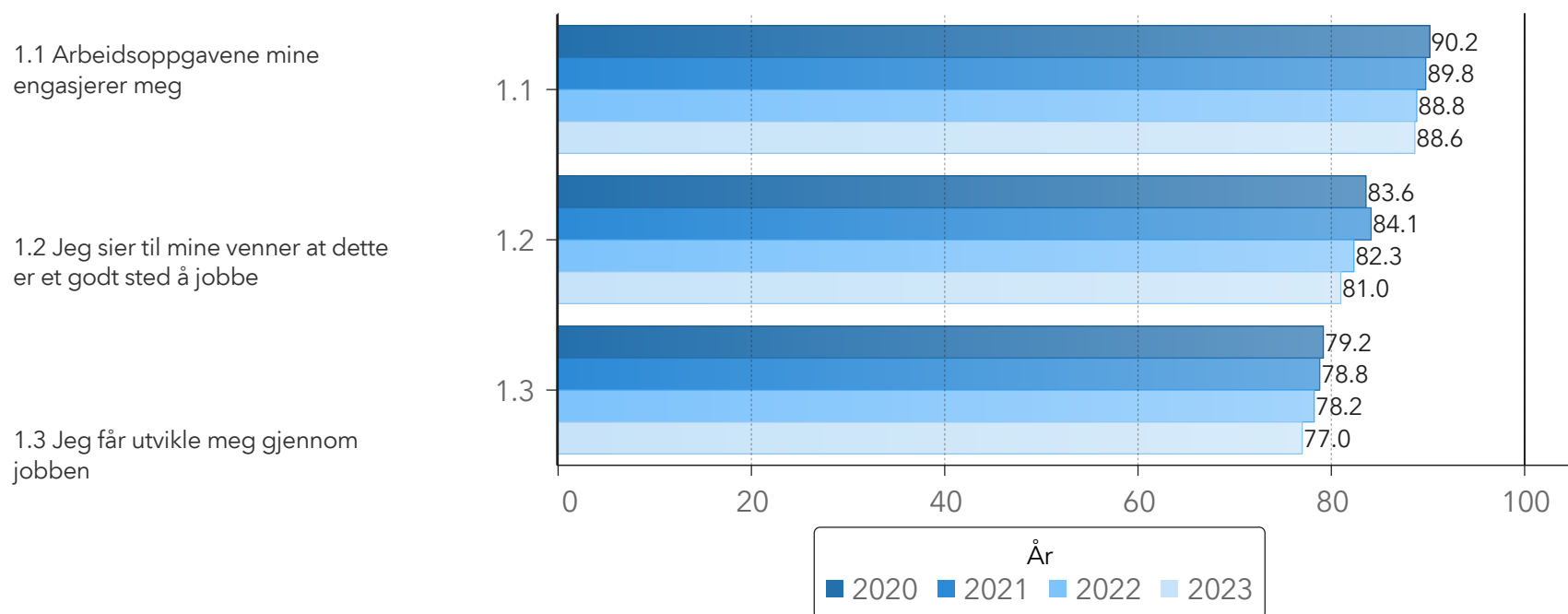
100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.

Kommentar:
Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål fra og med 2019.



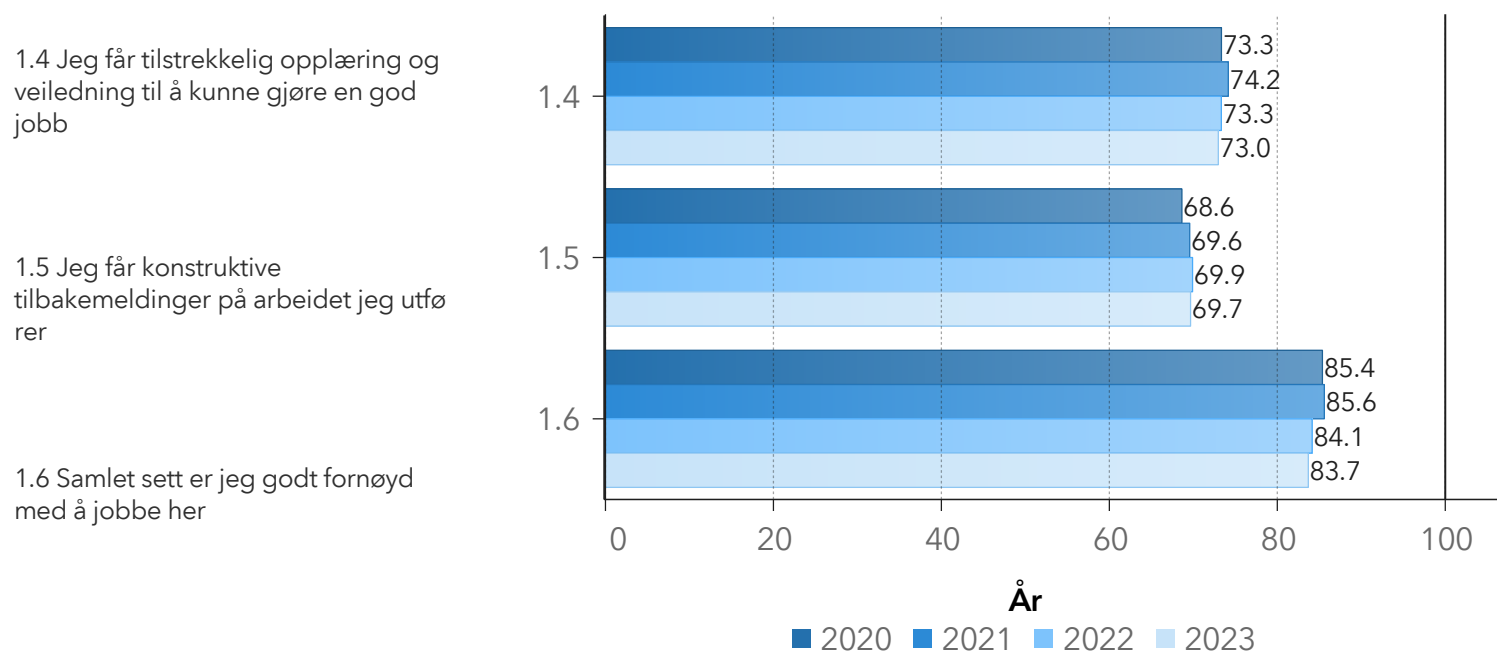
Spørsmålsgruppe ▲	Resultat 2023	HN-gruppesnitt 2023
6. Opplevd lederatferd	80.1	81.1
7. Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	51.2	55.7
8. Fysisk miljø	67.7	69.8
9. Oppfølging	65.8	66.5
10. Pandemi	70.4	71.7

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personligutvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.



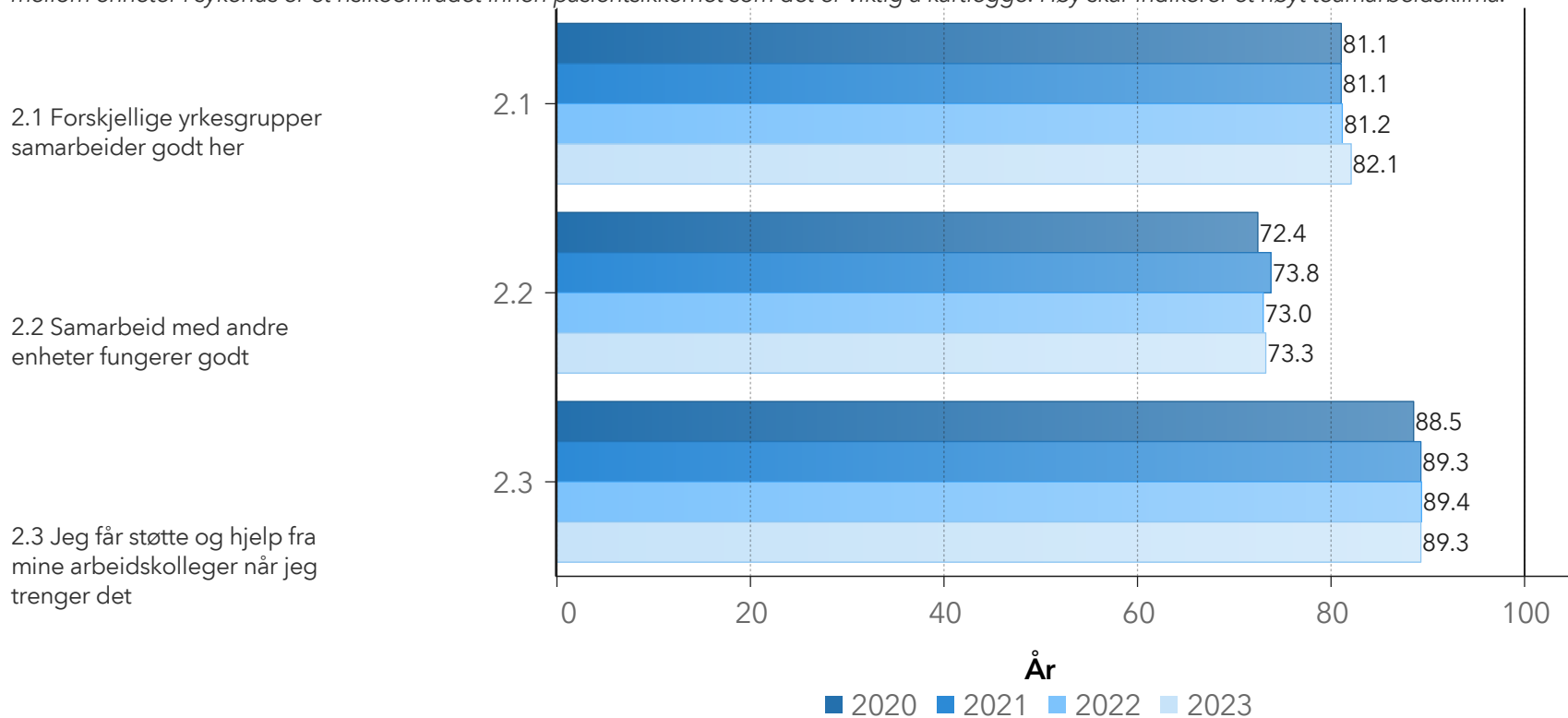
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
1.1	Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	5177	16	88.6	89.4
1.2	Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	5158	32	81.0	82.8
1.3	Jeg får utvikle meg gjennom jobben	5182	31	77.0	77.4

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.



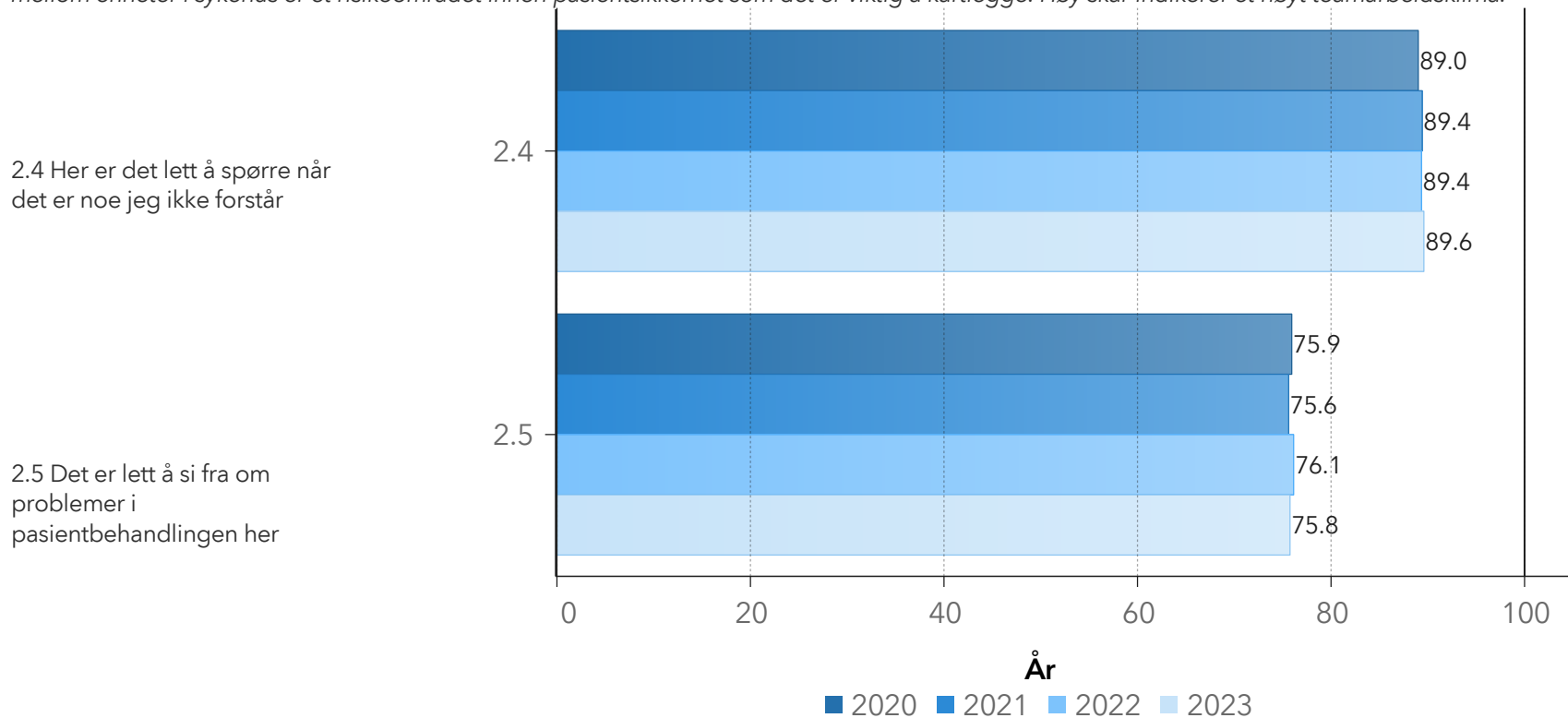
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
1.4	Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	5173	61	73.0	73.5
1.5	Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	5168	30	69.7	70.8
1.6	Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	5164	25	83.7	84.9

Teamarbeidsklime belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklime.



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
2.1	Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	5193	88	82.1	82.5
2.2	Samarbeid med andre enheter fungerer godt	5184	174	73.3	74.0
2.3	Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	5186	32	89.3	90.1

Teamarbeidsklime belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklime.



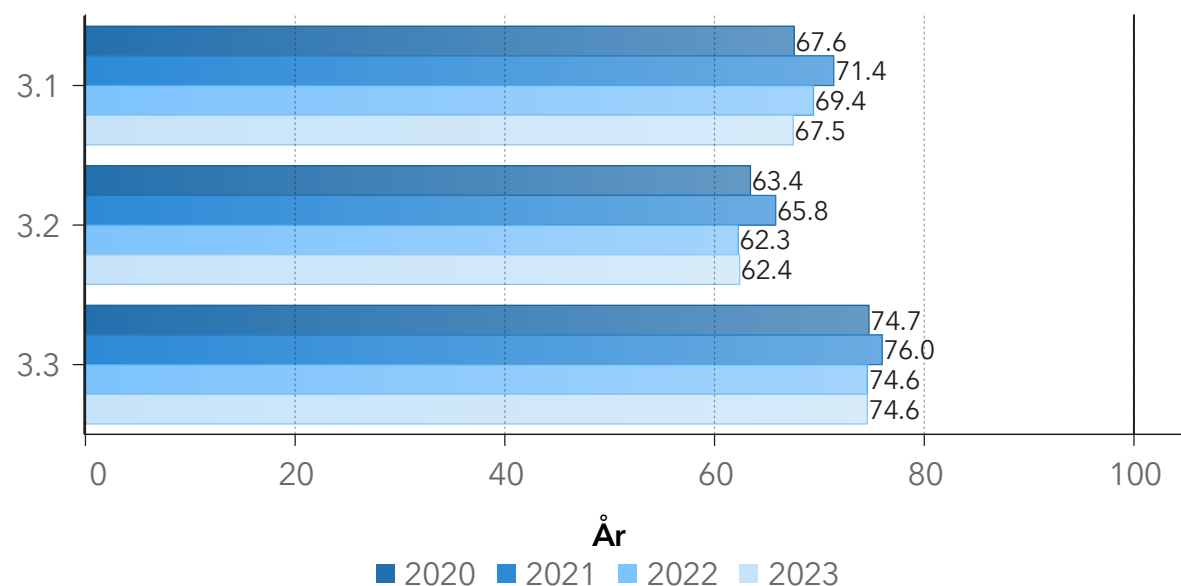
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
2.4	Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	5188	31	89.6	90.1
2.5	Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	5114	867	75.8	76.8

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt. Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelige med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

3.1 Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min

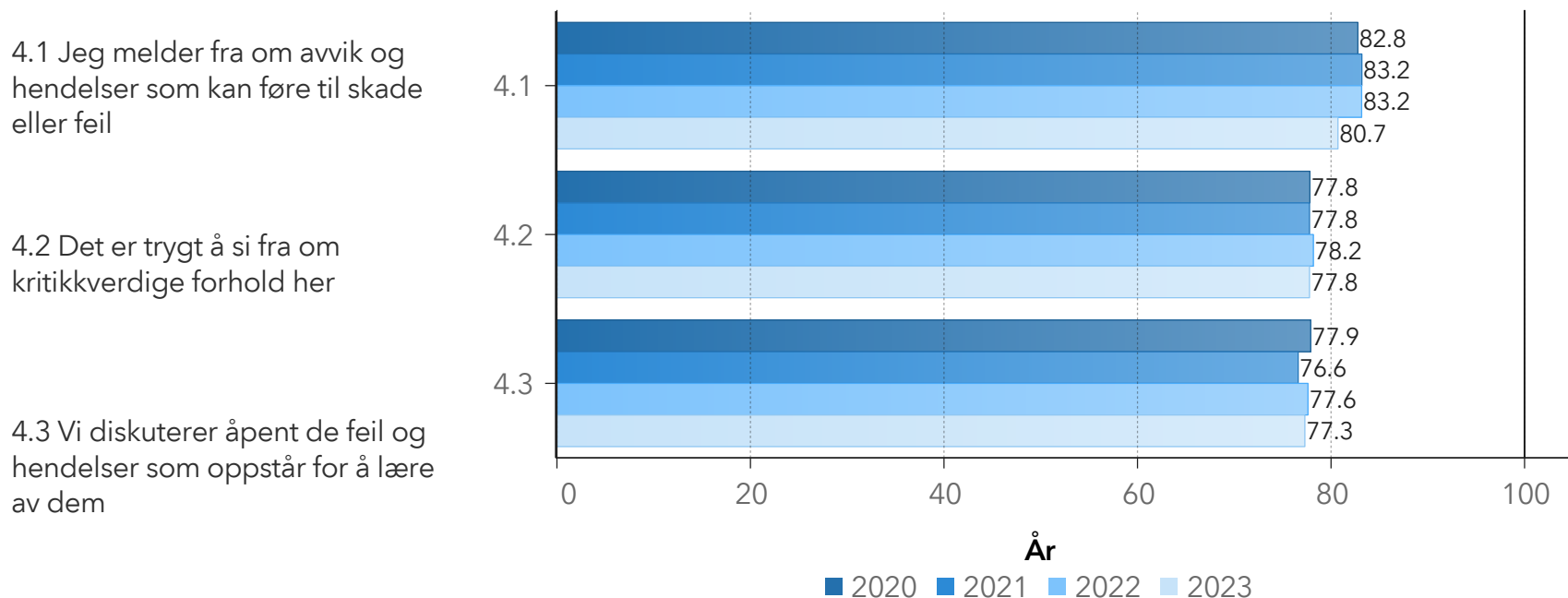
3.2 Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)

3.3 Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
3.1	Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	5179	34	67.5	70.1
3.2	Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	5172	20	62.4	64.1
3.3	Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	5170	28	74.6	75.7

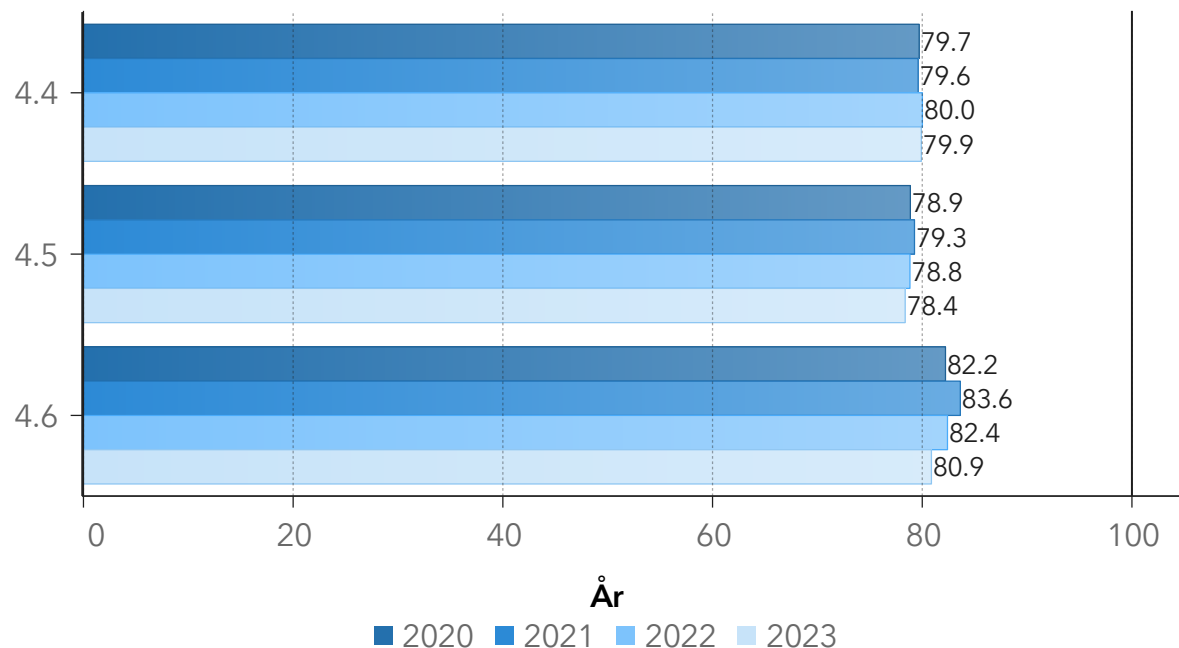
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



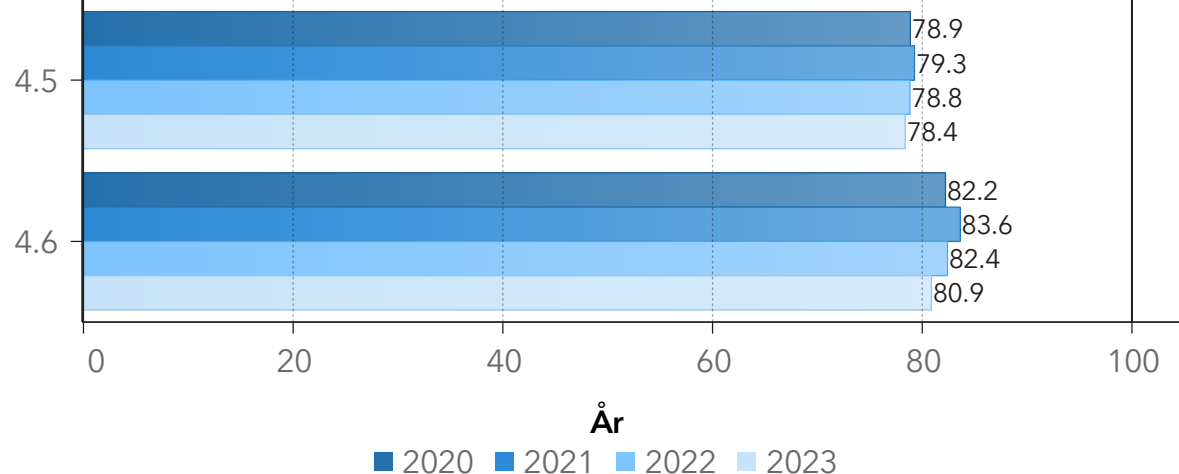
Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
4.1	Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	5163	266	80.7	81.9
4.2	Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her	5176	211	77.8	78.7
4.3	Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	5174	167	77.3	78.6

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.

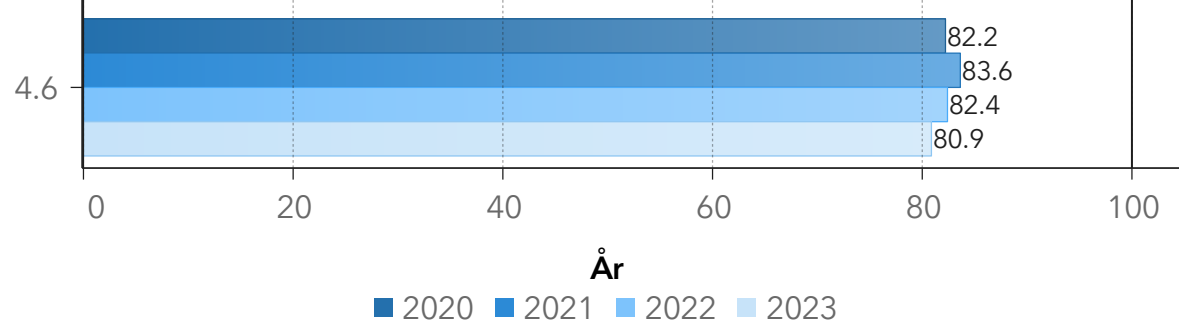
4.4 Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten



4.5 Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig



4.6 Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her



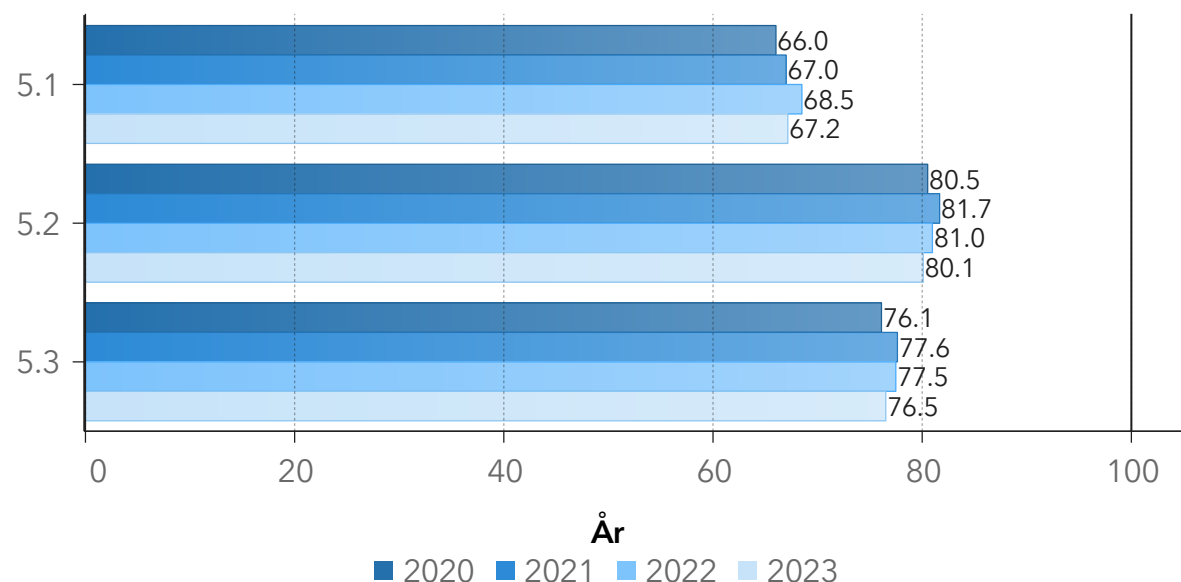
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
4.4	Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	5154	437	79.9	80.5
4.5	Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasienten) håndtert riktig	5090	1366	78.4	79.5
4.6	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	5131	481	80.9	82.3

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

5.1 Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler

5.2 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene

5.3 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene



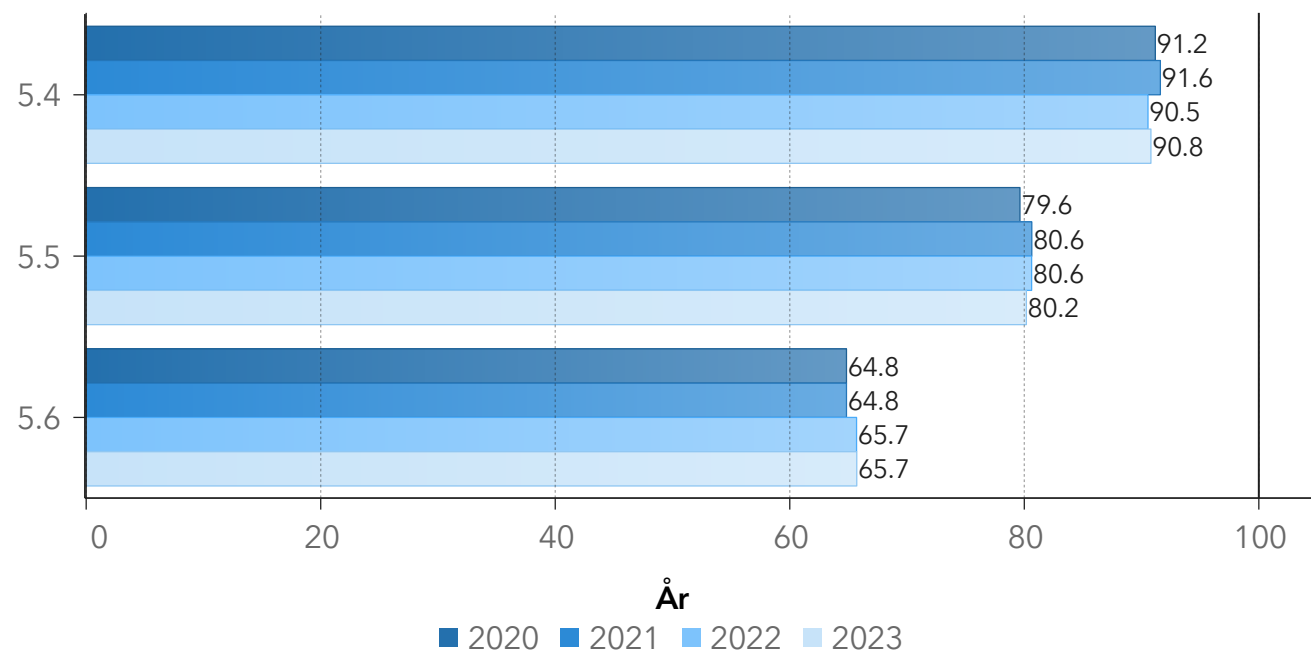
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
5.1	Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	5144	1614	67.2	68.3
5.2	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	5157	652	80.1	81.9
5.3	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5159	589	76.5	79.0

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

5.4 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene

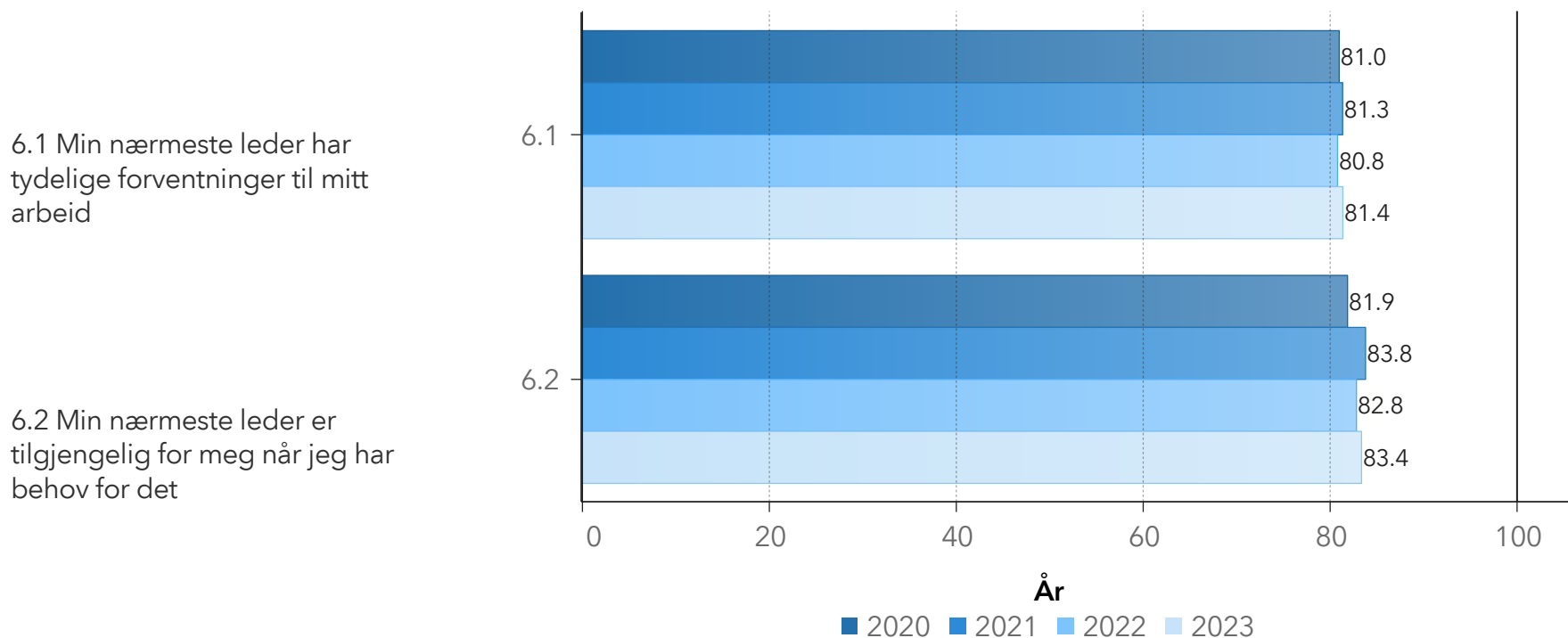
5.5 Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering

5.6 Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte



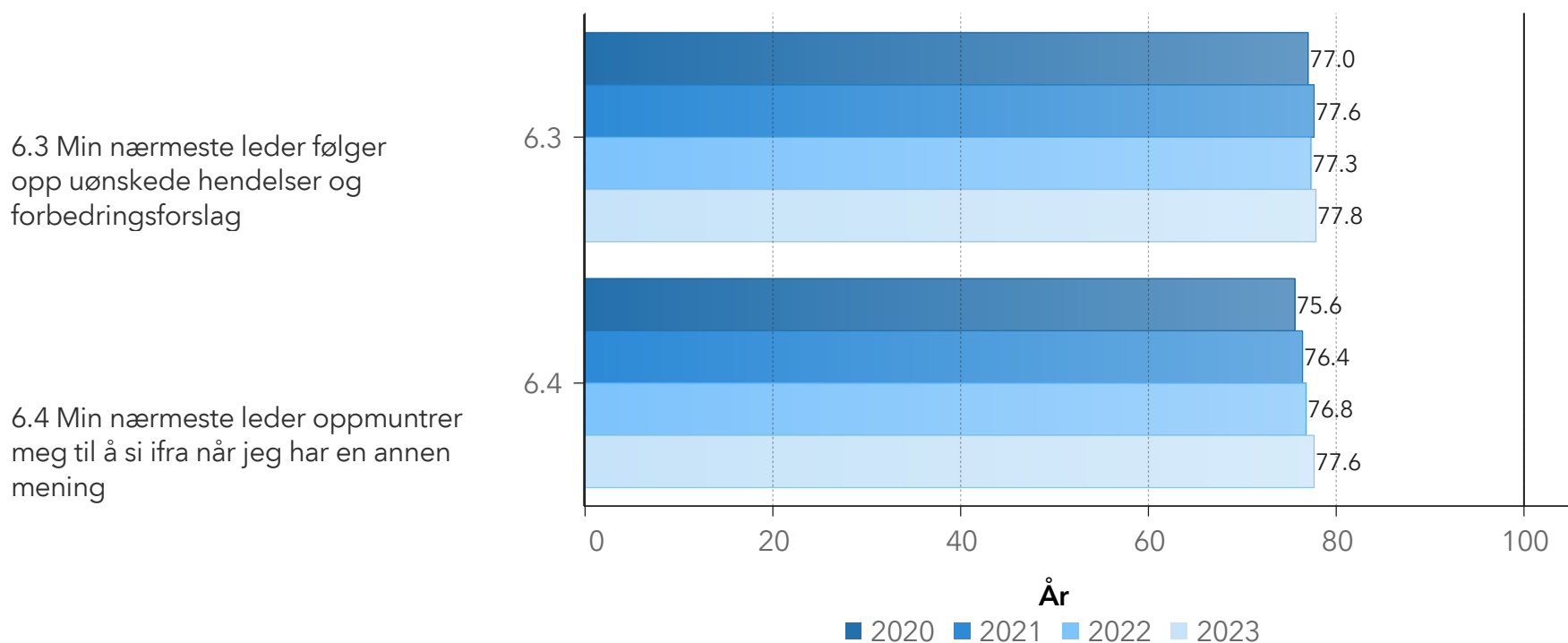
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
5.4	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5161	714	90.8	91.7
5.5	Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	5161	216	80.2	81.9
5.6	Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	5138	712	65.7	67.2

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



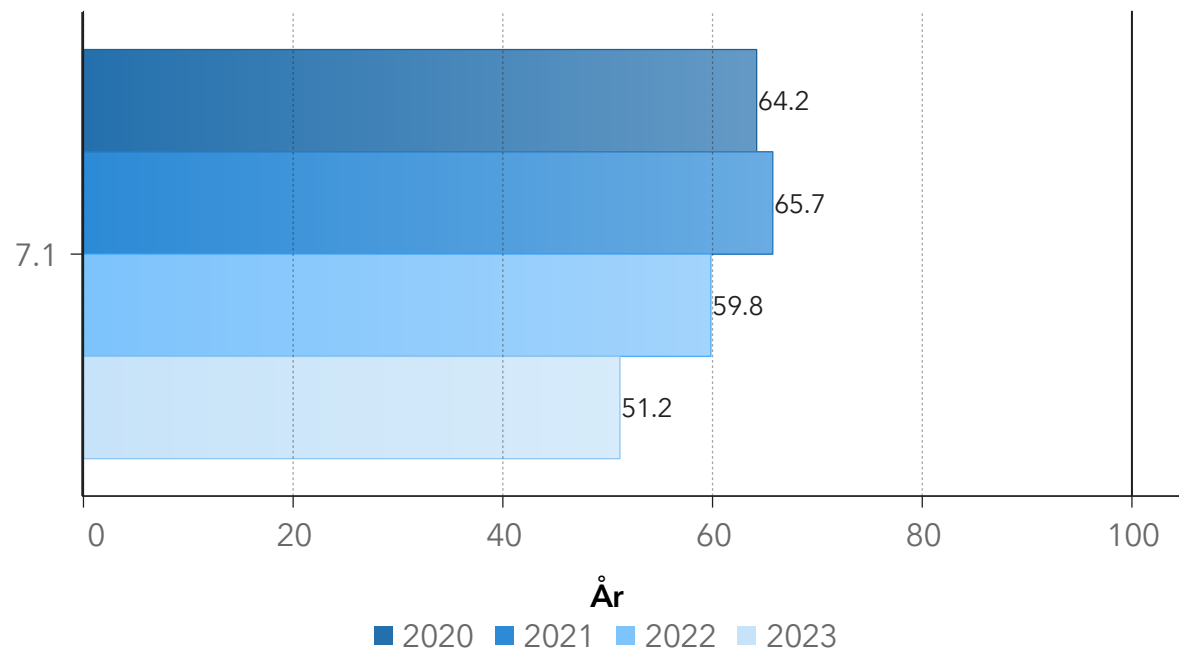
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
6.1	Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	5167	102	81.4	82.6
6.2	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	5171	39	83.4	83.8

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



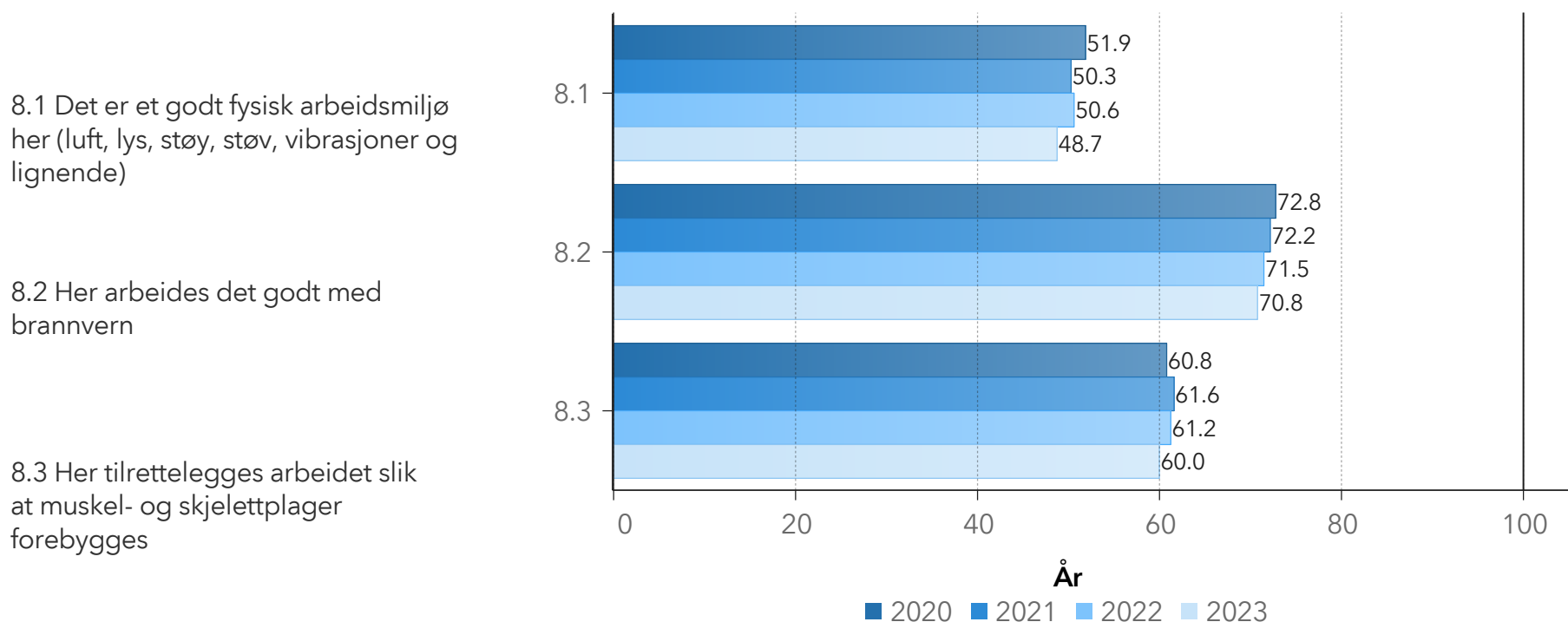
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
6.3	Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	5147	340	77.8	79.1
6.4	Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening	5143	221	77.6	78.7

7.1 Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket



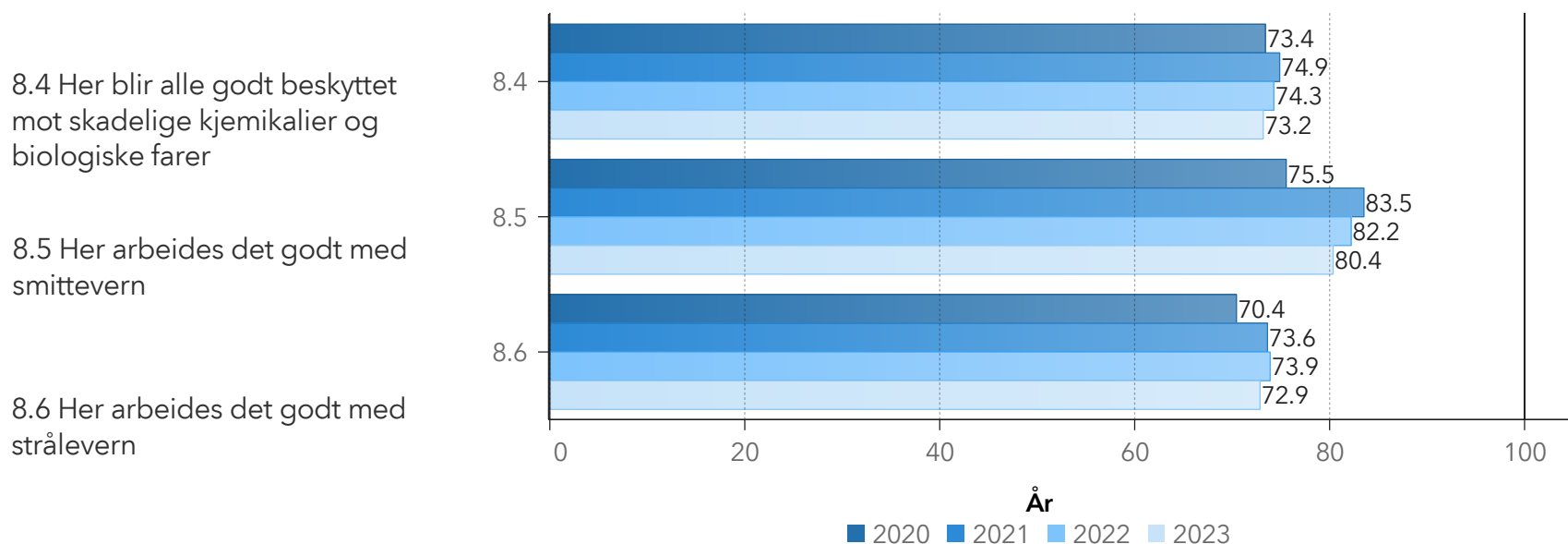
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
7.1	Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	5069	2116	51.2	55.7

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
8.1	Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner og lignende)	5181	33	48.7	52.6
8.2	Her arbeides det godt med brannvern	5171	433	70.8	72.0
8.3	Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	5173	282	60.0	62.2

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.

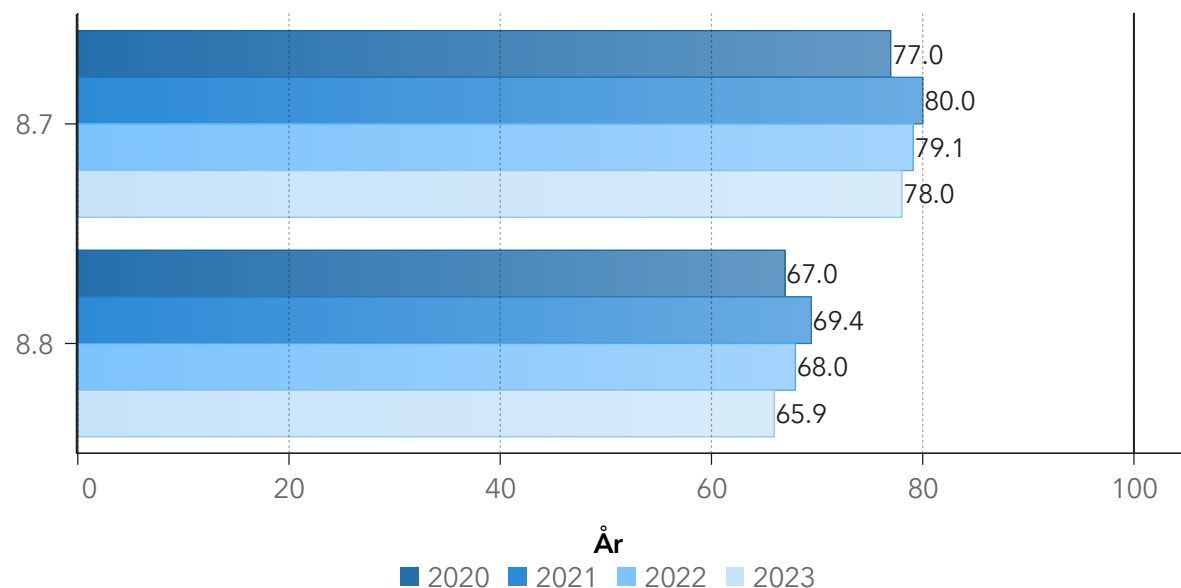


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
8.4	Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	5146	1420	73.2	75.5
8.5	Her arbeides det godt med smittevern	5161	532	80.4	80.9
8.6	Her arbeides det godt med strålevern	5111	2717	72.9	74.2

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.

8.7 Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt

8.8 Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet

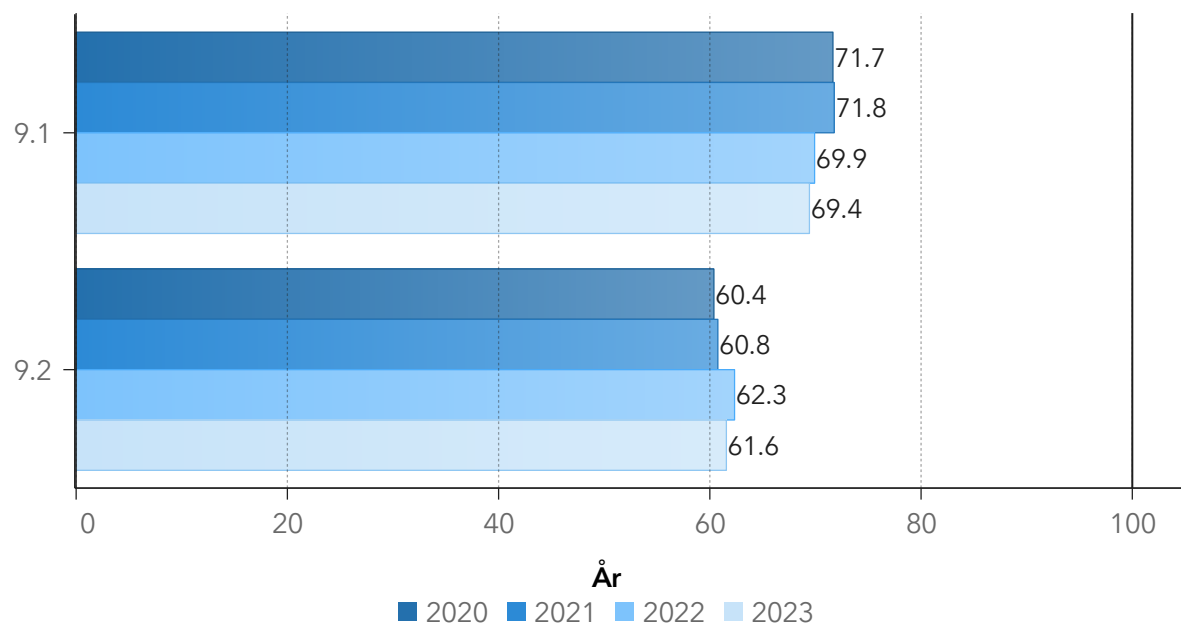


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
8.7	Her er sikkerheten med bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt ivaretatt	5131	1555	78.0	79.5
8.8	Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	5126	1273	65.9	69.2

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og en høy grad av involvering.

9.1 Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten

9.2 Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
9.1	Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	5123	415	69.4	71.1
9.2	Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	5034	1007	61.6	61.1

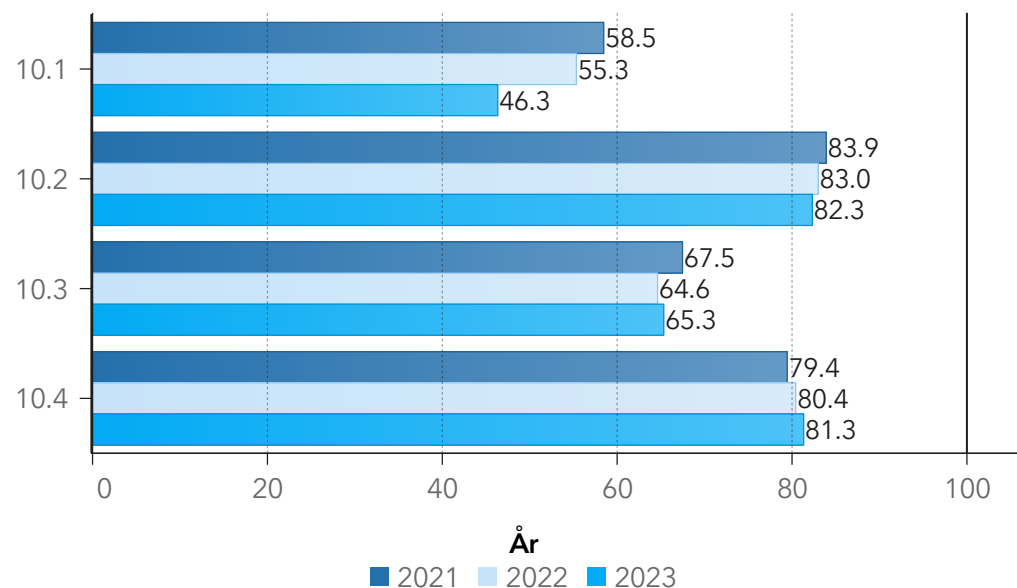
På denne og neste side følger spørsmål knyttet til pandemien.

10.1 Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)

10.2 Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien

10.3 Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien

10.4 Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern

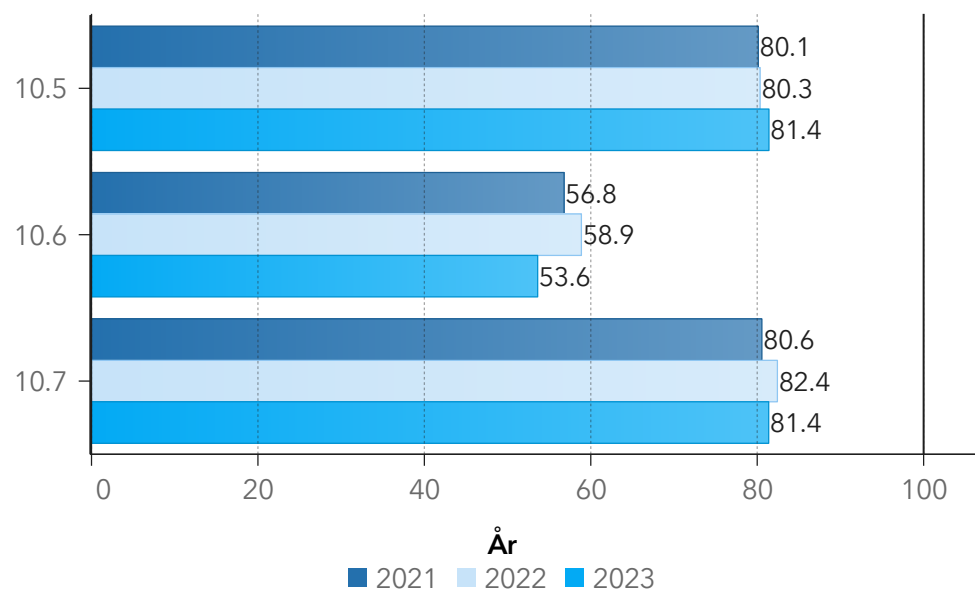


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
10.1	Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	5076	1013	46.3	48.9
10.2	Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien	5067	857	82.3	83.6
10.3	Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien	5047	1256	65.3	66.4
10.4	Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern	5065	988	81.3	81.6

10.5 Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet)

10.6 Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)

10.7 Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien

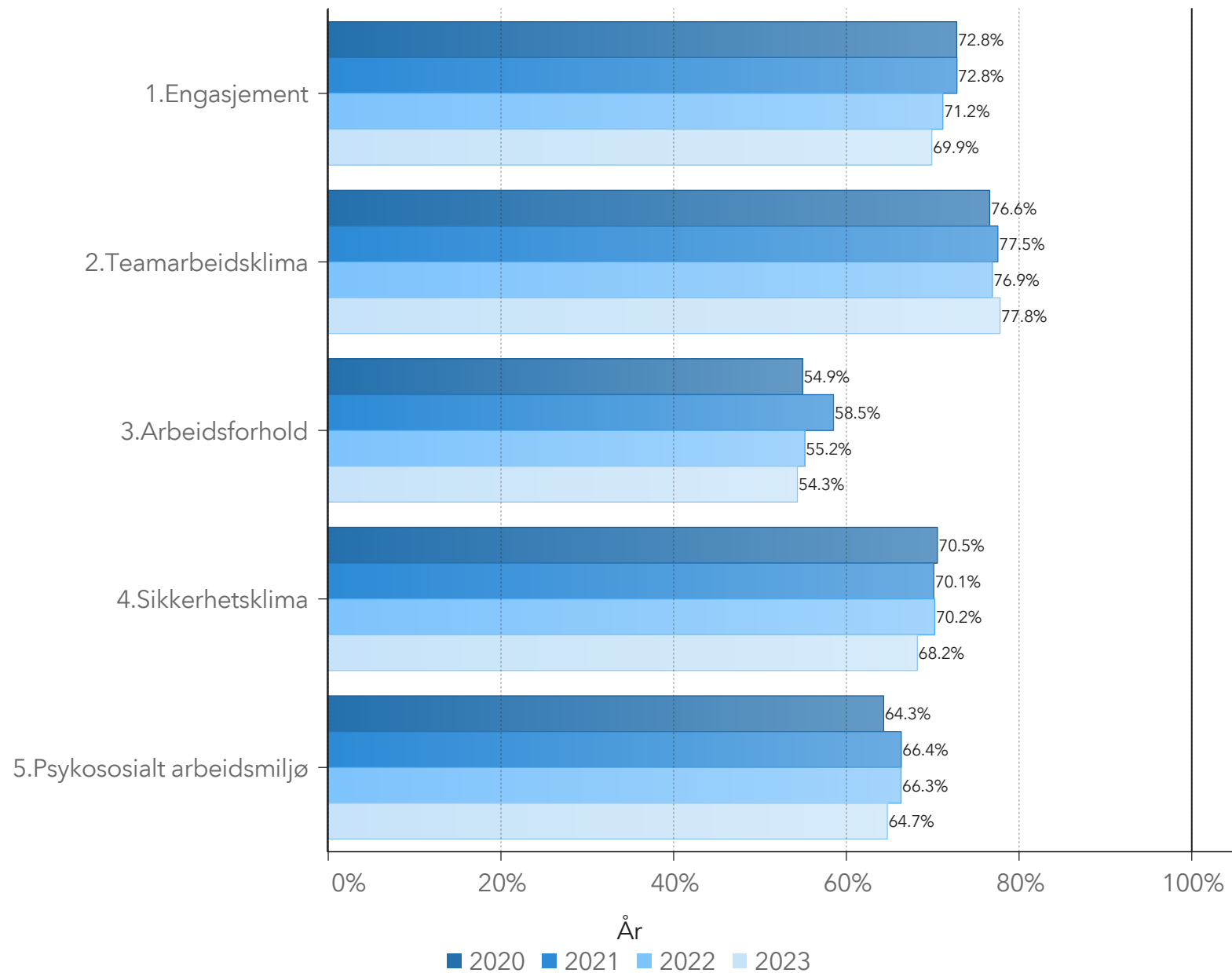


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2023	Antall vet-ikke-svar 2023	Resultat 2023	HN-snitt 2023
10.5	Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet)	5077	980	81.4	81.9
10.6	Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digitale kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	5062	904	53.6	55.2
10.7	Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien	5075	699	81.4	82.9

For hvert tema ser du hvor stor andel av de spurte som har svart 75 eller høyere (litt enig eller helt enig).

Kommentar:

Temaet "Pandemi" er nytt fra 2021 og vil inngå så lenge pandemien pågår.



For hvert tema ser du hvor stor andel av de spurte som har svart 75 eller høyere (litt enig eller helt enig).

Kommentar:

Spørsmålene i temaene

"Arbeidsforhold" og

"Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene for andre år.

Temaet "Pandemi" er nytt fra 2021 og vil inngå så lenge pandemien pågår.

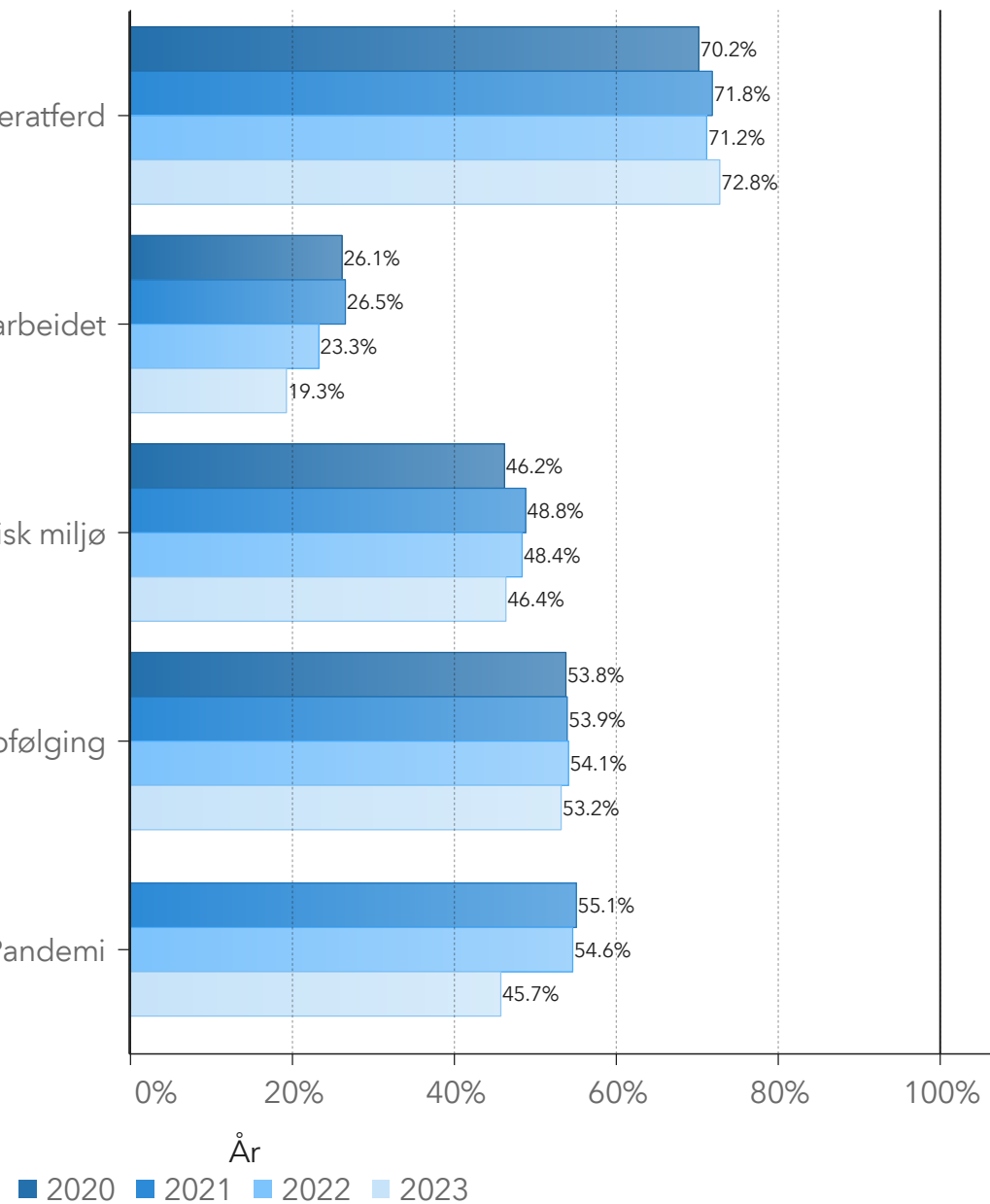
7.Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet

6.Opplevd lederatferd

8.Fysisk miljø

9.Oppfølging

10.Pandemi





Møtedato: 24.04.2023

Vår ref.:
2021/6764-7

Saksbehandler:
Hege Andersen

Dato:
11.04.2023

Styresak 44-2023/5 Løypemelding for UNNs langsiktige satsing på kontinuerlig forbedring

Formål

Kontinuerlig forbedring er Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)'s langsiktige utviklingsarbeid med fokus på daglige, pasientnære forbedringer. Gjennom kompetanseutvikling og trening i team og i partnerskap med pasienter og brukere, skal vi bygge kultur for kontinuerlig, varig og virkningsfull forbedring av våre arbeidsprosesser. Satsingen ble vedtatt i 2017, og styret har bedt om å bli holdt orientert om status i arbeidet. I denne saken redegjør vi for satsingen, resultater så langt og planer framover.

Bakgrunn

Her gis en kort oppsummering av etablering og utrulling av Kontinuerlig forbedring. Se <https://unn.no/kontinuerlig-forbedring#styrende-dokumenter> for detaljer.

Erkjennelsen (styresak 61/2016)

Etter en studietur for ledergruppen til ThedaCare, Wisconsin, der også styreleder deltok, besluttet styret å innføre et system for kontinuerlig forbedring ved UNN, for å sette organisasjonen i stand til å forbedre gjennom å øke endringskapasitet og kapabilitet, og bidra til å følge opp, holde fast, og lede i tråd med vår visjon, mål og strategier. UNN må være en lærende organisasjon i alle ledd for å utvikle seg i ønsket retning. Dette tar tid og er ressurskrevende, og gjennomføringsplanen har et tiårsperspektiv.

Etableringen (styresak 5/2017)

UNN flytter fokus fra strukturelle endringer til implementering av våre strategier, med kontinuerlig forbedring som metode. Utfordringen med å skape størst mulig helsegevinst for flere pasienter med uendret bemanning kan i begrenset grad møtes med ytterligere omorganisering. Ti prinsipper for kontinuerlig forbedring og en sentral støtteenhet tilsvarende fire årsverk ble etablert.

Spredning av forbedringskompetanse (styresak 171/2019)

Dette skal være måten vi gjør ting på, ikke noe som kommer i tillegg, og da må vi utvikle gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring. Dette gjennom systematisk kompetanseheving innen forbedringsområdet for alle ansatte, tilpasset ulike nivå i organisasjonen. På sikt vil dette bidra til effektiv drift, der vi frigjør ressurser til å behandle flere pasienter gjennom reduksjon av feil, økt kvalitet og bedre prioriteringer.

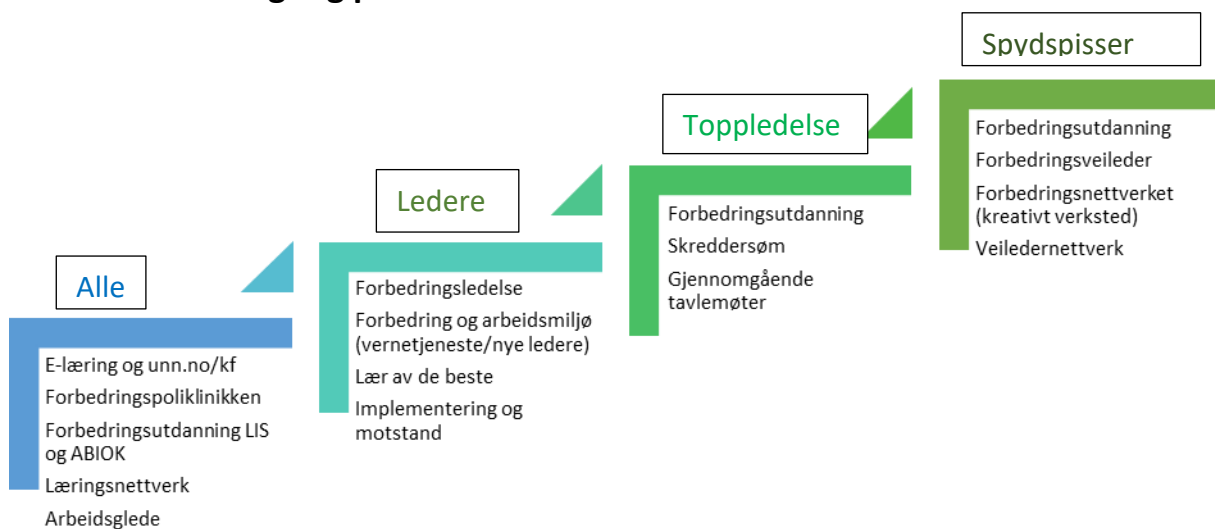
Arbeidsmiljø, kvalitet og forbedring koples tettere sammen (styresak 177/2019)

En revisjon av utviklingssamtalen vil bidra til økt gjennomføring og effekt. Utviklingssamtalen skal ha fokus på handling og oppfølging, etter forbedringsmodellens prinsipper om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (PGEK). Det etableres også en ny handlingsplan for oppfølging av medarbeiderundersøkelsen *ForBedring*, basert på PGEK. Nå jobbes det systematisk med arbeidsmiljø ved bruk av forbedringsmetodikk.

Oppskalering (styresak 33/2020 m.fl)

Fra 2020 etableres det omfattende regionale forbedringsutdanninger, læringsnettverk, gjennomgående tavlemøter og brukerbank ved UNN. Revidert gjennomføringsplan for kontinuerlig forbedring bidrar til utrulling med større kraft og i et høyere tempo enn tidligere.

Resultater så langt og planer framover



Utrulling av forbedringskompetanse: Innholdet i kompetansetrappa

E-læring *Veien fra idé til forbedring*: Innføring i forbedringsmodellen, obligatorisk for alle. www.unn.no/kf: *Nettressurser*; Læringstilbud, den gode historie, verktøy og hjelp til selvhjelp.

Forbedringspoliklinikken: Veileder kolleger med forbedringsideer og -arbeid.

Forbedringsutdanning: Leger i spesialisering (LIS) og sykepleie (ABIOK), 2 x 3 timer

Læringsnettverk: Felles plattform for forbedringsteam på utvalgte områder. 4 x 4 timer.

Arbeidsglede: Prosessarbeid tilknyttet *ForBedring* og/eller utviklingssamtalen *Hva er viktig for deg?*

Forbedringsledelse: Alle ledere, 2,5 timer. Nye ledere, 2 x 6 timer teori og øvelser.

Forbedring og arbeidsmiljø: 4 timers e-læring, obligatorisk for ledere og vernetjeneste

Lær av de beste: Lederseminar med anerkjente forbedringsledere for inspirasjon og læring. Årlig.

Implementering og motstand: Verktøy og metoder for gjennomføring av forbedringer (2,5 timer)

Forbedringsutdanning: Regional, 7 dager, inkl forbedringsprosjekt. Obligatorisk for klinikksefer

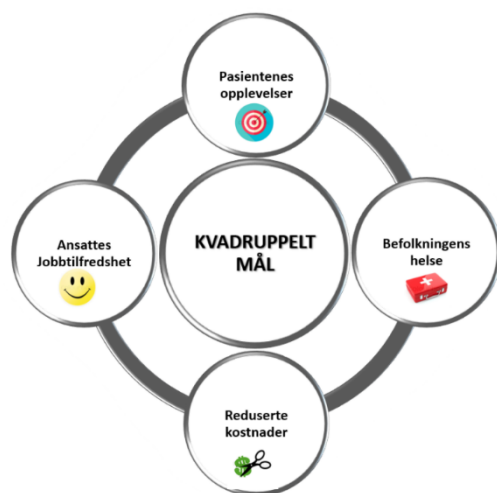
Skreddersøm: Tilpassende kompetansehevingstiltak i ledelsen. Teori og praktiske øvelser
Gjennomgående tavlemøter: Klinikksjefer deler forbedringsarbeid for erfaringsdeling og læring.

Forbedringsveileder: Regional veilederutdanning (4 dager) og inntil 3 nettverk i året

Forbedringsnettverk: Kompetansedeling og -heving for forbedringsagenter. 1,5 time/mnd.

Noen resultater så langt

- 3204 medarbeidere har gjennomført e-læringen (47 %)
- Nettsiden besøkt 5942 ganger pr år (2022)
- 24 brukere i Brukerbanken, hvorav 10 aktive i forbedringsprosjekter
- Forbedringspoliklinikken har fulgt opp 350 saker siden oppstart
- Vel 190 medarbeidere deltar i Forbedringsnettverket
- 187 medarbeidere har fullført regional forbedringsutdanning
- 13 medarbeidere har tatt veilederutdanning
- 147 LIS og 276 sykepleiere (ABIOK) har forbedringsutdanningen
- Alle ledere i UNN har gjennomført 2,5 timer *forbedringsledelse* i 2022
- Vel 120 ledere, tillitsvalgte og verneombud tar HMS-kurset/år
- Leder har bistilling som førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsvitenskap UiT, deltar i forskningsgruppe Organisasjon og ledelse, og er mentorbedrift for masterstudenter. Underviser på UiT, BI Helseledelse, Oslo Met. Publiserer på konferanser, tidsskrift og i fagbokforlagets *Tjenstedesign*, utgis i 2023.
- Vi bidrar fast med faglige innlegg på nasjonale Læringsnettverk i regi av KS og FHI, nasjonal og regional Pasientsikkerhetskongressen, mv.



- Samarbeider tett med USHT Troms og Finnmark om forbedringsarbeid i kommunene
- Den gode historie – en rekke flotte forbedringsarbeider gjennomføres fortløpende i organisasjonen, og presenteres på nett, i allmøter, statusmøter for ledere mv. Se [her](#) for eksempler.

Videre arbeid og ambisjoner

Hovedoppgaven for Kontinuerlig forbedring er å bidra til å utvikle og spre forbedringskompetanse blant medarbeiderne for at dette skal bli måten vi

gjør ting på. Vi fortsetter utrulling med mål om å styrke koplingen mellom klinikkene og kontinuerlig forbedring. Felles problemløsnings- og øvingsarenaer forsterkes ved å invitere til *kreative verksted* gjennom året. *Læringsnettverk* er gjennomført og evaluert i 2022 med 8 forbedringsteam på området tilgjengelighet. Klinikken gjennomfører runde to med nye team denne vinteren. Ambisjonen for 2023 er å gjennomføre ytterligere 2 læringsnettverk med forbedringsteam innen området operasjonsplanlegging, og i Harstad/Narvik.

Arbeidsglede er et godt begrep, som favner bredt: "Intellektuelt, atferdsmessig og emosjonelt engasjement til meningsfullt og tilfredsstillende arbeid" (Sirota D, Klein D.; 2013). Hvordan kan vi jobbe med arbeidsglede? Vi inviterer oss inn i KVAM og tilbyr *pakker* til

enheter som vil jobbe med prosessarbeid med spørsmål som: Hva er viktig for deg i din arbeidshverdag, og hvordan kan vi få økt arbeidsglede hos oss? Tilbudet er etterspurt og gjennomføres fortløpende.

Engasjert UNN brukerbank ble etablert på soldagen i 2022 for å sikre brukermedvirkning på tjenestenivå. Engasjert består av et register over brukere, og er en bestillertjeneste for medarbeidere, og plan for rekruttering, stabilisering og opplæring. Prosjektperioden utvides ut året, og arbeidet med å øke engasjement og brukermedvirkning intensiveres i 2023.

Ny *strategi* for UNN ble vedtatt i 2021, med fokus på medarbeideren som vår viktigste ressurs, og lagspill med pasienten og samarbeidspartnere. Strategien er lite tatt i bruk, eller internalisert hos medarbeiderne. Vi utvikler derfor en *pakke* med undervisnings- og prosessmateriell klinikkene kan bruke for å nyttiggjøre seg av strategien og gi den mening i daglig drift.

Ta pulsen er et driftsverktøy som gir overblikk over om pasientene mottar rett behandling til rett tid, på rett sted, og om vi har unødvendig innleggelses- eller ventedøgn. Verktøyet er tilgjengeliggjort, kommunisert ut, og tas fortløpende i bruk i poliklinikker og sengeposter.

FIFF 23: Kontinuerlig forbedring skal, i samarbeid med kolleger, gjennomføre en felles Forbedring, innovasjon, fag- og forskningsdag ved UNN 3.november, med særlig fokus på klinikeres viktige engasjement i forbedring, forskning og innovasjon.

Hvordan gå fra prat til handling? Kunnskapsbasert og praktisk anlagt kompetanseutviklingspakke som skal bidra til motivasjon av medarbeidere og ledere, og gjøre det enklere å praktisere en kunnskapsbasert tilnærming til implementering og spredning av tiltak. Tilbys klinikker, regionalt og på nasjonal konferanse.

Vurdering

Styret har gitt sin tilslutning til at det etableres et organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring ved UNN. Dette er nødvendig for at organisasjonen skal være i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer. Etableringen forutsetter en omfattende gjennomføringsplan i form av *Kompetansetrappa* og relaterte tiltak over år. Utrullingen går etter plan, og for å sikre nødvendig trykk og fart foretas det stadig justeringer, slik at vi raskere kan nå våre mål. Medarbeidere med kompetanse i forbedringsmetodikk er en viktig ressurs i endrings- og omstillingsarbeidet, som både bør og må mobiliseres i arbeidet med å sikre en robust spesialisthelsetjeneste i nord. Forbedringsarbeid henger nøye sammen med arbeidsmiljø og -glede, og godt forbedringsarbeid er derfor også en viktig bidragsyter til stabilisering og rekruttering.

Tromsø, 14.04.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør