



STYRESAK

STYRESAK:	12/2021
MØTEDATO:	10.02.2021
ARKIVSAK:	2021/4-1
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 10.02.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – *mundlig*
2. Strategiprosessen – løypemelding – *mundlig*
3. Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN – *skriftlig og muntlig*
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater – *skriftlig*
(vedlegg til saken i egen forsendelse)
5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF – *skriftlig*
6. Resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser – *skriftlig*
7. Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport – *skriftlig*
8. Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken – *skriftlig*
9. Informasjon fra administrerende direktør til styret -*mundlig*

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.2.2021
Arkivsak:	2021/604-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN

Bakgrunn

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre samler inn opplysninger fra helsetjenesten for å beskrive prosesser, resultater og kvalitetsegenskaper i tjenestetilbudet. Formålet er å øke kvalitet og redusere unødvendig variasjon. Registrene utarbeider kvalitetsindikatorer og viser måloppnåelse ved helseforetakene. Det eksisterer 54 nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) publiserte 18.1.2021 et helseatlas for kvalitet, se vedlagt sammendrag. Hensikten var å undersøke om befolkningen i 2017-2019 fikk likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.

Formål

Orienterer styret om resultater fra helseatlas for kvalitet og oppfølgingen av disse.

Saksutredning

Helseatlas for kvalitet viser variasjon mellom helseregionene i måloppnåelse på 24 kvalitetsindikatorer fra 12 utvalgte registre. UNN hadde lav måloppnåelse for ni kvalitetsindikatorer.

Resultatene og oppfølgingsarbeid vil bli presentert muntlig.

Vurdering

Nasjonale helseatlas og medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for å sikre likeverdige helsetjenester. Resultatene fra helseatlasen viser flere forbedringsområder i UNN. Det pågår og vil bli igangsatt tiltak for å bedre måloppnåelsen på indikatorer der UNN har lav måloppnåelse. Direktøren vil i sin oppfølging av klinikkene fremover vie ekstra oppmerksomhet mot at klinikkene bruker resultater fra medisinske kvalitetsregistre til konkret forbedringsarbeid.

Vedlegg: Helseatlas for kvalitet- 2017-2019

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

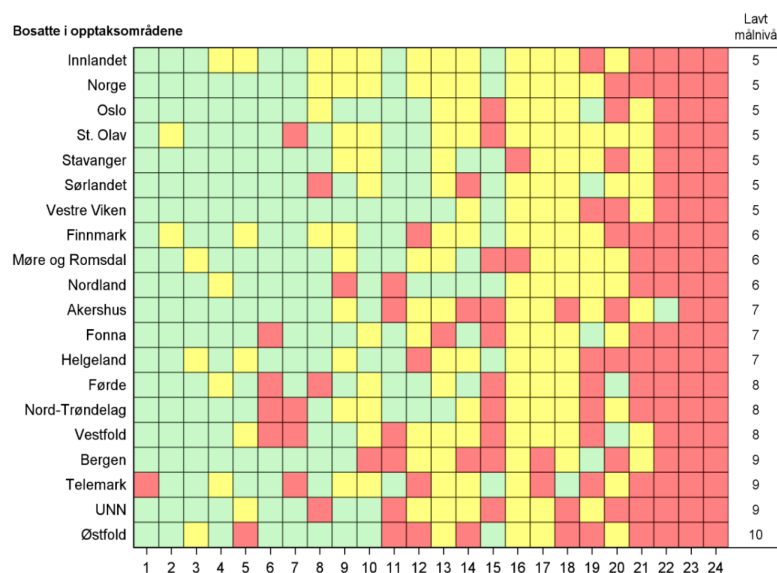
Samlede resultater

Helseatlas for kvalitet er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig, hvorav noen kan ha fått samme behandling flere ganger eller ha flere sykdommer. Hensikten er å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder. Atlaset synliggjør hvorvidt sørge-for-ansvaret for pasienter som rammes av alvorlige sykdommer er tilstrekkelig ivarettatt.

Bakgrunn

Totalt inngår 31 kvalitetsindikatorer innen fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd i atlasen. For 24 indikatorer er det definert målnivå for behandlingskvalitet. Sammenstilling av ulike indikatorer for ulike fagområder gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og mellom, de ulike opptaksområdene og helseregionene.

grad i de forskjellige opptaksområdene. Utfordringene med lav måloppnåelse var aller størst i opptaksområde Østfold, som hadde lav måloppnåelse for 10 av 24 indikatorer og for opptaksområdene Bergen, Telemark og UNN, som alle hadde lav måloppnåelse for 9 av 24 utvalgte indikatorer.



På regionalt nivå var det ulik måloppnåelse, og dermed også geografisk variasjon i kvalitet, for 9 av de 24 indikatorene som ble valgt til å måle kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester. Samtlige opptaksregioner hadde lav måloppnåelse for indikatorer hvor andre opptaksområder lyktes bedre. For fire indikatorer var måloppnåelsen lav i alle regioner. Dette gjelder andel nyretransplanterte pasienter med godt regulert blodtrykk, andel pasienter i hjemmedialyse, åpning av tette blodårer innen anbefalt tid ved alvorlige hjerteinfarkt (STEMI-infarkt) og andel prosedyrer der trykkmåling ble utført for å bedømme grad av innsnevring i kransårene.

Nasjonalt var måloppnåelsen høy for ni kvalitetsindikatorer, moderat for 10 kvalitetsindikatorer og lav for fem kvalitetsindikatorer i perioden 2017–2019.

Kommentar

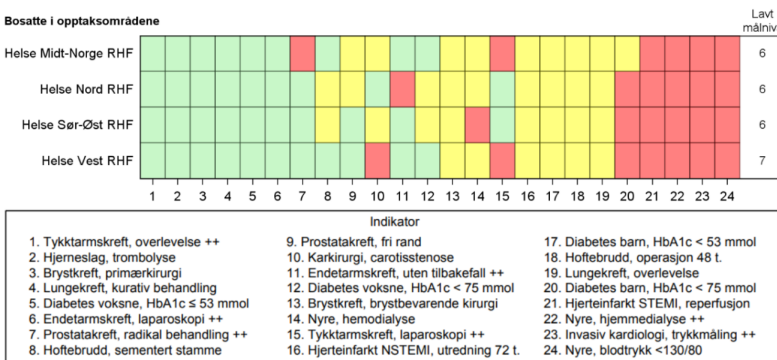
Helseatlasen gir oversikt over hvilke opptaksområder som har kvalitetsutfordringer på de ulike fagområdene, og viser at kvaliteten i behandlingen ikke er like god i hele landet. Dette innebærer at pasienter som var bosatt i noen opptaksområder fikk bedre kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, enn pasienter bosatt i andre områder. Geografisk variasjon i kvalitet i behandling av alvorlig sykdom er ikke ønskelig, og dette atlaset kan være et utgangspunkt for arbeidet med å redusere slik uønsket variasjon.

For noen kvalitetsindikatorer var det utfordringer med lav måloppnåelse i alle opptaksregioner og i de fleste opptaksområder. Spesielt for disse indikatorene lever kvaliteten ikke opp til den faglige standarden som er satt, og årsakene til dette kan være mange og sammensatte. Det bør for disse områdene undersøkes nærmere hva årsakene til den lave måloppnåelsen var, og hvordan den kan bedres.

Samlet oversikt over kvalitet, utvalgte nødvendige helsetjenester, opptaksområder, høy (grønn), moderat (gul) og lav måloppnåelse (rød). Gjennomsnitt 2017-2019. ++ markerer indikatorer som har to målnivå, høy (grønn) og lav måloppnåelse (rød).

Resultater

Det var betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakenes opptaksområder for mange av kvalitetsindikatorerne i perioden 2017-2019. Variasjon i måloppnåelse mellom ulike opptaksområder viser samtidig at det var mulig å oppnå høy kvalitet i behandlingen indikatoren måler, men at dette har lyktes i ulik



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB

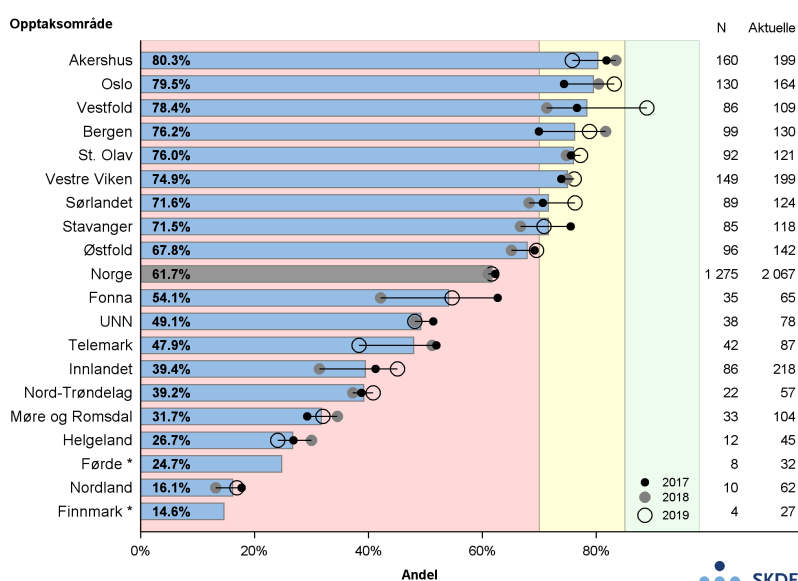
Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Hjerteinfarkt

Hvert år rammes i underkant av 12 000 nordmenn av akutt hjerteinfarkt. Om lag 25 % av hjerteinfarktene har ST-segment elevasjon i EKG (STEMI) som skyldes at en koronararterie er helt tett på grunn av en rift i det trange partiet i blodåren og trombedannelse (blodpropp). 75 % av hjerteinfarktene er NSTEMI, der det er mindre EKG-forandring og kranspulsåren er i de fleste tilfeller ikke helt tett.

Bakgrunn

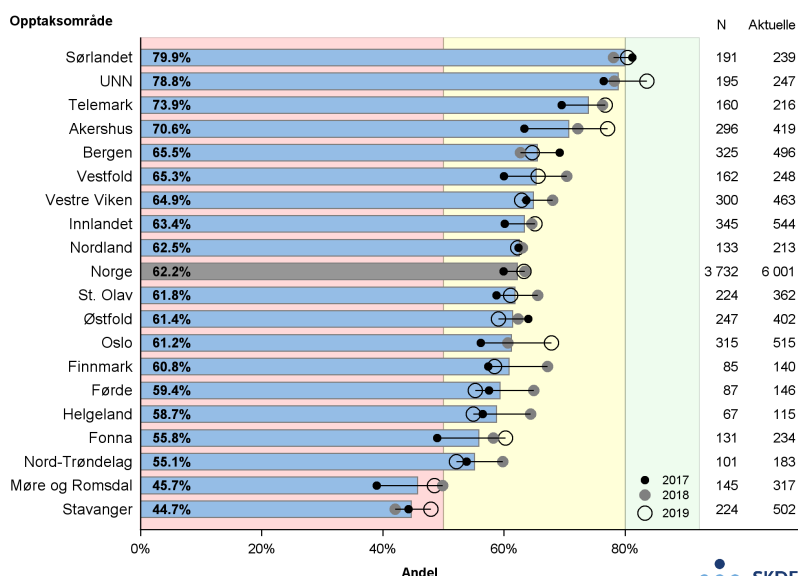
Ved STEMI hjerteinfarkt er det viktig å åpne blodåren snarest mulig. Dette gjøres ved å gi blodproppopløsende medisin (trombolyse) før ankomst i spesialsykehus, eller mekanisk med utblokkering (PCI) i spesialsykehus. Indikatoren reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI viser andel aktuelle pasienter som ble behandlet med trombolyse innen 30 minutter eller med PCI innen 120 minutter.



Kilde: Norsk Hjerterefertregister/FHI



Andel pasienter som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI. Alder 18-84 år, gj.snitt 2017-2019.* Opptaksområdet har færre enn 10 hendelser i gj.snitt pr. år.



Kilde: Norsk diabetesregister for voksne



Andel pasienter med NSTEMI som ble invasivt utredet innen 72 timer etter innleggelse

Fagrådet for Norsk hjerteinfarktregister har vurdert at pasienter med NSTEMI hjerteinfarkt bør utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter sykehusinnleggelse.

Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid for minst 85 % av pasientene, mens moderat måloppnåelse gis når mellom 70 og 85 % av pasientene fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. Kun 62 % av pasientene i Norge fikk behandling for å åpne en tett blodåre innen anbefalt tid, og det var store geografiske forskjeller. Mens 80 % av pasientene i opptaksområdene Akershus og Oslo ble behandlet i tide, ble under 15 % av pasientene i Finnmark og 16 % av pasientene på Helgeland behandlet innen anbefalt tid. På regionalt nivå var måloppnåelsen lavest for Helse Nord (32 %) og høyest i Helse Sør-Øst (67 %).

For utredning med kransårerøntgen skal minst 80 % av pasientene utredes innen 72 timer for høy måloppnåelse og 50 – 80 % for moderat måloppnåelse. Nasjonalt ble 62 % av pasientene utredet innen 72 timer i 2017-2019. I opptaksområdet Sørlandet ble rett under 80 % av pasientene utredet innen fristen. Også opptaksområdet UNN var nært høy måloppnåelse for kransårerøntgen. Måloppnåelsen var lavest i opptaksområdene Møre og Romsdal og Stavanger, hvor rundt 45 % av pasienten ble utredet innen anbefalt tid. Regionalt ble 67 % av pasientene i Helse Nord utredet med kransårerøntgen innen anbefalt tid, mens tilsvarende andel for Helse Midt-Norge var lavest med 54 %.

Kommentar

Nasjonalt er det utfordringer for utredning med kransårerøntgen ved NSTEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tid. Måloppnåelsen er moderat for nesten alle opptaksområder og bør bedres. For reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt var kvalitetsutfordringen betydelig. Rask åpning av den tette blodåren vil ofte være det viktigste enkelttiltak i akutfasen av et hjerteinfarkt. Den geografiske variasjonen var stor, og mange pasienter fikk ikke åpnet tette blodårer raskt nok. Trombolysebehandling er et behandlingsalternativ som kan gis før ankomst i spesialsykehus, prehospitalt eller i lokalsykehus, og som bør benyttes langt oftere ved STEMI hjerteinfarkt.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Karkirurgi

Karkirurgi er inngrep for å behandle sykdommer i blodårene utenfor hjertet og hodet. Karkirurgi gjøres særlig ved utvidet hovedpulsåre (aneurisme), ved nedsatt blodforsyning i ben og ved trang halspulsåre. Det gjøres årlig rundt 6 100 karkirurgiske inngrep i Norge, hvorav rundt 3 400 for nedsatt blodforsyning til ben, og om lag 500 for forsnævring av halspulsåren, som er de tilstandene som inngår i dette altaset.

Bakgrunn

Karkirurgi kan blant annet bedre blodtilførselen til områder som får for lite blod, ved at kirurgen fjerner åreforkalkninger fra innsiden av blodåren, setter inn en ny blodåre som leder blodet forbi området som er tett (bypass-operasjon), bruker ballongkateter som utvider blodåren eller setter inn en sylinder (stent) som holder blodåren åpen.

Resultater

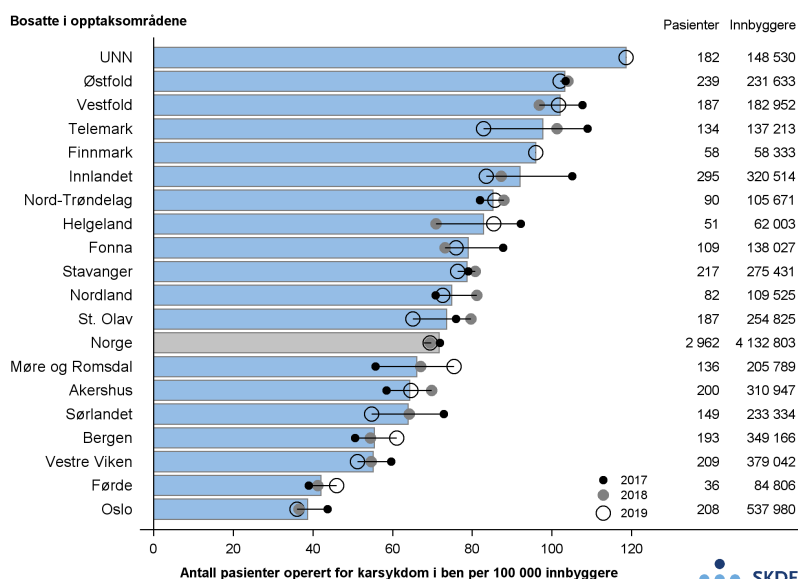
Forekomst av operasjoner for karsykdom i ben varierer mye, fra 123 og 103 per 100 000 innbygger i opptaksområdene UNN og Østfold til henholdsvis 39 og 42 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet for hele Oslo og Førde.

Det var geografisk variasjon i måloppnåelse for indikatoren andel pasienter med symptomatisk carotisstenose behandlet innen 14 dager i perioden 2017–2019. Ni av 19 opptaksområder hadde høy måloppnåelse, ni opptaksområder hadde moderat måloppnåelse og ett opptaksområde hadde lav måloppnåelse. Andelen var høyest i opptaksområdet UNN og lavest i opptaksområdet Bergen. Henholdsvis 93 % og 50 % av pasientene bosatt i disse opptaksområdene ble behandlet innen 14 dager.

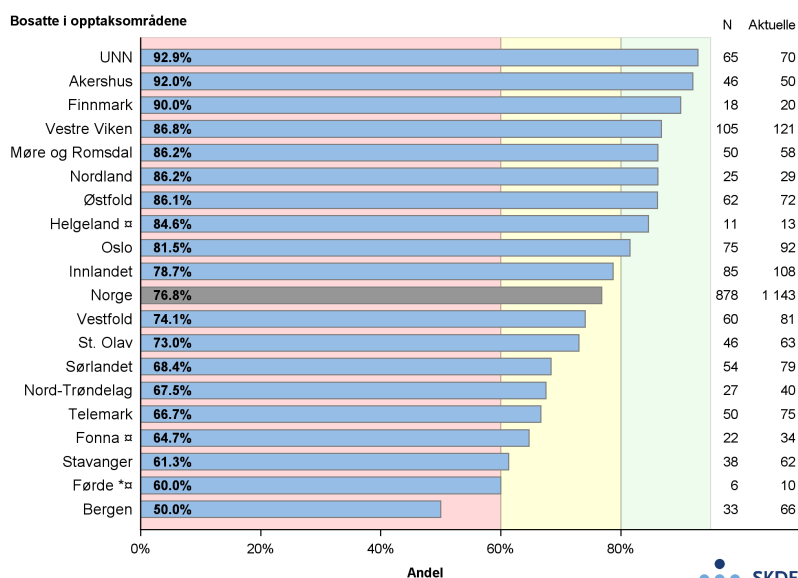
Kommentar

Variasjon i antall pasienter operert for karsykdom i ben er uventet stor, og det er grunn til å stille spørsmål ved hvorfor praksisen er så ulik. Røyking over tid er en viktig og godt dokumentert årsak til karsykdom i ben. Forekomsten av lungekreft er sterkt relatert til røyking og kan brukes som indirekte mål på langvarig røyking i opptaksområdene, jf. Helseatlas kols. En sammenligning av rater mellom operasjoner for karsykdom i ben og forekomst av lungekreft viser at flere av opptaksområdene med høyest rate av lungekreft ikke har de høyeste operasjonsratene for karsykdom i ben. Det tyder på at forskjeller i sykkelighet ikke kan forklare all variasjon, og det må derfor være flere årsaker til ulik operasjonspraksis.

Alle opptaksområder unntatt Bergen har oppnådd moderat eller høy måloppnåelse for indikatoren andel med symptomatisk carotisstenose behandlet innen anbefalt tid. En undersøkelse tyder på at knapt halvparten av tilfellene med forsinkelse skyldes forhold i helsetjenesten. Dette indikerer behov for systematisk arbeid med pasientforløp for denne gruppen i opptaksområder som ikke har høy måloppnåelse.



Antall pasienter operert for karsykdom i ben per 100 000 innbyggere, ujustert, opptaksområder. Søylen viser gjennomsnittlige rater, årlig rate vises med symbol. Tall til høyre for figuren viser antall pasienter og antall innbyggere. Gj.snitt per år, 2017–2019.



Andel pasienter med symptomatisk carotisstenose operert innen 14 dager, opptaksområder. Gj.snittlige andeler, antall opererte innen 14 dg (N) og antall opererte (aktuelle). * opptaksområdet har færre enn 10 opr i gj.snitt/år. □ mangler data for minst ett år.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Hjerneslag

Om lag 10 000 personer legges årlig inn i sykehus med hjerneslag. Rundt 85 % skyldes blodpropp og 10–15 % hjerneblødning. Forekomsten av hjerneslag varierer lite geografisk, fra 2 til 2,8 per 1 000 innbyggere. Ny behandling har bidratt til 40 % reduksjon i dødelighet for denne alvorlige sykdommen de siste 10 år.

Bakgrunn

Trombolyse (blodproppoppløsende behandling) innen 4,5 timer etter akutt debut av alvorlig hjerneslag reduserer funksjonshemming. Alle pasienter med hjerneslag bør imidlertid ikke ha slik behandling da effekten ikke er dokumentert for lette og meget lette slag og selve behandlingen kan føre til hjerneslag i ca. 5 % av behandlingene.

Nasjonale retningslinjer anbefaler at pasienter aktuelle for trombolyse bør utredes så raskt som mulig. Det er ikke definert målnivåer for indikatoren andel pasienter med hjerneinfarkt som innlegges innen fire timer.

Resultater

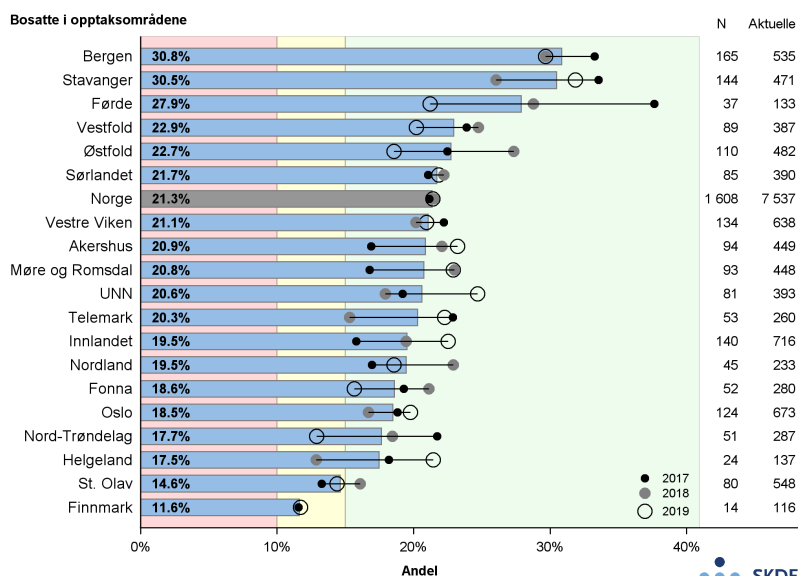
17 av 19 opptaksområder hadde høy måloppnåelse for andel pasienter med hjerneinfarkt som ble behandlet med trombolyse mens to opptaksområder (St.Olav og Finnmark) hadde moderat måloppnåelse. Opptaksområdene Bergen og Stavanger hadde 30 % andel og de fleste med høy måloppnåelse hadde vesentlig høyere nivå enn grensen på 15 %. For opptaksområdet Finnmark mangler data fra 2018, som sammen med lavt antall pasienter gjør resultatene usikre.

Mer enn halvparten av pasientene i Norge ble innlagt senere enn fire timer etter symptomdebut. 54 % av pasientene i opptaksområdet Stavanger kom til sykehus innen fire timer mens pasientene i opptaksområdene St.Olav og Finnmark hadde lavest andel med 38 %. Nasjonalt var det ingen entydig utvikling mot raskere innleggeser i sykehus ved hjerneslag i perioden 2017–2019.

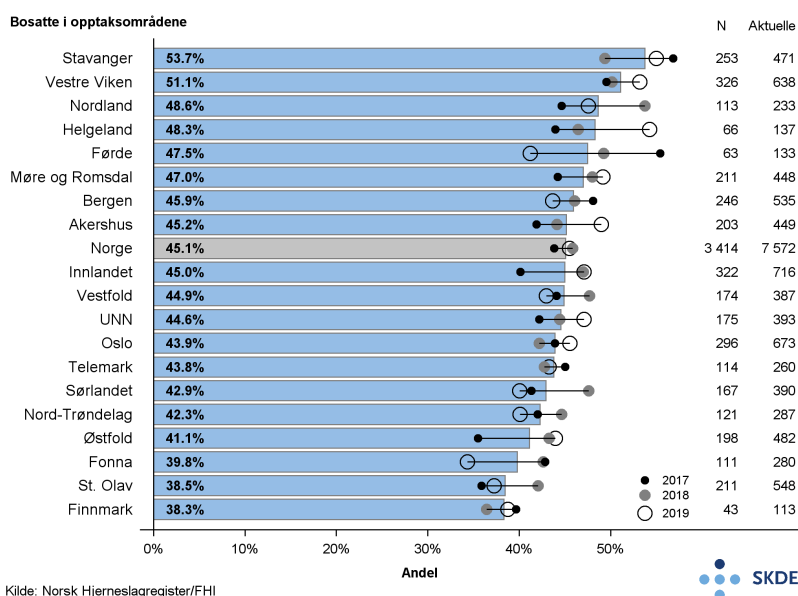
Kommentar

Det var stor variasjon i andel pasienter behandlet med trombolyse i de ulike opptaksområdene. For enkelte opptaksområder så det ut til å være en sammenheng mellom andel pasienter innlagt innen fire timer og andel som fikk trombolyse. Eksempler på dette var opptaksområdene til St.Olav og Finnmark hvor det var lavest andel innlagt innen fire timer og lavest behandlingsandel. Tilsvarende hadde opptaksområdet Stavanger høyest andel innlagt innen 4 timer og nest høyest behandlingsandel.

Ulik behandlingspraksis for de mindre alvorlige slagene er hovedårsaken til variasjonen i bruk av trombolyse. Forskjeller i behandlingspraksis for mindre alvorlige hjerneslag er ikke uproblematisk, fordi trombolysebehandling er forbundet med økt risiko for hjerneblødning, også ved lette og meget lette hjerneinfarkt. Målet på sikt bør være en mer ensartet praksis for behandling med trombolyse ved akutt hjerneinfarkt.



Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse. Søylene viser gj.snitt andeler, årlige andeler med symbol. Tallene til høyre viser antall pasienter som fikk trombolyse (N) og ant. pas. med hjerneinfarkt (aktuelle). Gj.snitt per år i perioden 2017–2019



Andel pasienter innlagt innen fire timer etter hjerneslag, søylene viser gjennomsnittlige rater, årlig rate vises med symbol, Tall til høyre viser antall pasienter og antall innbyggere. Gj.snitt per år, 2017–2019.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Invasiv kardiologi

Invasiv kardiologi omfatter utredning og behandling av hjertesykdommer ved hjelp av tynne katetre som føres til hjertets kransårer via en blodåre. De viktigste prosedyrene som utføres innen dette fagfeltet er kransåre-røntgen (koronar angiografi), utblokking av trange kransårer (PCI) og innsetting av ny hjerteklaff. Hvert år utføres om lag 32 000 koronare angiografier eller PCI behandlinger fordelt på 9 sykehus i Norge.

Bakgrunn

Ved koronar angiografi undersøkes det for innsnevninger eller blokkeringer i hjertets kransårer, og dernest om det er behov for PCI eller bypass-operasjon. PCI er en fellesbetegnelse for ulike teknikker som kan brukes til mekanisk åpning av en trang eller tett blodåre. Under koronar angiografi kan intrakoronar trykkmåling benyttes for å vurdere om en innsnevring i blodåren er så trang at den har betydning for blodstrømmen.

Fagrådet for Norsk register for invasiv kardiologi har ikke definert målnivåer for andel PCI hos personer som gjennomgår invasive koronare prosedyrer. Høy måloppnåelse for andel prosedyrer der trykkmåling blir utført under koronar angiografi har fagrådet satt til minst 30 %. Lav måloppnåelse er satt til under 30 %.

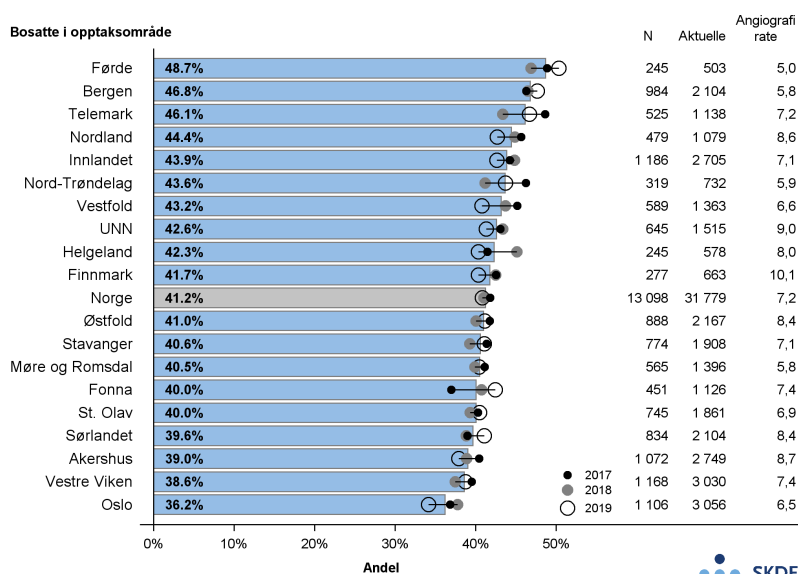
Resultater

Det var geografisk variasjon i andel utblokking av trange kransårer (PCI) hos pasienter som gjennomgikk invasive koronare prosedyrer. Mens 49 % av koronare angiografier ledet til PCI i opptaksområdet Førde, ledet 36 % av koronare angiografier til PCI i opptaksområdet Oslo. Andelen koronar angiografi som ledet til PCI var høyest i opptaksområder som samtidig hadde lavest antall koronare angiografier per 1 000 innbyggere, mens det blant opptaksområdene med lavest andel angiografier som ledet til PCI var høyest antall koronare angiografier per 1 000 innbyggere. Nasjonalt fikk 41 % av pasientene PCI behandling under annen invasiv koronar prosedyre. Regionalt var det små forskjeller. Andel PCI ved koronar angiografier var lavest i Helse Sør-Øst (40 %) og høyest i helse Vest (44 %).

Om lag 20 % av pasientene i Norge fikk utført intrakoronar trykkmåling under koronar angiografi i perioden 2017–2019, og det var geografiske forskjeller. Mens 25 % av pasientene fikk utført trykkmåling i opptaksområdet St. Olav, fikk om lag 16 % av pasientene i opptaksområdene Finnmark, Nordland og UNN utført trykkmåling ved koronar angiografi. Resultatene gjenspeiler seg på regionalt nivå, der måloppnåelsen var lavest for Helse Nord (16 %) og høyest for Helse Midt-Norge (24 %). Nasjonalt steg andelen intrakoronar trykkmåling fra 19 % i 2017 til 23 % i 2019.

Kommentar

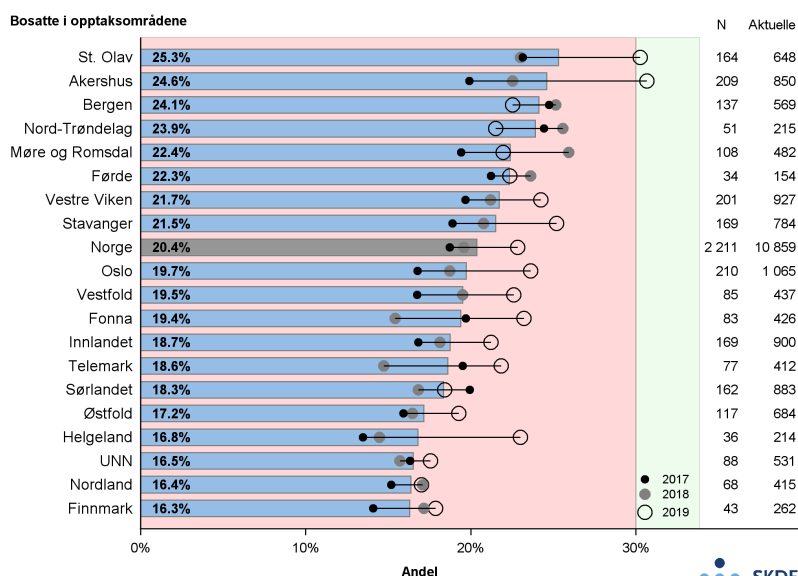
Resultatene kan tyde på at seleksjonen av pasienter til angiografi er strengere for pasienter bosatte i noen opptaksområder enn andre. Forskjellene skyldes trolig i hovedsak ulik tilgang eller praksis hva angår utredningsmetoder for kransåresykdom, som CT-undersøkelser eller ulike bildebaserte belastningstester som brukes til å selektare pasienter til koronar angiografi. Bruk av trykkmåling har i 2019 økt for 16 av 19 opptaksområder men må fortsatt breddes mye for å nå ønsket nivå.



Kilde: Norsk register for invasiv kardiologi



Andel PCI hos pasienter som gjennomgikk invasive koronare prosedyrer, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017–2019.



Kilde: Norsk register for invasiv kardiologi



Andel prosedyrer med trykkmåling for å vurdere innsnevring i kransårene hos personer med stabil kransåresykdom, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017–2019.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Tykk- og endetarmskreft

Tykk- og endetarmskreft er den kreftformen med høyest forekomst, for begge kjønn, med om lag 4 000 nye tilfeller årlig. Av disse utgjør tykktarmskreft rundt 70 %, resten er endetarmskreft. Forekomsten er doblet de siste 50 årene. Om lag 35 000 personer levde med disse sykdommene i 2019 og rundt 1 500 dør hvert år.

Bakgrunn

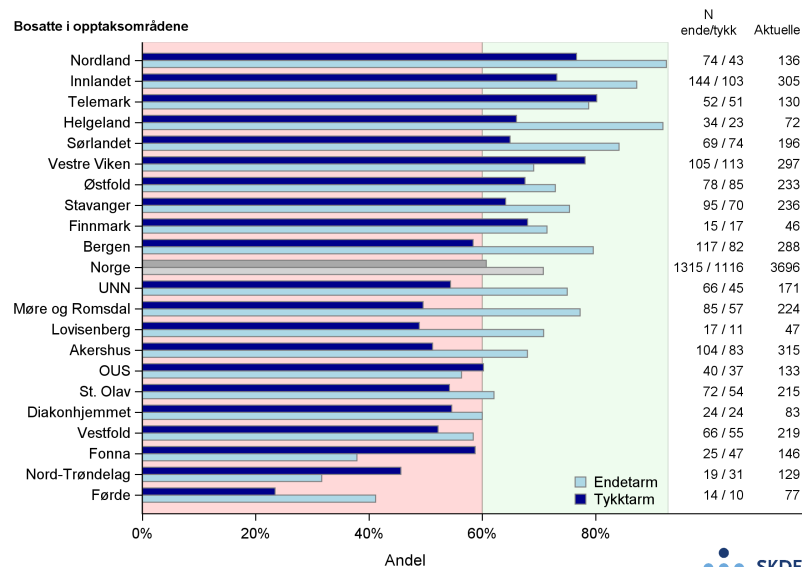
Kirurgi er hovedbehandling for tykk- og endetarmskreft, ofte supplert med cellegift og stråling (særlig for endetarmskreft). Kikkhulloperasjon er likeverdig med åpen operasjon, men er mer skånsom. Teknikken krever spesialisert opplæring og kan ikke alltid brukes på grunn av forhold ved svulst/pasient.

Høy måloppnåelse for andel pasienter med endetarmskreft uten lokalt tilbakefall er av registerets fagråd satt til minst 95 % fem år etter operasjon.

Resultater

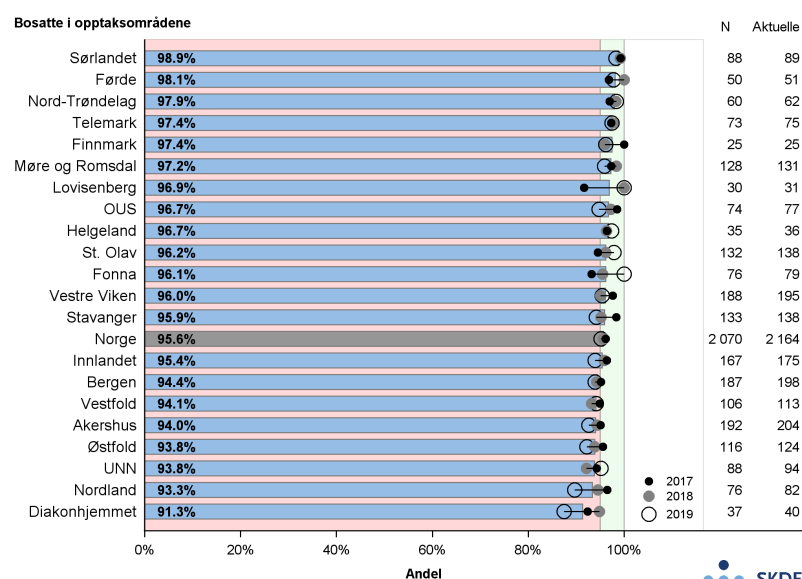
Fagrådet for tykk- og endetarmsregisteret justerte høy måloppnåelse for andel kikkhulloperasjoner fra 30 til 60 % for både tykk og endetarmskreft i 2019. For endetarmskreft hadde 16 av 21 opptaksområder høy måloppnåelse i hele perioden. Nordland hadde høyest måloppnåelse med 92,5 % og Nord-Trøndelag lavest med 31,7 %. For tykktarmskreft hadde 10 av 21 opptaksområder høy måloppnåelse for hele perioden med Telemark høyest med 80 % og Førde lavest med 23 % (noe usikre tall på grunn av lav innrapportering).

Fjorten av 21 opptaksområder oppnådde høyt målnivå for andel pasienter uten lokalt tilbakefall fem år etter operasjon for endetarmskreft. For hele perioden hadde Sørlandet høyest andel med 98,9 % og Diakonhjemmets opptaksområde lavest med 91 %. Resultatene var stabile i perioden. Dette er statistisk beregnede resultater da det ikke er tilstrekkelig observasjonstid for indikatoren.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft/SSB

Andel pasienter med tykk- og endetarmskreft operert med kikkhullsteknikk. Alder 20-99 år (tykktarmskreft) og 25-96 år (endetarmskreft), gj.snitt 2017-2019, Målnivå for 2019.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft/SSB

Andel pasienter med endetarmskreft uten lokalt tilbakefall fem år etter operasjonen, statistisk beregnet, alder 25-96 år, gj.snitt 2017-2019

Kommentar

Kikkhullsteknikk ble i økende grad benyttet som operasjonsmetode, både for tykk- og endetarmskreft fra 2017 til 2019. På grunn av forskjellig funksjonsfordeling for tykk- og endetarmskreft vil det ikke nødvendigvis være sammenheng mellom andel pasienter operert med kikkhullsteknikk for tykk- og endetarmskreft innen et gitt boområde. Den geografiske variasjonen i bruk av kikkhullskirurgi for tykktarmskreft viser at det fortsatt må arbeides aktivt for å øke bruken av denne metoden.

Variasjonen i tilbakefall av endetarmskreft er ikke stor sammenlignet med omtale av annen variasjon, men likevel viktig. I mer enn 25 år er det arbeidet systematisk i norske fagmiljø for å redusere andel pasienter som får lokalt tilbakefall innen 5 år etter kurativ behandling for endetarmskreft. At hele 7 opptaksområder ennå ikke har nådd høyt målnivå for denne indikatoren tyder på at det fortsatt er nødvendig med målrettet satsing for å lykkes.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Brystkreft

Brystkreft er den vanligste formen for kreft blant kvinner. I 2019 fikk 3 700 kvinner brystkreft for første gang. Forekomsten har økt betydelig de siste tiårene, delvis forklart av screening og bedret diagnostikk. Det er gjort store fremskritt i behandlingen - for de som rammes av sykdommen er utsiktene til å overleve stadig bedre. De som ikke blir friske, kan leve lenge med sykdommen.

Bakgrunn

Det er en fordel å fjerne alt kreftvev ved første operasjon. Reoperasjoner forsinker oppstart av etterbehandling, det gir et dårligere kosmetisk resultat og er i tillegg belastende for pasienten og ressurskrevende for helsevesenet. Ved brystbevarende operasjon fjernes kun svulsten i brystet, mens resten av brystet bevares. Når strålebehandling gis som tilleggsbehandling, oppnås like gode resultater som å fjerne hele brystet.

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå på disse. Andelen pasienter som kun får ett inngrep på primærtumor bør være 90 % (høy måloppnåelse), 80 % er definert som moderat måloppnåelse. Brystbevarende kirurgi bør utføres på 85 % av de som har brystkreft med tumorstørrelse under 30 mm (høy måloppnåelse). Moderat måloppnåelse er satt til 70 %.

Resultater

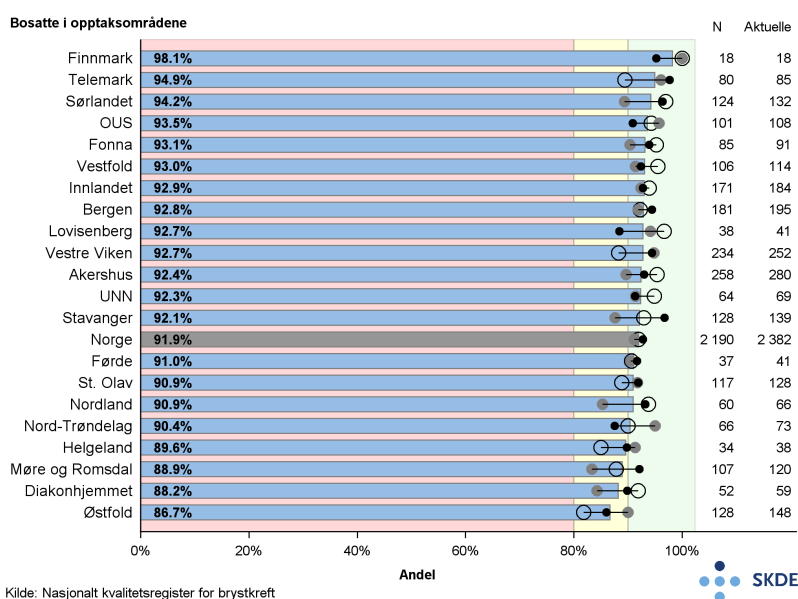
De fleste av opptaksområdene hadde høy andel med ett kirurgisk inngrep og resultatene viste liten grad av geografisk variasjon. Forskjellen mellom bosatte i Finnmark, som var opptaksområdet med høyest andel, og bosatte i Østfold, som hadde lavest andel, var på om lag 11 prosentpoeng. Små tall for opptaksområdet Finnmark gjør at resultatet er forbundet med noe usikkerhet.

For brystbevarende operasjoner på svulster mindre enn 30 mm, nådde tre opptaksområder, Nordland, Nord-Trøndelag og Vestre Viken, målet på 85 %. Seksten av 21 opptaksområder hadde moderat måloppnåelse og to opptaksområder hadde lav måloppnåelse. Den geografiske variasjonen var relativt stor, fra opptaksområdet i Nordland med 88,2 % til opptaksområde i Fonna med 63,0 %. En forskjell på 25 prosentpoeng.

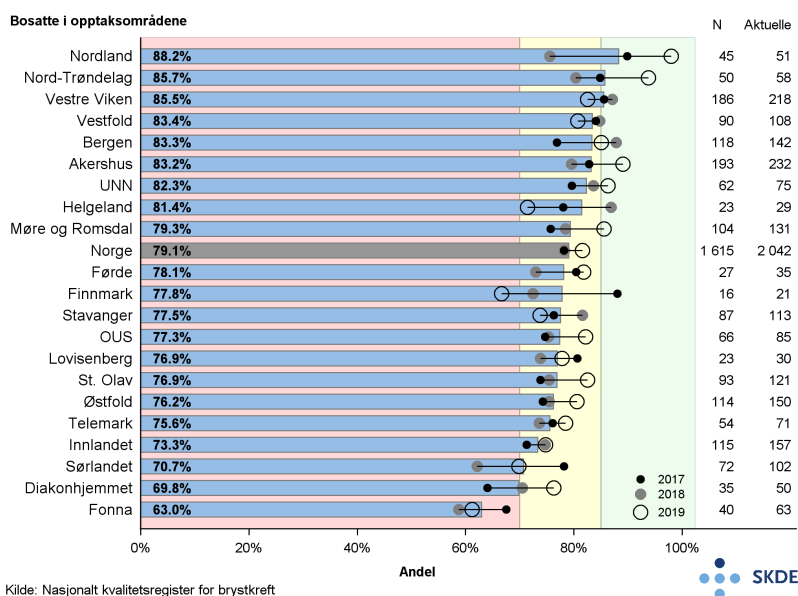
Kommentar

Det er positivt at de fleste av opptaksområdene klarte å behandle en høy andel av pasientene med ett inngrep på svulst i brystet. Det tyder på godt tverrfaglig samarbeid og god kvalitet i behandlingen.

For brystbevarende operasjoner er måloppnåelsen moderat eller lav for de fleste opptaksområder og bør bedres. Den geografisk variasjon i måloppnåelse er relativt stor og tyder på at det gjøres ulike behandlingsvalg i ulike deler av landet. Brystbevarende operasjoner gir minst like god prognose som når hele brystet fjernes. Pasientenes selvfølelse og livskvalitet er vist å være bedre ved slik kirurgi, sammenlignet med fjerning av hele brystet.



Andel kvinner, 19-99 år, som kun har fått utført ett inngrep på primærtumor, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Andel brystbevarende operasjoner utført på kvinner, 19-99 år, tumorstørrelse under 30 mm, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

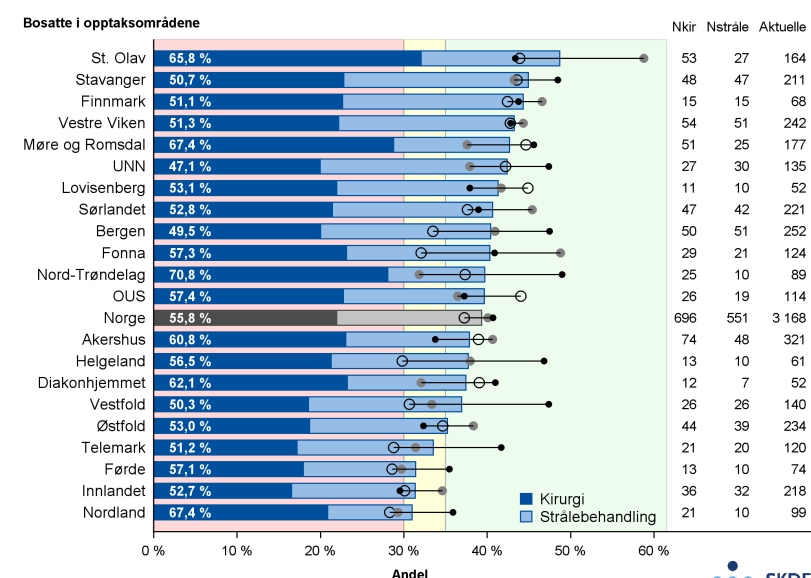
Lungekreft

Årlig får ca. 3000 nye pasienter lungekreft. Det er nå er like mange kvinner som menn som får lungekreft. Forekomsten for menn har flatet ut, mens den fortsatt er stigende for kvinner. Lungekreft er en av de kreftformene det er enklast å forebygge, fordi 8 av 10 tilfeller skyldes røyking. Det har vært en kraftig reduksjon i røyking, men det tar mange år før dette gir effekt. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv.

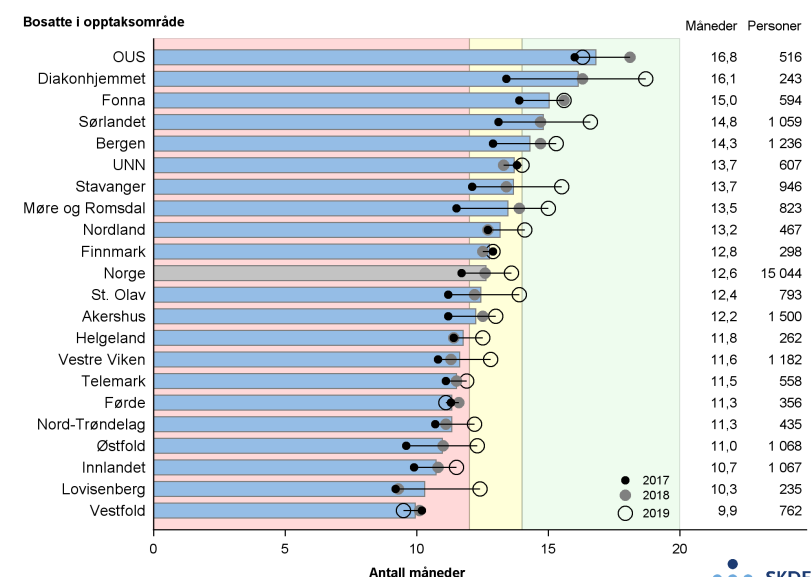
Bakgrunn

Bedre behandling har ført til at flere pasienter nå blir friske. Kirurgi, stereotaktisk strålebehandling og kurativ fraksjonert strålebehandling (ofte gitt sammen med kjemoterapi) er aktuelle former for kurativ behandling av lungekreft. Flere med ikke-kurabel sykdom lever lengre fordi persontilpasset behandling og immunterapi har revolusjonert lungekreftbehandlingen.

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft har vurdert at mer enn 35 % av pasientene bør få kurativ behandling. Moderat og lav måloppnåelse er satt til henholdsvis 30-34 % og under 30 %. For median overlevelse er høy måloppnåelse satt til minst 14 mnd. og moderat og lav måloppnåelse satt til 12-14 mnd. og under 12 mnd.



Andel pasienter med lungekreft som ble kurativt behandlet (kirurgi eller strålebehandling), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Median overlevelse i måneder for lungekreftpasienter, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Resultater

I gjennomsnitt for 3-årsperioden fikk nesten 40 % av lungekreftpasienter i Norge kurativ behandling - i overkant av halvparten (55,8 %) av disse ble operert, mens resten fikk strålebehandling. Sytten av 21 opptaksområder hadde høy måloppnåelse. Det var variasjon mellom opptaksområdene. Andelen var høyest i opptaksområdet St. Olav, der nesten 50 % av pasientene ble behandlet med kurativt mål i perioden 2017-2019. Telemark, Førde, Innlandet og Nordland hadde lavest andel og moderat måloppnåelse. Forskjellen mellom opptaksområdet med høyest- og lavest andel var om lag 20 prosentpoeng.

Av pasienter som ble kurativt behandlet, fikk flest kirurgisk behandling i Nord-Trøndelag, Møre- og Romsdal samt Nordland. Den laveste andelen kirurgisk behandling ble observert for bosatte i Bergen og UNN-området.

Det var variasjon i median overlevelse i perioden 2017-2019. Ni av 21 opptaksområder hadde lav måloppnåelse. Median overlevelse var lengst i opptaksområdet OUS med 16,8 måneder, sammenlignet med 9,9 måneder i opptaksområdet Vestfold, en forskjell på om lag syv måneder. For de fleste av opptaksområdene var det en positiv utvikling i perioden, med en økning i median overlevelse i 2019 sammenlignet med 2017.

Kommentar

Det er høy måloppnåelse for kurativ behandling av lungekreft i Norge, men likevel geografisk variasjon mellom opptaksområdene. Kirurgi nyttes i ulik grad som behandlingsmetode i de forskjellige opptaksområdene. Ulik fordeling i sykdomsutbredelse kan forklare ulike behandlingsvalg, men slike data var ikke tilgjengelig for denne analysen. Raskere utredning og bedre behandling har gitt lengre overlevelse for pasienter rammet av lungekreft, men det er en geografisk variasjon som ikke synes tilfeldig. Geografisk variasjon både i kurativ behandling og overlevelse bør undersøkes nærmere.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Prostatakreft

Prostatakreft er den mest utbredte kreftformen hos menn i Norge, om lag 5 000 blir diagnostisert med denne sykdommen hvert år. Årlig dør ca. 900 menn av prostatakreft. Antallet menn som lever med denne tilstanden og som trenger oppfølging, øker. I 2019 levde i overkant av 54 000 menn med prostatakreft i Norge.

Bakgrunn

Hvilken behandling som tilbys, avhenger av hvor utbredt og aggressiv sykdommen er. Pasienter med sykdom som ikke har spredt seg, vurderes ut fra ulike kriterier til å ha høy- eller lavrisiko. Behandling tilpasses risikoprofilen. Radikal behandling, dvs. kirurgisk fjerning av prostata eller strålebehandling, kan kurere prostatakreft. Pasienter i høyrisikogruppen bør i hovedsak behandles radikalt. Nervesparende operasjonsteknikk reduserer risiko for senere impotens og urinlekkasje, men øker risiko for ufri rand og tilbakefall. Ved et tilbakefall gis oftest strålebehandling og seneffektene øker.

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå på disse. Høy måloppnåelse for andel radikalt behandlet for prostatakreft er satt til 70 % eller høyere. Lav måloppnåelse er <70 %. For andel med fri rand etter kirurgi, er høy måloppnåelse ≥85 % og lav måloppnåelse <75 %. Moderat måloppnåelse 75% – 84%.

Resultater

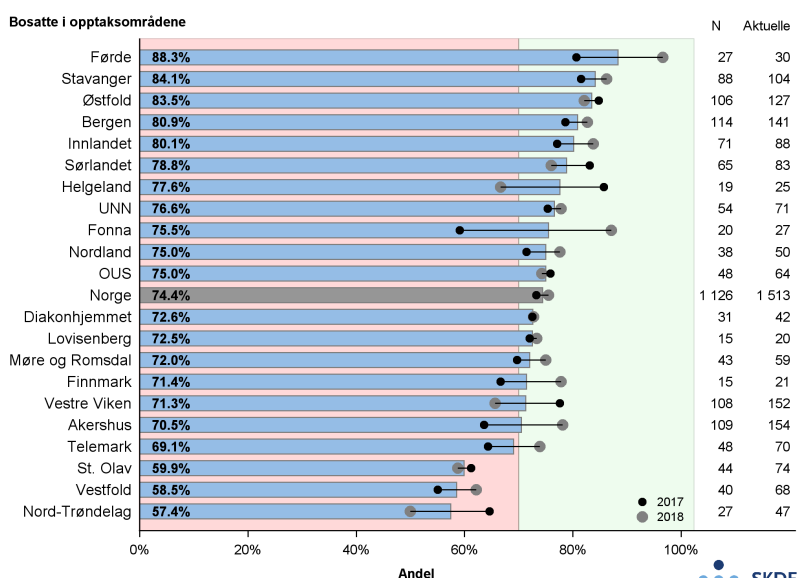
De fleste av opptaksområdene hadde høy måloppnåelse for andel radikalt behandlet for prostatakreft. Fire opptaksområder, Nord-Trøndelag, Vestfold, St. Olav og Telemark, hadde lav måloppnåelse. Førde og Stavanger hadde høyest andel høyrisikopasienter som ble radikalt behandlet. Det var om lag 30 prosentpoeng forskjell mellom opptaksområdet med høyest og lavest andel radikalt behandlede høyrisikopasienter.

For andel med fri rand etter kirurgi på mindre svulster (T2), hadde elleve av 21 opptaksområder høy måloppnåelse (>85 %), ni opptaksområder hadde moderat måloppnåelse (75% – 84%) og ett opptaksområde (Nordland) hadde lav måloppnåelse (<75 %). Telemark hadde en klar nedadgående trend med lav måloppnåelse i 2019. Det var om lag 25 prosentpoeng forskjell mellom opptaksområdet med høyest- og lavest andel fri rand.

Kommentar

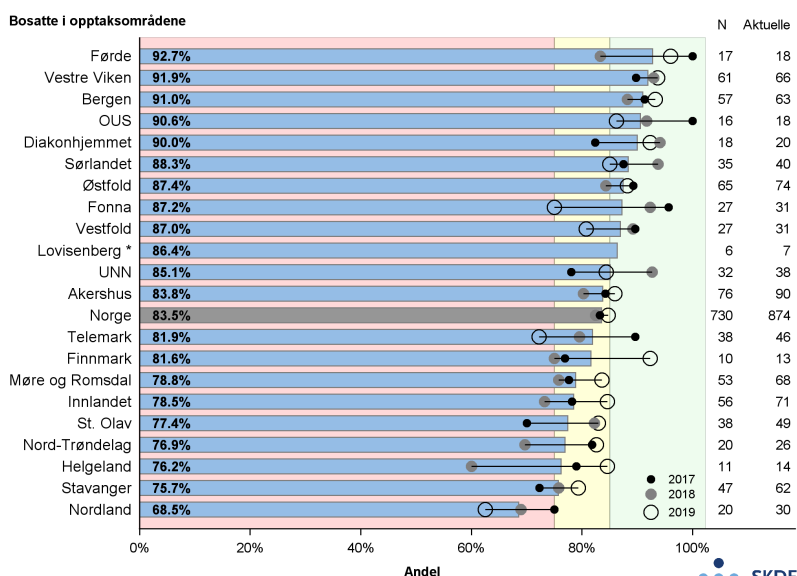
Menn som har en høyrisiko-kreft uten spredning og som ikke gjennomfører en radikal behandling, har en klart økt sannsynlighet for å dø av sin kreft. Det er derfor viktig å tilby slik behandling til alle pasienter uavhengig av alder, som ønsker og tåler behandlingen. Det er høy måloppnåelse, men likevel noe geografisk variasjon for denne indikatoren.

Måloppnåelsen er ikke tilfredstillende for andelen med fri rand etter kirurgi. Det er mulig at enkelte kirurger prioriterer nervesparende teknikk høyere enn andre, og at dette fører til lavere andel med fri rand i enkelte opptaksområder. Vurderingen av om operasjonsmarginen er fri eller ikke, er ikke et helt objektivt mål, men gjøres av den enkelte patolog. Praksis for hva som regnes for fri/ufri rand kan variere mellom patologer med konsekvens for det nasjonale bildet.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Andel høyrisikopasienter, 38-79 år, radikalt behandlet, fordelt på opptaksområder, 2017-19



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Andel menn med fri rand etter kirurgi for mindre kreftsvulster (≤ T2), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

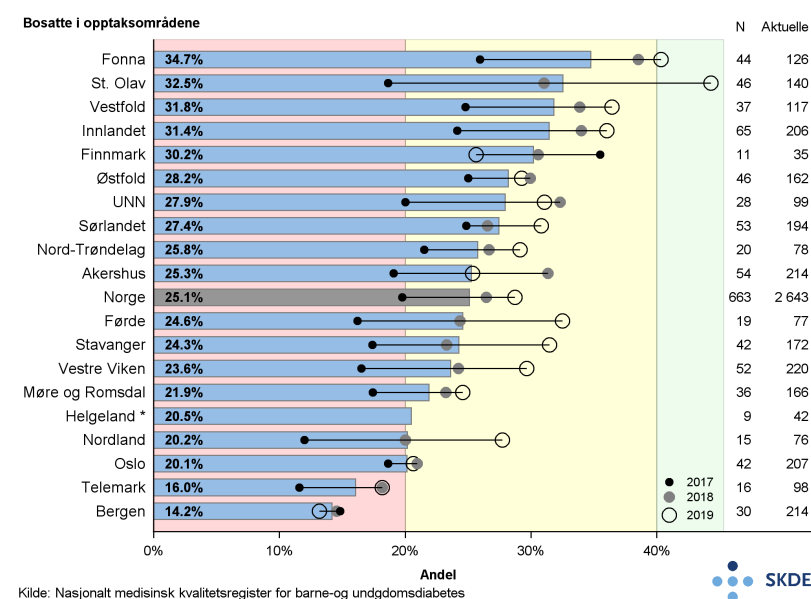
Diabetes type 1 hos barn og unge

Diabetes type 1 er den nest vanligste kroniske sykdommen hos barn og unge i Norge, og Norge er på verdens-toppen når det gjelder forekomst av diabetes diagnostisert før 15-årsalderen. Diabetes type 1 utgjør 96 % av alle tilfeller av diabetes hos barn og unge i alderen 0-17 år, og i 2019 ble det rapportert inn 410 nye tilfeller av diabetes type 1 blant barn og unge i Norge.

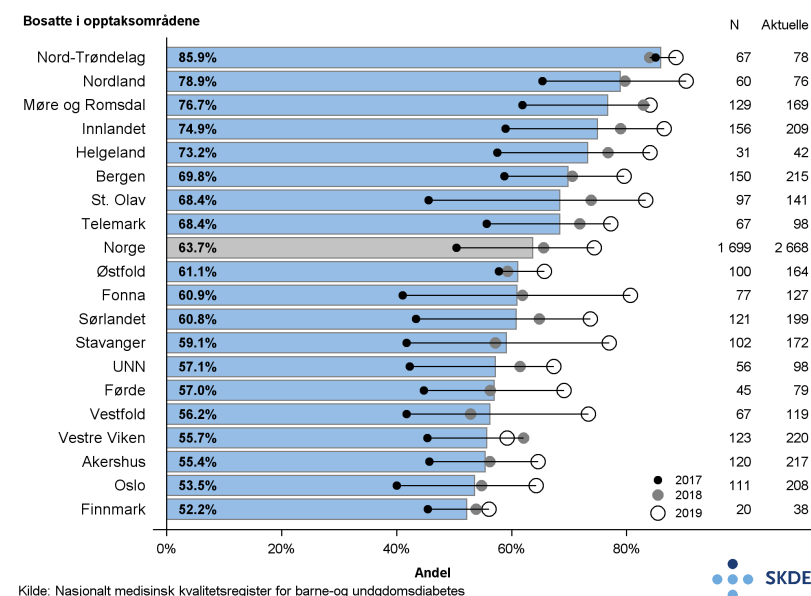
Bakgrunn

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom som fører til insulinmangel og for høyt blodsukker. Høyt blodsukker over tid vil forårsake skader i kroppens små blodårer, noe som igjen kan medføre skade på flere av kroppens organer. Senkomplikasjoner som tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, slag, amputasjoner og tidlig død hos pasienter med diabetes utvikler seg over flere år, men også barn og unge kan utvikle senkomplikasjoner.

Blodsukkerkontroll oppnås ved måling av langtidsblodsukker (HbA1c). Det anbefales at HbA1c er under 53 mmol/mol, for i størst mulig grad forebygge utviklingen av senkomplikasjoner. Et hjelpemiddel for regulering av blodsukkernivået er bruk av kontinuerlig glukosemåler (CGM). For bruk av CGM er det ikke definerte målnivå.



Andel barn og unge, 0-17 år, med HbA1c under 53 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019. * Opptaksområdet har færre enn 10 hendelser i gj.snitt pr. år.



Andel barn og unge, 0-17 år, som bruker CGM, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Resultater

Høy måloppnåelse oppnås når minst 40 % av barn og unge med diabetes type 1 har HbA1c under 53 mmol/mol. Kun 25 % av barn og unge i Norge hadde HbA1c under 53 mmol/mol i perioden 2017-2019. Høyest måloppnåelse hadde Fonna (35 %) og St. Olav (33 %), og lavest måloppnåelse hadde Telemark (16 %) og Bergen (15 %). Regionalt var forskjellene mindre. Måloppnåelsen var høyest for Helse Midt-Norge (27 %) og lavest i Helse Vest (23 %). Utviklingen i andelen pasienter med HbA1c under 53 mmol/mol var gjennomgående positiv i perioden. Fonna og St. Olav var de eneste opptaksområdene som hadde høy måloppnåelse i 2019, med henholdsvis 40 % og 44 %.

Det var geografisk variasjon i bruk av CGM mellom opptaksområdene. 86 % av pasientene i Nord-Trøndelag brukte CGM i perioden 2017-2019 sammenlignet med 54 % i Oslo og 52 % i Finnmark. Det var også geografisk variasjon i bruk av CGM mellom regionene. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge (75 %) og lavest i Helse Sør-Øst (60 %). Utviklingen i bruk av CGM var stor i perioden, med en økning for alle opptaksområder. Det var 25 pp. høyere andel barn med diabetes type 1 som brukte CGM i 2019 sammenlignet med i 2017. Regionalt brukte 85 % av pasientene i Helse Midt-Norge CGM i 2019, sammenlignet med 70 % i Helse Sør-Øst. I regionene Helse Nord og Helse Vest brukte henholdsvis 75 % og 78 % av pasientene CGM i 2019.

Kommentar

De fleste barn og unge når ikke behandlingsmålet når det kommer til regulering av blodsukkernivået. Nasjonalt var det geografisk variasjon både i andelen som hadde svært godt regulert blodsukker, og andelen som brukte CGM mellom opptaksområdene. Flere av opptaksområdene med høyest andel barn og unge med høy HbA1c hadde lavest andel som bruker CGM.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Diabetes type 1 hos voksne

Den vanligste årsaken til redusert levetid og økt sykdomsbyrde for personer med diabetes er tidlig hjerte- og karsykdom. Komplikasjoner knyttet til sykdom i øye, nyrer og nervesystemet bidrar også til vesentlig helsetap. Store deler av kostnadene til diabetesomsorgen er knyttet til behandling av komplikasjoner. God diabetesbehandling er dermed essensielt for å forhindre eller forsinke utvikling av senkomplikasjoner knyttet til diabetes.

Bakgrunn

Langtidsblodsukkeret (HbA1c) reflekterer blodsukkernivået de siste 4-12 ukene, og er den viktigste variabelen som kan relateres til risiko for utvikling av alvorlige komplikasjoner til diabetes. HbA1c bidrar sammen med andre risikofaktorer (blodtrykk, LDL-kolesterol og røyking) til risikoen for å utvikle hjertesykdom, slag og behov for amputasjon. I tillegg øker høyt blodsukker over tid risikoen for tidlig død.

Fagrådet for Norsk diabetesregister for voksne har vurdert at pasienter med diabetes bør ha HbA1c lik eller under 53 mmol/mol for i størst mulig grad forebygge utviklingen av senkomplikasjoner til diabetes.

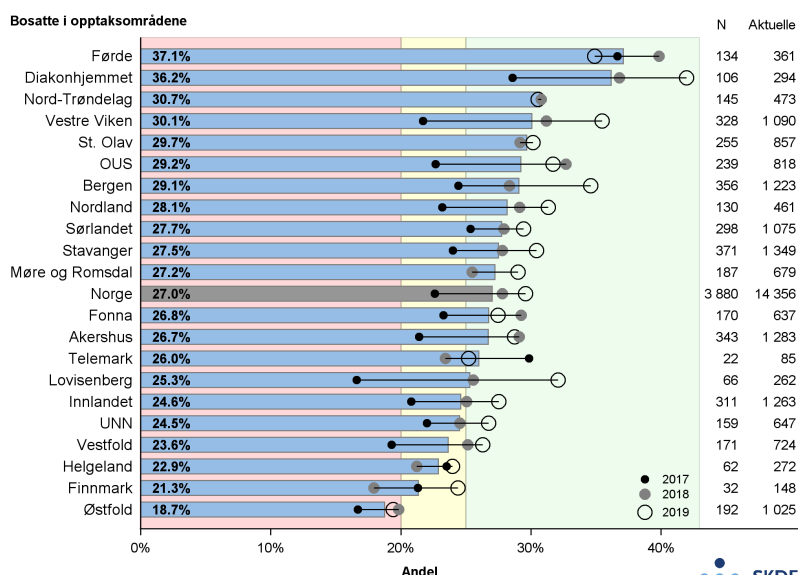
Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til HbA1c lik eller under 53 mmol/mol for minst 25 %, moderat til 20-25 % og lav måloppnåelse til under 20 %. Måloppnåelsen var overordnet sett høy i perioden 2017-2019. Det var likevel betydelige forskjeller i andel måloppnåelse for de ulike opptaksområdene. Førde, som hadde høyest måloppnåelse i perioden (37 %) hadde nesten dobbelt så høy andel pasienter med HbA1c lik eller under 53 mmol/mol som Østfold (19 %). For perioden var det en gjennomgående positiv utvikling i de fleste opptaksområder mot en større andel pasienter med HbA1c lik eller under 53 mmol/mol. På regionalt nivå var måloppnåelsen lavest i Helse Nord (25 %), og høyest i Helse Vest og Helse Midt-Norge (begge med 29 %).

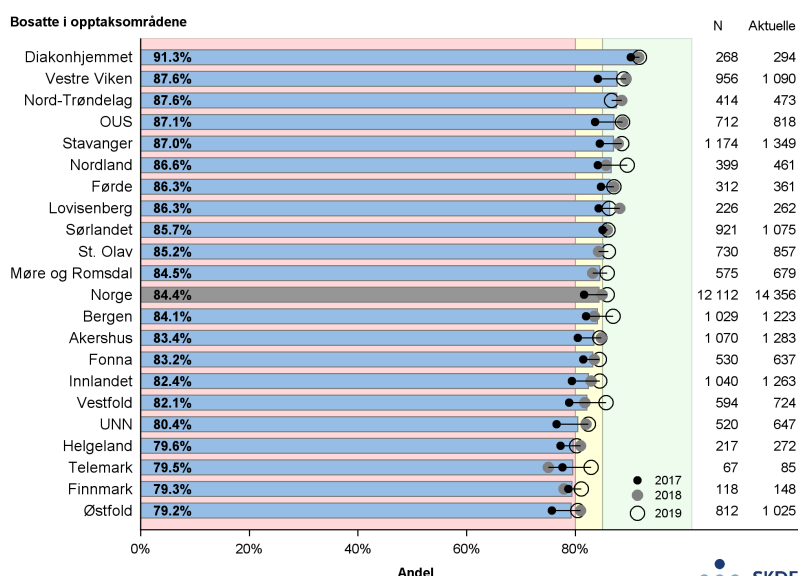
Når blodsukkeret er over eller lik 75 mmol/mol øker faren for å utvikle senkomplikasjoner betraktelig. Det anbefales derfor at andelen pasienter med HbA1c under 75 mmol/mol skal være høyest mulig. Høy måloppnåelse for HbA1c under 75 mmol/mol er satt til minst 85 %, moderat måloppnåelse er 80-85 % og lav måloppnåelse er under 80 %. Resultatet viser store forskjeller i andel måloppnåelse mellom opptaksområdene. I opptaksområdet Diakonhjemmet hadde 91 % av pasientene HbA1c under 75 mmol/mol, sammenlignet med 79 % i opptaksområdene Østfold, Finnmark, Telemark og Helgeland. Regionalt var forskjellene mindre. Lavest måloppnåelse hadde Helse-Nord (82 %) og høyest måloppnåelse hadde Helse Midt-Norge (86 %). Det var en gjennomgående positiv utvikling for alle opptaksområder i perioden, der alle opptaksområder hadde minimum moderat måloppnåelse i 2019.

Kommentar

Måloppnåelsen for blodsukkerregulering er for lav i enkelte opptaksområder og det er geografisk variasjon i kvalitet i behandling av diabetes. Det er flere opptaksområder som både har høy andel pasienter med høyt blodsukker og som har lavere andel pasienter med svært godt regulert blodsukker.



Andel pasienter med HbA1c under 53 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



Andel pasienter med HbA1c under 75 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

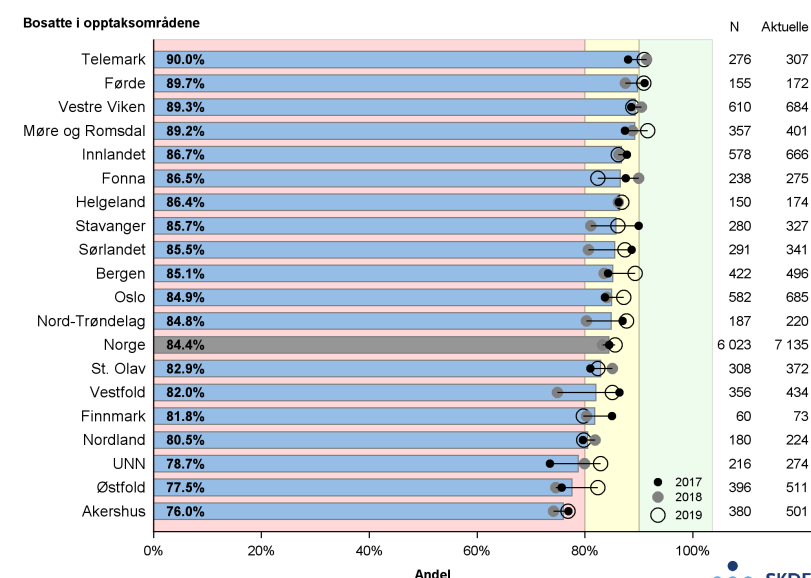
Hoftebrudd

Norge har en av verdens høyeste forekomster av hoftebrudd. I overkant av 8 000 personer opereres hvert år og antallet av brudd forventes å stige i takt med en aldrende befolkning. Hoftebrudd kan ha alvorlige konsekvenser med funksjonstap, redusert livskvalitet og livslengde. Bedre behandlingsresultater og mindre hjelpebehov kan oppnås ved å fokusere på effektive pasientforløp og optimal behandlingsteknikk.

Bakgrunn

I 2014 kom en nasjonal retningslinje om at hoftebrudd burde opereres innen 24 timer, og senest 48 timer etter bruddtidspunktet for å redusere dødelighet og risiko for medisinske komplikasjoner. Nasjonale retningslinjer anbefaler også at pasienter eldre enn 70 år med lårhalsbrudd i feilstilling, skal behandles med innsetting av en protese med sementert stamme. Dette gir lavere risiko for reoperasjon og komplikasjoner.

Fagrådet med Nasjonalt Hoftebruddregister (felles med Nasjonalt Register for Leddproteser) har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå. 90 % eller høyere anses som høy måloppnåelse både for andel som opereres innen 48 timer etter bruddtidspunkt og for andel med lårhalsbrudd i feilstilling som får protese med sementert stamme.

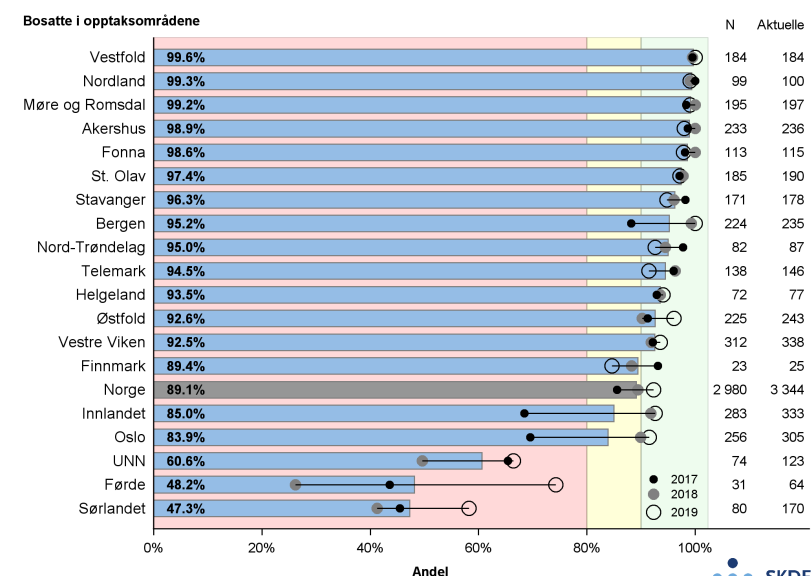


Resultater

De fleste av opptaksområdene hadde moderat eller lav måloppnåelse for andel pasienter operert innen 48 timer. Kun opptaksområde Telemark hadde høy måloppnåelse, mens tre opptaksområder, UNN, Østfold og Akershus, hadde lav måloppnåelse. Resultatene var stabile for de fleste av opptaksområdene gjennom perioden.

Seksten av opptaksområdene hadde enten høy eller moderat måloppnåelse for bruk av protese med sementert stamme hos pasienter eldre enn 70 år, vurdert ut fra samlet resultat i perioden. Tre opptaksområder, Sørlandet, Førde og UNN, skilte seg ut med lav måloppnåelse for denne indikatoren. Kvalitetsindikatoren viste stor geografisk variasjon. Forskjellen mellom opptaksområdet med høyest og lavest andel var hele 50 prosentpoeng.

Andel pasienter, ≥ 60 år, operert innen 48 timer etter bruddtidspunktet, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Andel pasienter, > 70 år, med lårhalsbrudd i feilstilling som fikk protese med sementert stamme, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Kommentar

Rask og god kirurgisk behandling er viktig for denne pasientgruppen. De fleste av opptaksområdene hadde moderat eller lav måloppnåelse for å operere pasientene innen tidsfristen. På nasjonalt nivå går ikke utviklingen i riktig retning. Det kan ta varierende tid fra brudd til ankomst sykehus, men svært få bor timesvis unna sykehus i Norge. Den manglende måloppnåelse kan ikke forklares ut fra variasjon i avstand til sykehus. Årsaken til den lange ventetiden bør derfor undersøkes nærmere før den aksepteres.

Usementerte protesestammer er forbundet med økt risiko for nye brudd rundt protesen og dermed behov for reoperasjon for pasientgruppen over 70 år. Nasjonalt er det en tendens til utvikling i riktig retning i perioden. Variasjonen i behandlingspraksis er ikke tilfeldig og bør studeres nærmere.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

Alvorlig nyresykdom

Kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon er en sjelden men alvorlig tilstand. Hvert år starter om lag 600 nye pasienter opp med nyreerstattende behandling. I slutten av 2019 var det registrert om lag 5 800 levende pasienter i Norsk nyreregister. Av disse er 60 % nyretransplanterte pasienter, 30 % dialysepasienter og 10 % pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon som ikke mottok nyreerstattende behandling.

Bakgrunn

Pasienter med kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon har mindre enn 15 % av normal nyrefunksjon, og er avhengige av nyreerstattende behandling i form av dialyse eller transplantasjon for å overleve og redusere helseproblemer forbundet med kronisk nyresykdom. Ved hemodialyse fjernes avfallsstoffer fra blodet ved hjelp av en kunstig nyre i en maskin, og effekten av behandlingen måles ved indikatoren ukentlig Kt/V.

Fagrådet for Norsk nyreregister har vurdert at nyretransplanterte pasienter bør ha et blodtrykk lavere enn 130/80 mmHg, for å redusere risikoen for at en transplantert nyre svikter. For personer som gjennomgår hemodialyse bør ukentlig Kt/V være over 2,3.

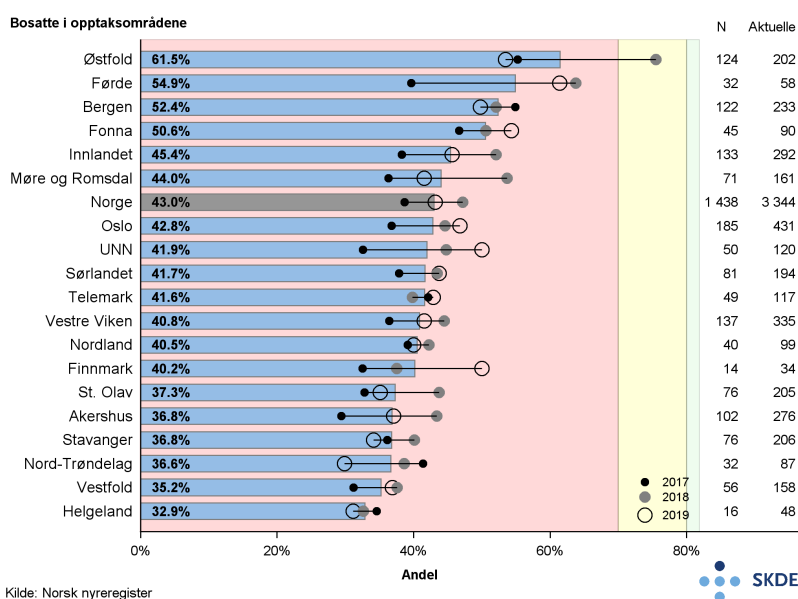
Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til minst 80 % av nyretransplanterte pasienter med blodtrykk lavere enn 130/80 mmHg, mens moderat måloppnåelse er mellom 70-80 % og lav måloppnåelse er under 70 %. Kun 43 % av nyretransplanterte pasienter hadde et blodtrykk under 130/80 mmHg, og det var store geografiske forskjeller. Opptaksområdet Østfold hadde nesten dobbelt så høy andel pasienter med blodtrykk under anbefalt grense (62 %) enn pasienter i opptaksområdet Helgeland (33 %) i perioden 2017-2019. Alle opptaksområdene hadde lav måloppnåelse i perioden, og Østfold var det eneste opptaksområdet som nådde moderat måloppnåelse for ett av årene. Regionalt var måloppnåelsen lavest i Helse Nord og Helse Midt-Norge (begge med 40 %) og høyest i Helse Vest (47 %).

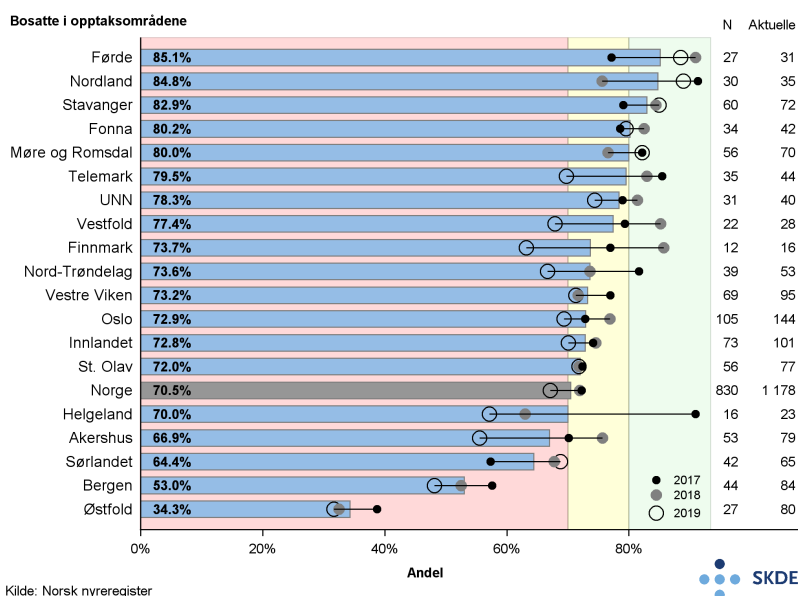
Høy måloppnåelse er når 80 % av pasientene har en ukentlig Kt/V over fastsatt grense på 2,3, moderat måloppnåelse er 70-80 % og lav måloppnåelse er under 70 %. Kun 71 % av pasientene i Norge hadde god effekt av hemodialysen, og det var store geografiske forskjeller. Mens 85 % av pasientene i opptaksområdet Førde hadde god effekt av hemodialysen gjaldt det kun 34 % i opptaksområdet Østfold. På regionalt nivå var måloppnåelsen høyest i Helse Nord (79 %) og lavest i Helse Sør- Øst (69 %).

Kommentar

Det er store geografiske forskjeller i måloppnåelse når det kommer til nyreerstattende behandling. Resultatene viser at måloppnåelsen for blodtrykkregulering er for lav for samtlige opptaksområder, og at nyretransplanterte pasienter ikke følges opp i tilstrekkelig grad etter nasjonale anbefalinger. Flere av opptaksområdene med høyest andel nyretransplanterte med blodtrykk over anbefalt nivå har også lavest andel pasienter med tilfredsstillende dialyseeffektivitet i hemodialyse.



Andel nyretransplanterte pasienter med blodtrykk under 130/80 mmHg, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



Andel pasienter med tilfredsstillende dialyse (hemodialyse), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/11231-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater

Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikator sammenligner kvaliteten ved norske sykehus. Helsedirektoratet publiserte 03.12.2020 nye resultater for 103 av 174 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene er i hovedsak fra tidsperiode i 2019 eller første halvdel 2020.

Formål

Orienterer styret om resultatene for Universitetssykehuset Nord- Norge HF.

Saksutredning

Oppdaterte resultater er vedlagt. Resultatene fra UNN er i hovedsak på landsgjennomsnittet.

Det er flere resultater der UNN utpeker seg positivt:

- UNN har gode resultater på postoperative sårinfeksjoner.
- UNN har lav andel bruk av tvang i psykiatri.
- Betydelig økning fra 2016 på legemiddelbehandling av atrieflimmer etter hjerneinfarkt.

UNN ligger under landsgjennomsnittet på tre særlig viktige områder:

- For få pasienter med lårhalsbrudd opereres innen nasjonale tidskrav.
- For mange pasienter i somatikk og psykiatri med rett til helsehjelp får helsehjelp etter frist for oppstart av helsehjelp (fristbrudd)
- Gjennomsnittlig ventetid i somatikk og psykiatri er for lang

Det er igangsatt tiltak for å sikre at andelen pasienter med lårhalsbrudd opereres innen nasjonale tidskrav. Det pågår mange tiltak for å redusere fristbrudd og ventetid, som beskrevet i flere kvalitets og virksomhetsrapporter.

Vurdering

UNN har i hovedsak gode resultater som ligger på landsgjennomsnittet. UNN har i likhet med de andre sykehusene i Helse Nord ekstra store utfordringer med fristbrudd og ventetid. Tiltak for å adressere dette pågår og følges tett opp av sykehusledelsen og i klinikkene.

Vedlegg:

Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsindikatorer – oppdatert 03.12.2020.



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/168-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

§ 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Bakgrunn

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

Formål

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

Saksutredning

I perioden 01.10-31.12.2020 har UNN sendt 12 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 11 varsler er overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering
- 1 varsel er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

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

Vurdering

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



Oversikt over §3-3a varsler ved UNN 01.10- 31.12.2020

Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Interne forbedringstiltak*
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang
Oversett prøvesvar på kreft. Forsinket oppstart av kreftbehandling med 1,5 år.	Forsinket behandling	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Revidert rutiner for å unngå at prøvesvar blir usignert hos vikarer som har avsluttet arbeidsforhold.
Dødsfall etter ortopedisk inngrep.	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Innskjerpet indikasjoner for inngrep. Under intern oppfølging.
Pasient døde som komplikasjon etter hjertekirurgi.	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Endret valg av væske som brukes til å roe hjertet. Innskjerpet rutiner for valg av kunstig klaff.
Skade på tarm under gynekologisk inngrep	Alvorlig skade	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Innskjerpet rutiner for bruk av instrument under inngrepet.
Oversett prøvesvar på infeksjon med herpes. Forsinket oppstart av antiviral behandling.	Alvorlig skade	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelse.	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang



Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang
Pasient døde etter kirurgi og intensivbehandling	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging	Under intern gjennomgang

* Alle §3-3a varsler gjennomgås internt for å finne forbedringsområder på systemnivå. Dette gjøres enten på klinikknivå eller foretaksnivå. I tillegg tas hendelsene opp for læring internt i avdelingene og behandles av pasientsikkerhetsutvalget.



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2019/2868-2
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet gjennomfører nasjonale brukererfaringsundersøkelser på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Studien het opprinnelig PasientOpplevelser («PasOpp»), men inkluderer i dag også undersøkelser innenfor pårørende og samarbeidspartnere.

Utvalgte pasienter som var skrevet ut fra somatiske døgnopphold i perioden 01.08- 31.10.2019 besvarte et spørreskjema med ni indikatorer som beskriver ulike sider ved sykehusoppholdet. Resultatene ble publisert desember 2020, se vedlegg.

Formål

Orienterer styret om resultatene for UNN fra Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen.

Saksutredning

Resultatene tilsvarer omtrent samme nivå som ved den forrige nasjonale brukererfaringsundersøkelsen fra 2015. Det observeres nasjonalt en lett økning på indikatorene utskrivning og ventetid, mens det er uendrede resultater for samhandling. Det er lett tilbakegang på indikatorene pleiepersonalet, leger, informasjon, organisering, pårørende, standard. Metodiske begrensninger i studien kan gjøre sammenligning over tid usikker.

Indikatorene utskrivning og samhandling har de laveste scorene.

Resultatene fra UNN er på nivå med landsgjennomsnittet. Det er mindre forskjeller mellom Harstad, Narvik og Tromsø. Ulikheter i pasientgrupper ved sykehusene kan gjøre sammenligning mellom sykehus usikker.

Vurdering

Både i UNN og på landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet. Resultatene viser at både UNN og andre sykehus har behov for å forbedre praksis knyttet til utskrivning og samhandling. UNNs satsning på stormottakere er et viktig tiltak for å styrke rutiner ved utskrivelse og samhandling.

Vedlegg:

Sak 12/2021 - orienteringssak 6

1. Nasjonale resultater brukererfaringsundersøkelsen
2. UNN resultater brukererfaringsundersøkelsen

BRUKEROPPLEVD KVALITET

2020

Pasienters erfaringer med
norske sykehus i 2019.
Metodebeskrivelse og
analyser for landet samlet

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet
English title	Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2019. Methods and analyses at the national level
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Ingeborg Strømseng Sjetne, prosjektleder, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Olaf Holmboe, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i>
Prosjektkoordinator	Inger Opedal Paulsrud, <i>Folkehelseinstituttet</i>
ISSN	1890-1565
Rapport	2020:839
Prosjektnummer	2605
Publikasjonstype	PasOpp-rapport
Antall sider	44 (58 inklusiv vedlegg) 86 institusjonsrapporter med resultater
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord(MeSH)	Patient Reported Experience Measures; Patient Reported Outcomes Measures; Surveys and Questionnaires; Hospitals; Inpatients; Secondary Care; Quality of Health Care; Secondary Care, Patient Satisfaction; Norway
Sitering	Sjetne IS, Holmboe O. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet [Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2019. Methods and analyses at the national level] PasOpp-rapport 2020:839. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
Fraskrivelse	Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene
Disclaimer	Data from the Norwegian Patient Registry has been used in this publication. The interpretation and reporting of these data are the sole responsibility of the authors, and no endorsement by the Norwegian Patient Registry is intended nor should be inferred.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
METODE OG MATERIALE	15
Spørreskjema og indikatorer	15
Etablering av utvalget	17
Datainnsamling	17
Etikk og personvern	18
Svarandeler og representativitet	18
Justering for ulike pasientsammensetning	19
Sammenlikning med pasienterfaringer i 2015	19
Sammenlikninger og signifikanstesting	20
NASJONALE RESULTAT I 2019 OG OVER TID	22
RESULTATER FOR ULIKE GRUPPER I 2019	24
Resultater etter kjønn og alder	24
Egenrapportert helsestatus	28
Resultater etter fødeland	28
Etter diagnosegrupper	30
Resultater etter innleggelsesmåte og avdelingstype	31
Hjelp til utfylling	31
Svarmodus	32
Resultater etter sykehustype	33
RESULTAT PÅ ENKELTSPØRSMÅL	35
AVSLUTTENDE BEMERKNINGER	41
Hovedfunn	41
Styrker og svakheter	41
Konklusjon	42

REFERANSER	43
VEDLEGG	45
Vedlegg 1. Spørreskjema i papirversjon	45
Vedlegg 2. Indikator for pasientopplevd pasientsikkerhet: Spørsmål som inngår og utregning	52
Vedlegg 3. Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter	54

Hovedbudskap

Spørreundersøkelser som måler erfaringene til pasienter er akseptert som ett av flere gyldige perspektiv for å beskrive kvalitet i helsetjenestene. Erfaringene til pasienter som har vært innlagt på somatiske avdelinger har vært målt en rekke ganger tidligere, seinest i 2015.

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre fem årlige målinger blant somatiske døgnpasienter, med start i 2019. Pasienter som var skrevet ut i perioden 1.august til 31. oktober 2019 ble invitert til å delta. Svarerandelen var 58 %.
- Det ble laget ni indikatorer som beskriver ulike sider ved sykehusoppholdet, basert på svarene fra grupper av enkeltspørsmål. Indikatorskårene var på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best
 - Pleiepersonalet (7 spørsmål)
 - Legene (7 spørsmål)
 - Informasjon (3 spørsmål)
 - Organisering (4 spørsmål)
 - Pårørende (2 spørsmål)
 - Standard (6 spørsmål)
 - Utskrivning (2 spørsmål)
 - Samhandling (2 spørsmål)
 - Ventetid (1 spørsmål)

Det ble også regnet ut en skår for pasientopplevd pasientsikkerhet

- Indikatoren med den høyeste skåren på nasjonalt nivå er Pårørende (75 poeng), tett fulgt av Pleiepersonalet og Legene (begge 74 poeng). Pasientenes svar har gitt Samhandling (62 poeng) og Utskrivning (60 poeng) de laveste skårene.
- Hvordan indikatorene skårer i forhold til hverandre på nasjonalt nivå er svært lik rekkefølgen fra tidligere undersøkelser. Endringer i datainnsamlingsmetoden gjør sammenlikning med 2015 litt usikker, men det synes som om det er tilbakegang på de fleste indikatorskårene. Unntakene er Samhandling, som er uforandret, og Utskrivning og Ventetid, hvor skårene har gått opp siden 2015.
- Forskjellen på høyeste og laveste skår blant sykehusene var størst på Standard (28 poeng), Ventetid (27 poeng) og Samhandling (25 poeng)
- Resultatene varierer mellom pasientgrupper, og alder og helsestatus har størst betydning av egenskapene som vi har undersøkt.

Denne undersøkelsen tyder på at det er forskjeller i tilbudet til pasientene.

Sammendrag

Innledning

Spørreundersøkelser som måler erfaringene til pasienter blir betraktet som ett av flere relevante perspektiv for å beskrive kvalitet i helsetjenestene. Formålet er å skaffe kunnskap om hvordan sykehusene oppleves fra pasientenes ståsted. Kunnskapen skal brukes i drift og forbedring av tjenestene og til å gi offentligheten innsikt i hvor godt tjenestene fungerer.

Det har vært gjennomført flere landsomfattende undersøkelser blant pasienter som har vært innlagt på somatiske sengeavdelinger. Seinest fra og med 2011 til og med 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre fem årlige målinger, med start i 2019.

Metode

Undersøkelsen ble gjennomført på alle offentlige sykehus og sykehus med avtale med det offentlige. Deltakerne ble trukket ut fra Norsk pasientregister. For hvert sykehus ble det trukket et tilfeldig utvalg på 400 pasienter blant dem som ble skrevet ut i perioden 1. august til 31. oktober 2019. Disse ble kontaktet via brev som inneholdt invitasjon til å delta, nødvendig informasjon og et spørreskjema. Brevet inneholdt også veiledning for å svare via Internett, for de som foretrakk det. Til de som ikke svarte ble det sendt inntil to påminnelser.

Etter at spørreundersøkelsen blant pasientene var avsluttet, ble det hentet inn tilleggsinformasjon fra Norsk pasientregister. Det vil si administrativ og klinisk informasjon knyttet til oppholdet.

Resultatene fra undersøkelsen er oppsummert ved å regne ut indikatorskårer, basert på svarene fra grupper av enkeltspørsmål. På grunnlag av pasientenes svar på 34 av spørsmålene ble det regnet ut skår på ni indikatorer. En skår er gjennomsnittet på enkeltspørsmålene som inngår, omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

- Pleiepersonalet (7 spørsmål)
- Legene (7 spørsmål)
- Informasjon (3 spørsmål)
- Organisering (4 spørsmål)
- Pårørende (2 spørsmål)
- Standard (6 spørsmål)
- Utskrivning (2 spørsmål)
- Samhandling (2 spørsmål)
- Ventetid (1 spørsmål)

Det regnes også ut en skår for pasientopplevd pasientsikkerhet, med en litt annerledes prosedyre.

Framstilling av disse gjennomsnittene er en sentral del av resultatrapporteringen for institusjonene som deltar. Gjennomsnittene for hver enhet blir sammenliknet med gjennomsnittene for enheter på det aktuelle organisatoriske nivået (sykehus, helseforetak, regionalt helseforetak).

Ettersom tendensen til å svare ikke er lik i alle pasientgrupper, blir svarene vektet for å bedre representativiteten i datamaterialet. Og, på grunn av at sammensetningen av pasientgruppene kan være forskjellig fra enhet til enhet, blir resultatene justert for å gjøre dem mer sammenliknbare på tvers av enheter.

Det er også gjort analyser som deler pasientene inn i grupper etter ulike egenskaper, for å sette lys på eventuelle forskjeller i gruppenes erfaringer under sykehusoppholdet.

Resultat

Av 21 189 mulige svarte 12 296 tidligere pasienter, hvilket gir en total svarprosent på 58. Svarprosenten varierte mellom 40 og 86 blant sykehusene.

Tabellen nedenfor viser resultatene når de er oppsummert i indikatorskårer (vektet materiale).

Indikator	Antall svar	Gjennomsnitt	Endring fra 2015 ^{a, b}
Pleiepersonalet	12218	74	↓
Legene	12075	74	↓
Informasjon	12042	72	↓
Organisering	12081	66	↓
Pårørende	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Utskrivning	10670	60	↑
Samhandling	7345	62	→
Ventetid ^c	5367	67	↑

^a: Endring i datainnsamlingsrutinene kan ha påvirket resultatene

^b: Endring fra 2015 er testet med signifikansnivå på $p < 0,01$.

^c: Indikatoren Ventetid er beregnet på svar fra kun elektivt innlagte pasienter

Indikatoren med den høyeste skåren på nasjonalt nivå er Pårørende (75 poeng), tett fulgt av Pleiepersonalet og Legene (begge 74 poeng). Pasientene har gitt indikatorene Samhandling (62 poeng) og Utskrivning (60 poeng) de laveste skårene.

Skåren for indikatoren som beskriver pasientopplevd pasientsikkerhet er 86 (skala 0–100) for landet samlet i 2019-undersøkelsen, og testing mot 2015-resultatet viste ingen statistisk signifikant endring.

Rekkefølgen på indikatorskårene på nasjonalt nivå er i hovedsak lik rekkefølgen fra tidligere undersøkelser. Endringer i datainnsamlingsmetoden gjør sammenlikning med 2015 litt usikker, men det synes som om det er tilbakegang på de fleste

indikatorskårene. Unntakene er Samhandling, som er uforandret, og Utskrivning og Ventetid, hvor skårene har gått opp siden 2015.

Blant de regionale helseforetakene ligger skårene til Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (RHF) statistisk signifikant over gjennomsnittet for RHF-ene på seks av de ni pasienterfaringsindikatorerne mens Helse Vest RHF ligger under dette gjennomsnittet på tre indikatorer.

Blant helseforetakene (HF) hadde Helse Fonna HF de laveste skårene, med fem av åtte skårer under gjennomsnittet, mens «Private ideelle spesialisyrkehus i Helse Sør-Øst RHF» i den motsatte enden hadde skårer som lå over gjennomsnittet på tre indikatorer. På sykehusnivået hadde Akershus universitetssykehus og Haugesund sjukehus de laveste skårene idet begge hadde fem skårer under gjennomsnittet for sykehus. Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus og Volda sjukehus hadde den mest positive vurderingen, med seks skårer over gjennomsnittet.

Indikatorskårene ble sammenliknet mellom pasientgrupper definert av ulike individuelle egenskaper, for eksempel alder, eller egenskaper ved innleggelsen, for eksempel innleggelsesmåte. De egenskapene som hadde sterkest sammenheng med skårene var alder og helsestatus. Høy alder og dårlig helse var forbundet med lave skårer

Konklusjon

På landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet. Imidlertid, og som i tidligere undersøkelser, indikerer resultatene fra 2019 at pasienter generelt vil ha nytte av at sykehusene forbedrer sin praksis knyttet til utskrivning og samhandling. Det synes å være noe tilbakegang i resultatene på nasjonalt nivå siden 2015, men metodiske endringer gjør sammenligningene over tid usikre.

Key messages

Surveys that measure patient reported experiences are accepted as one of several valid perspectives for describing quality in health services. The experiences of patients who have been admitted to somatic wards have been measured several times before, most recently in 2015. The response rate was 58 %.

- The Ministry of Health and Care Services has commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out five annual measurements, starting in 2019. Patients who were discharged in the period 1 August to 31 October 2019 were invited to participate.
- The answers to groups of single questions were summarized to scores on a scale from 0 to 100 where 100 is best, on nine indicators that describe different aspects of the hospital stay.
 - Nursing staff (7 questions)
 - The doctors (7 questions)
 - Information (3 questions)
 - Organisation (4 questions)
 - Next-of-kin (2 questions)
 - Standard (6 questions)
 - Discharge (2 questions)
 - Collaboration (2 questions)
 - Waiting time (1 question)

A score is also calculated for patient-experienced patient safety

- The indicator with the highest score at the national level is Next-of-kin (75 points), closely followed by Nursing staff and Doctors (both 74 points). Collaboration (62 points) and Discharge (60 points) had the lowest scores.
- The order of the indicators at national level is very similar to the order in previous surveys. Changes in the data collection method make comparisons with 2015 uncertain, but it seems that there is a decline in most indicator scores, with the exception of Collaboration, which is the same, and Discharge and Waiting time where the scores have increased since 2015.
- The difference between the highest and lowest scores among the hospitals was greatest on Standard (28 points), Waiting time (27 points) and Collaboration (25 points).
- The scores vary between patient groups, and age and health status are most important among the characteristics examined.
- The survey indicates that there are differences in the services offered to patients.

Executive summary (English)

Background

Surveys that measure patients' experiences are considered one of several relevant sources for describing quality in health care. The purpose is to gain knowledge about the hospitals from the patients' point of view. The knowledge will be used in service management and for public transparency about how well the services work. Several national surveys have been conducted among patients who have been hospitalized in somatic units. Most recently in the period 2011 to 2015. The Ministry of Health and Care Services has commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out five annual measurements, starting in 2019.

Method

The survey was conducted in all public hospitals. The participants were sampled from the Norwegian Patient Registry. For each hospital, a random sample of 400 patients was sampled from those who were discharged in the period 1 August to 31 October 2019. These were contacted via letters containing an invitation to participate, necessary information and a printed questionnaire. The letter also included guidance for responding via the Internet, for those who preferred so. Up to two reminders were sent to those who did not respond.

After the survey was completed, additional administrative and clinical information was obtained from the Norwegian Patient Registry.

Results

The results from the survey are summarized by calculating indicator scores, based on the answers from groups of single questions. Scores on nine indicators were calculated based on the patients' answers to 34 of the questions. A score is the mean of the individual questions included in the indicator, converted to a scale from 0 to 100, where 100 is best.

- o Nursing staff (7 questions)
- o Doctors (7 questions)
- o Information (3 questions)
- o Organization (4 questions)
- o Next-of-kin (2 questions)
- o Standard (6 questions)
- o Discharge (2 questions)
- o Collaboration (2 questions)
- o Waiting time (1 question)

A score is calculated also for patient-experienced patient safety, with a slightly different procedure.

The presentation of these means is a central part of the reporting of results. The means for each unit are compared with the means for units at the relevant organizational level (hospitals, health trusts, regional health authorities).

As the tendency to respond is not the same in all patient groups, the responses are weighted to strengthen the representativeness of the data material. Because the patient mix may differ between units, the results are case-mix adjusted.

Analyses have been made that divide the patients into groups according to different characteristics, in order to explore any differences in the groups' experiences during the hospital stay.

Of 21 189 eligible, 12 296 patients responded, giving a total response rate of 58. The response rate varied between 40 and 86 among the hospitals.

The table below shows the results summarized in indicator scores (weighted data).

Indicator	No of respondents	Mean scores	Change from 2015 ^{a, b}
Nursing staff	12218	74	↓
Doctors	12075	74	↓
Information	12042	72	↓
Organization	12081	66	↓
Next-of-kin	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Discharge	10670	60	↑
Collaboration	7345	62	→
Waiting time ^c	5367	67	↑

^a: Changes in data collection procedures may have affected the results

^b: Difference from 2015 was tested with a significance level of $p < 0.01$.

^c: Waiting time score is based on responses from electively admitted patients only

The indicator with the highest score at the national level is Next-of-kin (75 points), closely followed by Nursing staff and Doctors (both 74 points). The patients' responses gave Collaboration (62 points) and Discharge (60 points) the lowest scores.

The indicator that describes patient-perceived patient safety is 86 (scale 0–100) nationally in the 2019 survey and testing against the 2015 result showed no difference.

The order of the indicators at the national level is essentially the same as the order in previous surveys. Changes in the data collection procedures make comparison with 2015 somewhat uncertain, but it seems to be a decline in most indicator scores. The exceptions are Collaboration, which is unchanged, and Discharge and Waiting Time, where the scores have increased from 2015.

Among the regional health authorities, the scores of Helse Midt-Norge regional health authority (RHA) are statistically significantly above the RHA mean on six of the nine

patient experience indicators, while Helse Vest RHA is below this mean on three indicators.

Among the health trusts, Helse Fonna HT had the poorest result, with five out of eight scores below the mean, while "Helse Sør-Øst private ideelle spesialsykehus" on the opposite had scores that were above the mean on three indicators.

At the hospital level, Ahus and Haugesund sjukehus had the poorest result, as both had five indicator scores below the hospital mean. Having received six scores above mean, the Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus and Volda sjukehus had the best result at hospital level.

The indicator scores were explored with the patients grouped by different individual characteristics, for example age, or characteristics of the hospital stay, for example the admission mode. Age and self-assessed health were the most important characteristics among those examined.

Conclusion

On a national basis, patients provide relatively good feedback about their experiences from hospital stays. However, as in previous surveys, the results from 2019 indicate that patients in general will benefit from improvement of the hospitals' practice regarding discharge and collaboration with municipal services.

Forord

Denne rapporten er en del av et oppdrag som Folkehelseinstituttet fikk fra Helse- og omsorgsdepartementet via tildelingsbrev for 2019. Fra og med 2019 til og med 2023 skal pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger måles årlig.

Ved siden av denne nasjonale rapporten blir resultatene formidlet til enhetene som deltar i institusjonsrapporter, hvor hver enkelt enhet får sine resultater sammenliknet med gjennomsnittet fra de andre enhetene på samme organisatoriske nivå (Regionalt helseforetak, helseforetak, eller behandlingssted). Rapportene følger i store trekk samme utforming som rapportene fra tidligere undersøkelser.

Vi takker for uunnværlig hjelp fra kolleger ved Folkehelseinstituttet. Sindre Møgster Braaten og Ole Martin Kvinge, begge senioringeniør i område for helsedata og digitalisering, har vært sentrale i datainnsamlingen. Jon Helgeland, forskningsleder i avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten, og Katrine Damgaard Skyrud, forsker/statistiker i den samme avdelingen, står bak oppsett av analyser i statistikkprogrammet R.

Og sist, men ikke minst: Tusen takk til alle som tok seg tid til å svare på undersøkelsen.

Oslo, desember 2020

Øyvind Andresen Bjertnæs
Avdelingsdirektør

Ingeborg Strømseng Sjetne
prosjektleder

Innledning

I tidligere tider var norske sykehus preget av paternalistiske holdninger. Tjenestenes kvalitet ble vurdert hovedsakelig ut fra kliniske resultater men systematisk observasjon av resultatene var stort sett fraværende. Mot slutten av 1900-tallet vokste bevisstheten om nytten av å gjøre systematiske vurderinger av behandlingskvalitet. I dagens situasjon dekkes behovet for evaluering av kvalitet av aktiviteter som strekker seg fra innsamling av kunnskap i medisinske kvalitetsregistre over avgrensede sykdomsgrupper til internasjonale samarbeid for å underbygge evidensbasert pasientbehandling. I tråd med avvikling av paternalistiske holdninger er pasientperspektivet inkludert som én av flere kilder til kunnskap om behandlingskvaliteten. Nytt av å legge vekt på pasientenes lekmannserfaringer i møtet med tjenestene er ikke lenger kontroversiell, slik den var da slike målinger ble tatt i bruk i Norge på midten av 1990-tallet. God pasientopplevd kvalitet, representert for eksempel ved tilpasset informasjon, medvirkning og tillit, skapes sammen med gode kliniske resultater, ikke i stedet for.

Hensikten med pasienterfaringsundersøkelsene er å samle inn systematisk kunnskap om tidligere pasienters erfaringer med sykehusene, til bruk i:

- Faglig kvalitetsforbedring (kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten)
- Virksomhetsstyring (styring og ledelse i helsetjenesten)
- Forbrukervalg (støtte til pasienter og helsepersonell i valg mellom behandlingssteder)
- Samfunnsmessig legitimering og kontroll (gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng)

Resultatene inngår i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorsystem for behandlingsstedene (1).

Dette er den åttende undersøkelsen blant pasienter som er utskrevet fra døgnoophold i somatiske avdelinger siden 2002. Folkehelseinstituttet gjennomførte 2019-undersøkelsen på vegne av helseforetakene.

Metode og materiale

Undersøkelsens metode følger rutiner fra tidligere gjennomføringer, med gradvis utvikling ettersom endringer innen formelle rammer og teknologi gjør det påkrevet eller mulig (2).

Spørreskjema og indikatorer

Spørreskjemaet om pasienterfaringer ble utviklet i 1990-årene (3). Det er gjort endringer siden den gang. I 2006 ble svarskaalen endret fra ti til fem trinn (4). Dessuten er noen spørsmål tatt ut og noen er kommet til. Det er viktig å balansere muligheten til å sammenlikne over tid med hensynet til at pasientene, tjenestene og verden omkring forandrer seg.

Spørreskjemaet som ble brukt i 2019-undersøkelsen hadde 36 spørsmål som handlet om pasienterfaringer, elleve spørsmål som var knyttet til pasientsikkerhet og fire spørsmål om bakgrunnsinformasjon. Som oppfølging til innføring av pakkeforløp for kreft var det ni spørsmål som var rettet til svarere som var utredet og/eller behandlet for kreft. Resultatet fra disse spørsmålene blir ikke rapportert her. Svarerne hadde mulighet til å kommentere i fritekst, både om sykehusoppholdet generelt og om eventuell kreftutredning og/eller -behandling.

Spørreskjemaet ble satt opp på papir (Vedlegg 1), og de som foretrakk det, kunne svare på undersøkelsen via Internett.

Det blir regnet ut ni indikatorer med utgangspunkt i enkeltspørsmålene om pasienterfaringer. Tabell 1 viser hvordan grupper av spørsmål blir samlet for å beregne indikatorskårer som er mer robuste enn enkeltspørsmålene og som også innebærer en oppsummering av svarene. For alle svarere som har gyldig svar på minimum halvparten av enkeltspørsmålene som inngår i den aktuelle indikatoren blir det regnet ut et gjennomsnitt, som siden blir transformert lineært til en indikatorskår på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Tabell 1. Enkeltspørsmål i spørreskjemaet og indikatorer

Indikator	Spm	Spørsmålstekst
Pleiepersonalet	2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?
	3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?
	4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?
	5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?
	6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?
	8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?
Legene	9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?
	10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?
	11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?
	12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?
	13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?
	14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?
Informasjon	16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?
	17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?
	18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?
Organisering	19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?
	20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?
	21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?
	22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?
Pårørende	23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?
	24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?
Standard	25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?
	26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?
	27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?
	28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?
	29	Var maten tilfredsstillende?
	30	Var renholdet tilfredsstillende?
Utskrivning	41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?
	42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?
Samhandling	44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?
	45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?
Ventetid	1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?

Etablering av utvalget

Utvalgsrammen i 2019-undersøkelsen er Norsk pasientregister (NPR). Fra hvert sykehus/behandlingssted ble det tilfeldig trukket et bruttoutvalg på 400 pasienter som innfridde inklusjonskriteriene. Utvalgsstørrelsen er beregnet ut fra krav til statistisk presisjon i resultatene og en vurdering av ventet variasjon og svarprosent i utvalget (2).

Pasienter med følgende kjennetegn inkluderes:

- utskrevet etter heldøgnsopphold fra sykehusene som deltok, fra og med 1.august til og med 31. oktober i 2019
- minimum 16 år gammel ved innleggelse
- utskrevet fra et opphold med varighet minimum ett døgn
- ikke registrert som død

Hvis en pasient innfrir kriteriene i forbindelse med flere opphold i perioden, er det det siste oppholdet som gjelder.

Pasienter fra føde- barselavdelinger, barneavdelinger, palliative enheter, rehabiliterings- og psykiatriske avdelinger skal ikke inkluderes. Undersøkelsen er tilpasset voksne pasienter som har vært innlagt i somatiske avdelinger og innholdet er følgelig mindre relevant for pasienter fra disse avdelingene.

Datainnsamling

På helseforetakenes vegne fikk datainnsamlingsteamet i FHI overført fødselsnummeret til pasientene som var trukket ut, sammen med et prosjektspesifikt løpenummer. Navn og adresse ble hentet fra folkeregisteret. Pasientene fikk et brev i posten med invitasjon til å delta fra sykehuset samt nødvendig informasjon og spørreskjema fra FHI. Svar som ble gitt på papirskjema ble returnert i en vedlagt svarkonvolutt og senere skannet. De som ønsket å svare elektronisk kunne logge seg inn på Nettskjema ved hjelp av innloggingskoder, med lagring av svarene i Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo.

Undersøkelsen ble sendt ut samlet til hele utvalget 15. november. Det ble sendt påminnelse til de vi ikke hadde mottatt svar fra, i midten av desember og i slutten av januar.

Da utsendelsene var avsluttet, ble den personidentifiserende informasjonen slettet. Til alle de inkluderte (med unntak av de som har reservert seg), og ved hjelp av det prosjektspesifikke løpenummeret ble det føyet til administrativ og klinisk informasjon:

- Navn på sykehus, avdeling og sengepost
- Liggetid
- Innleggelsesmåte
- ICD-10 diagnosekoder
- Prosedyrekoder

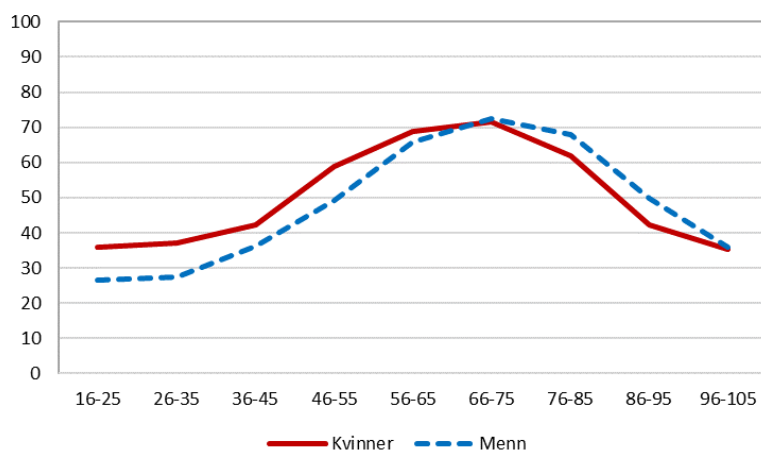
Etikk og personvern

Undersøkelsen ble gjennomført med dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet inngikk databehandleravtale med samtlige helseforetak og gjennomførte undersøkelsen på deres vegne. Personvern og datasikkerhet i alle ledd ble ivaretatt ved å bruke rutiner og infrastruktur som er etablert og vurdert for denne typen databehandling.

Svarandeler og representativitet

Etter at pasienter som reserverte seg, hadde mangelfull adresse eller var døde var tatt ut, besto bruttoutvalget av 21 189 personer. Av disse svarte 12 296, hvilket gir en total svarprosent på 58. Mellom behandlingsstedene varierte svarprosenten fra 40 (Finnmarkssykehuset, Hammerfest) til 86 (Kysthospitalet i Hagevik), med median 57 % og gjennomsnitt 58 %.

En høy eller lav svarprosent sier ikke nødvendigvis noe om hvorvidt undersøkelsens resultater er representative for bruttoutvalget som ble tilfeldig trukket ut. Som figur 1 viser eksempel på, er det ganske forskjellig frafall i ulike grupper. Det innebærer at unge menn (figur 1) er underrepresentert i svarergruppa, og følgelig har mindre innflytelse på undersøkelsens resultater enn de burde hatt.



Figur 1. Svarerandeler etter alder og kjønn.

Korreksjon for frafall

Response Homogeneity Group (RHG)-modellen ble brukt til å korrigere for skjevhet som skyldes ulikt frafall i ulike pasientgrupper (5). I denne modellen blir pasientene i bruttoutvalget, basert på tilgjengelig bakgrunnsinformasjon, delt inn i homogene grupper når det gjelder svarsannsynlighet. Svarsannsynligheten antas å være konstant i hver gruppe som dannes, og sannsynligheten i hver gruppe blir beregnet ut fra de faktiske svarerandelene. «Recursive partitioning» med «bootstrapping» ble brukt for å konstruere et regresjonsstre med bruk av *rpart*-pakken i R (6). Minimumsstørrelsen på gruppene ble satt til 100, og bakgrunnsinformasjonen som ble brukt var alder, kjønn, om innleggelsen var akutt, liggetid, antall diagnoser, Charlson komorbiditetsindeks,

hoveddiagnosegruppe (basert på ICD-10 kapitler) og avdeling (medisinsk eller kirurgisk) (7).

Bruttoutvalget ble med dette delt inn i 14 responshomogene grupper, med svarsannsynlighet som varierte fra 0,19 til 0,87. Egenskapene som viste seg å være av betydning for å danne RHG-grupper var alder, om innleggelsen var akutt, Charlson komorbiditetsindeks og hoveddiagnosegruppe.

I disse undersøkelsene blir RHG-gruppene brukt til å vekte resultatene, for å styrke representativiteten. Pasientenes svar får ulik innflytelse på resultatene, alt etter hvor godt deres gruppe fra bruttoutvalget er representert i nettoutvalget. Lavere svarsannsynlighet gir større vekt.

Justering for ulik pasientsammensetning

Et viktig formål med pasienterfaringsundersøkelsene er å undersøke om de enkelte enhetene skiller seg statistisk signifikant fra gjennomsnittet for enhetene på samme nivå (behandlingssteder, helseforetak og regionale helseforetak) og at enhetene skal kunne følge sine egne resultater over tid. Enhetene yter tjenester til pasientgrupper som er forskjellige, og sammensetningen av gruppene kan forandre seg over tid. Samtidig er det påvist at det er sammenheng mellom sosiodemografiske- og helsemessige karakteristika på den ene siden og pasientenes beskrivelse av helsetjenester på den andre siden (8;9). Justering for ulik pasientsammensetning (case-mix adjustment) bruker statistiske metoder for å forutsi hva hver enhets skårer ville vært for en standard pasientgruppe, og med dette fjerne forutsigbare effekter av forskjeller i pasientkarakteristika fra sammenlikningene (10).

For eksempel er det slik at generelt er pasienter som er elektivt innlagt mer positive i sine svar enn de som er akutt innlagt. For et sykehus med en høy andel elektivt innlagte pasienter vil denne assosiasjonen føre til at dette sykehuset får en relativt høyere skår. Justering for pasientsammensetning har som formål å redusere effekten av at enhetenes pasientgrupper er ulikt sammensatt. Vi brukte tilgjengelige bakgrunnsvariabler som var ulikt fordelt blant sykehusene og antatt å være assosiert med indikatorskårene. Det vil her si alder, kjønn, hoveddiagnosegruppe (ICD-10 kapitler), antall diagnoser, Charlson komorbiditetsindeks, akutt versus elektivt innlagt, om avdelingstypen var medisinsk, kirurgisk eller annet (7), om svarene var avgitt på papirskjema eller via Internett, egenrapportert helsestatus (spørsmål 48), egenrapportert antall sykehusinnleggelser siste to år (spørsmål 49), født i Norge versus andre land (spørsmål 50), og om svareren hadde fått hjelp til å svare (spørsmål 51). For modelltilpasning ble disse variablene testet i trinnvise regresjonsmodeller med indikatorskårene som utfallsvariabler. Bakgrunnsvariabler som i regresjonsmodellene var assosiert med én eller flere av pasienterfaringsindikatorer ble inkludert i den statistiske modellen som justerer for ulik pasientsammensetning. Det gjaldt alle bakgrunnsvariablene som ble testet, med unntak av antall diagnoser.

Sammenlikning med pasienterfaringer i 2015

Når formålet er å sammenlikne resultater over tid, er det ønskelig å sammenlikne data-materialer som er så like som mulig på alle måter. Samtidig er det behov for å utvikle

undersøkelsen videre. Etter 2015-undersøkelsen er det gjort endringer som kan ha en effekt på resultatene. I så fall vil sammenlikning av resultater fra 2019 med de tidligere resultater bli usikker.

Det er et generelt ønske fra sentrale myndigheter om å digitalisere prosesser der hvor det er mulig. Når datainnsamlingen gjør bruk av digitale løsninger i økende grad, gir det store innsparinger i tid og kostnader. Samtidig har det en mulig effekt på hvem som svarer, og dermed muligens på resultatene (11). I 2015 svarte 10 % av svarerne elektronisk, og i 2019 var denne andelen 14 %.

Forut for undersøkelsen i 2019 ble oppsettet i papirversjonen endret. I tidligere år ble svarskalaene presentert horisontalt, og gruppert tydelig etter tema. I 2019-versjonen er svarskalaen satt opp vertikalt og den blir gjentatt for hvert spørsmål, på samme måte som i det elektroniske skjemaet. Hensikten er å stimulere til at svarerne tar stilling til valgalternativene ved hvert enkelt spørsmål. Hvis denne endringen har hatt en effekt, vil det også påvirke sammenliknbarheten i resultatene fra 2015 og 2019.

Under sykehusoppholdet: Pårørende

25. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Ikke aktuelt

26. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Ikke aktuelt

Pårørende

23. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Ikke aktuelt

24. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Ikke aktuelt

Figur 2. Oppsett av spørsmål og svaralternativer i 2015 (til venstre) og 2019

Det har vært endring i hvilke bakgrunnsvariabler vi har samlet inn. Ved sammenlikning bakover i tid, må vekting og justering baseres på data som er tilgjengelig i begge undersøkelsesårene. For eksempel er det bare 2019-materialet som inneholder opplysninger om type avdeling og fødeland.

I 2015 var et av inklusjonskriteriene at oppholdet skulle ha vart i minimum ti timer. Dette kriteriet var endret til minimum 24 timer ved trekking av utvalget i 2019.

Sammenlikninger og signifikanstesting

På nivåer lavere enn nasjonalt blir enhetene sammenliknet med gjennomsnittet for alle enhetene på det respektive nivået. I tillegg sammenliknes hver enkelt enhet med sine egne tidligere resultater, for å framstille utvikling over tid. Når forskjellene blir testet statistisk tyder en lav p -verdi på at det sannsynligvis er en forskjell, ut over naturlig variasjon.

Der hvor indikatorskårene til en enhet blir sammenliknet med et aktuelt gjennomsnitt, blir p -verdien oppgitt i tabellen når den er lavere enn 0,1. For endring over tid anses

forskjellene som statistisk signifikante og blir vist med pil opp eller ned hvis $p < 0,05$ for sykehus eller helseforetak, og for regionalt og nasjonalt nivå er tilsvarende grense $p < 0,01$.

Vanligvis blir signifikanstesting brukt til å undersøke sannsynligheten for feilslutning når vi foretar én enkelt test. Her har vi imidlertid testet forskjeller blant svært mange enheter, og på mange indikatorer. Vi har korrigert for det store antallet tester i tabellene ved å bruke multipl testing, som gir en større beskyttelse mot feilslutninger i denne situasjonen (12).

Tabellene i institusjonsrapportene og i denne rapportens tabell 2, kapitlet med resultater på enkeltspørsmål og vedlegg 2 og 3 er framstilt med statistikkprogrammet R (13). Øvrige tall og figurer i denne rapporten er framstilt med IBM SPSS Statistics versjon 26.

Nasjonale resultat i 2019 og over tid

Tabellen viser resultatene for landet samlet. Indikatorene som handler først og fremst om mellommenneskelige forhold har de høyeste skårene: Pårørende, Pleiepersonalet og Legene. Skårene som gjelder forberedelse til Utskrivning og Samhandling med tjenester i kommunen er lavest. Denne rekkefølgen på skårene har vært noenlunde stabil over tid (14).

Vi har tatt et forbehold om endringer som kan ha påvirket resultatet når det gjelder sammenlikning mellom 2015 og 2019 (se side 19–20). Sammenlikningen viser at skårene er statistisk signifikant lavere i 2019 på seks av de ni indikatorene i tabellen. På indikatoren Samhandling er det ikke statistisk signifikant endring. Mens det er statistisk signifikant økning i 2019 i skårene når det gjelder Utskrivning og de elektivt innlagte pasientenes oppfatning om Ventetid.

Tabell 2. Indikatorskårer. Skala fra 0 til 100 hvor 100 er best. Vektet materiale.

Indikator	Antall svar	Gjennomsnitt	Endring fra 2015 ^{a, b}
Pleiepersonalet	12218	74	↓
Legene	12075	74	↓
Informasjon	12042	72	↓
Organisering	12081	66	↓
Pårørende	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Utskrivning	10670	60	↑
Samhandling	7345	62	→
Ventetid ^c	5367	67	↑

^a: Endring i datainnsamlingsrutinene kan ha påvirket resultatene

^b: Endring fra 2015 er testet med signifikansnivå på $p < 0,01$.

^c: Indikatoren Ventetid er beregnet på svar fra kun elektivt innlagte pasienter

Indikatoren for pasientsikkerhet er en skår på en skala fra 0 til 100 hvor 100 er best. Den blir regnet ut på en annen måte enn de øvrige, se Vedlegg 2. I 2019 var gjennomsnittet for alle svarere 86, og det var ikke statistisk signifikant endring fra 2015.

Vedlegg 3 viser resultater for alle enhetene som deltok i undersøkelsen. Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (RHF) har fått skårer som ligger statistisk signifikant over gjennomsnittet for RHF-ene på seks av de ni pasienterfaringsindikatorene (Pleiepersonalet, Informasjon, Organisering, Pårørende, Standard og Samhandling) mens Helse

Vest RHF ligger under dette gjennomsnittet på tre indikatorer (Pårørende, Standard og Ventetid).

Det er 22 helseforetak (HF) som er sammenliknet med gjennomsnittet for alle HF-ene. Fem av HF-ene hadde ingen skårer som skilte seg statistisk signifikant ($p < 0,05$) fra gjennomsnittet. De laveste skårene hadde Helse Fonna HF, med fem av åtte skårer under gjennomsnittet, mens «Private ideelle spesialsykehus i Helse Sør-Øst RHF» i den motsatte enden hadde skårer som lå over gjennomsnittet på tre indikatorer. Det var på indikatoren Standard at det var flest forskjeller fra gjennomsnittet (for ti av 22 HF, fire negative og seks positive). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller fra gjennomsnittet på Pårørende, Utskrivning og Samhandling.

Av 59 sykehus eller behandlingssteder er det 21 hvor ingen av indikatorene er statistisk signifikant ($p < 0,05$) forskjellig fra gjennomsnittet på dette nivået. De laveste skårene hadde Akershus universitetssykehus og Haugesund sjukehus, som begge hadde fem skårer under gjennomsnittet. Med seks skårer over gjennomsnittet hadde Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus og Volda sjukehus det beste resultatet. De fleste forskjellene er på Standard, hvor 13 sykehus har skår som er lavere enn gjennomsnittet og 14 sykehus har skår høyere enn gjennomsnittet. På Samhandling er det bare to sykehus som er statistisk signifikant ($p < 0,05$) forskjellig fra gjennomsnittet, og begge ligger under.

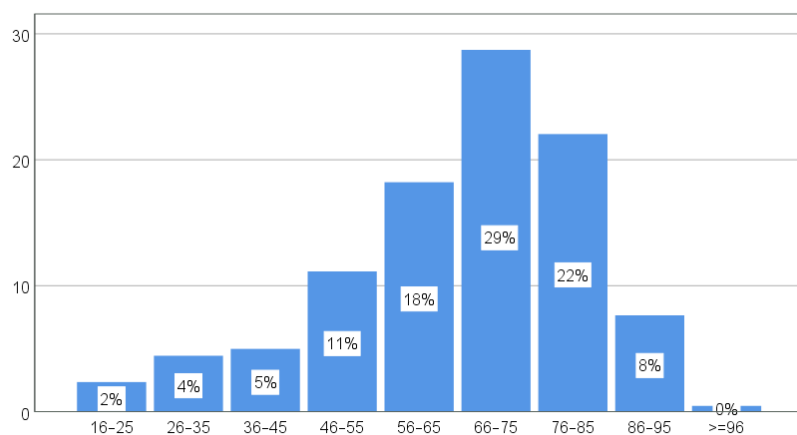
Resultater for ulike grupper i 2019

Når sykehusene og de andre enhetene blir sammenliknet med gjennomsnittet på sitt organisatoriske nivå, er resultatene justert for å gjøre resultatene mest mulig sammenliknbare. Å justere for forskjeller i sammensetningen av pasienter ved sykehusene er et grep for å gjøre pasientgruppene så like som mulig. Imidlertid kan det være av nytte å rette oppmerksomheten også mot eventuelle forskjeller mellom ulike grupper pasienter. Dette kapitlet viser beskrivende framstillinger som sammenlikner resultater når pasientene i undersøkelsen er gruppert etter ulike egenskaper i stedet for etter hvor de har vært innlagt. Slike grupperinger av individer gir et bilde som stykker opp og overforenkler sammensatte tilstander og fenomen. For eksempel når egenskaper som helsestatus og aldersgrupper blir betraktet hver for seg mens de i virkeligheten henger nært sammen. Vi mener sammenlikningene likevel kan være av interesse og vekke nye spørsmål.

Figurene 4, 7, 8, 9, 10 og 13 viser gjennomsnittene i linjediagram, som blir fulgt opp med testing for å slå fast om resultatene er statistisk signifikante. Figurene 5A–5I, 11 og 12 viser beregnede gjennomsnitt for gruppene som et punkt på y-aksen. Figurene viser også konfidensintervallet (usikkerhetsområdet) for hvert gjennomsnitt, som ei vertikal linje gjennom punktet. Et konfidensintervall er det området som vi med 95 prosent sikkerhet kan si at det sanne gjennomsnittet ligger innenfor. Framstillingen synliggjør usikkerheten som kommer av at det oppgitte gjennomsnittet er beregnet på grunnlag av svar fra bare et utvalg av populasjonen vi vil vite noe om. Der hvor usikkerhetsområdet for gruppers gjennomsnitt ikke overlapper med hverandre i figurene, kan vi slutte at forskjellene er statistisk signifikante, men det er ikke nødvendigvis motsatt der det er overlapp (15).

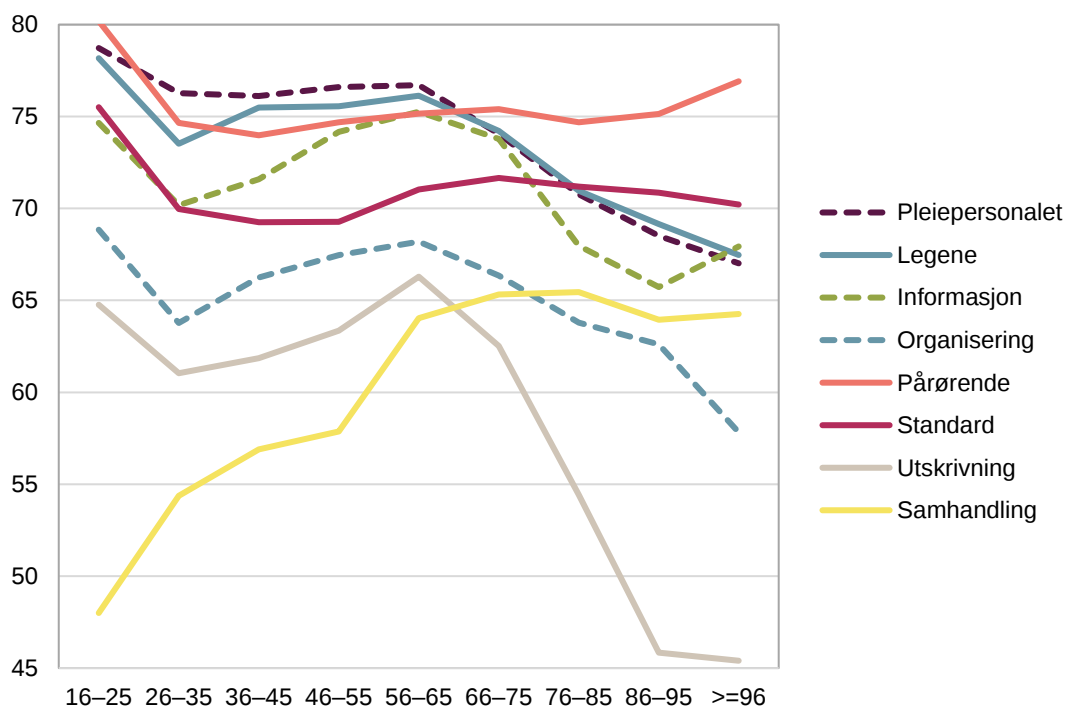
Resultater etter kjønn og alder

Blant svarerne var 53% kvinner. Når 2019-materialet deles etter kjønn, er det slik at kvinnes skårer er litt lavere enn mennenes på alle indikatorene, fra under ett poeng forskjell på Informasjon, til tre poeng forskjell på Utskrivning (vektet materiale, t -test, $p \leq 0,001$).



Figur 3. Svarere, etter aldersgruppe.

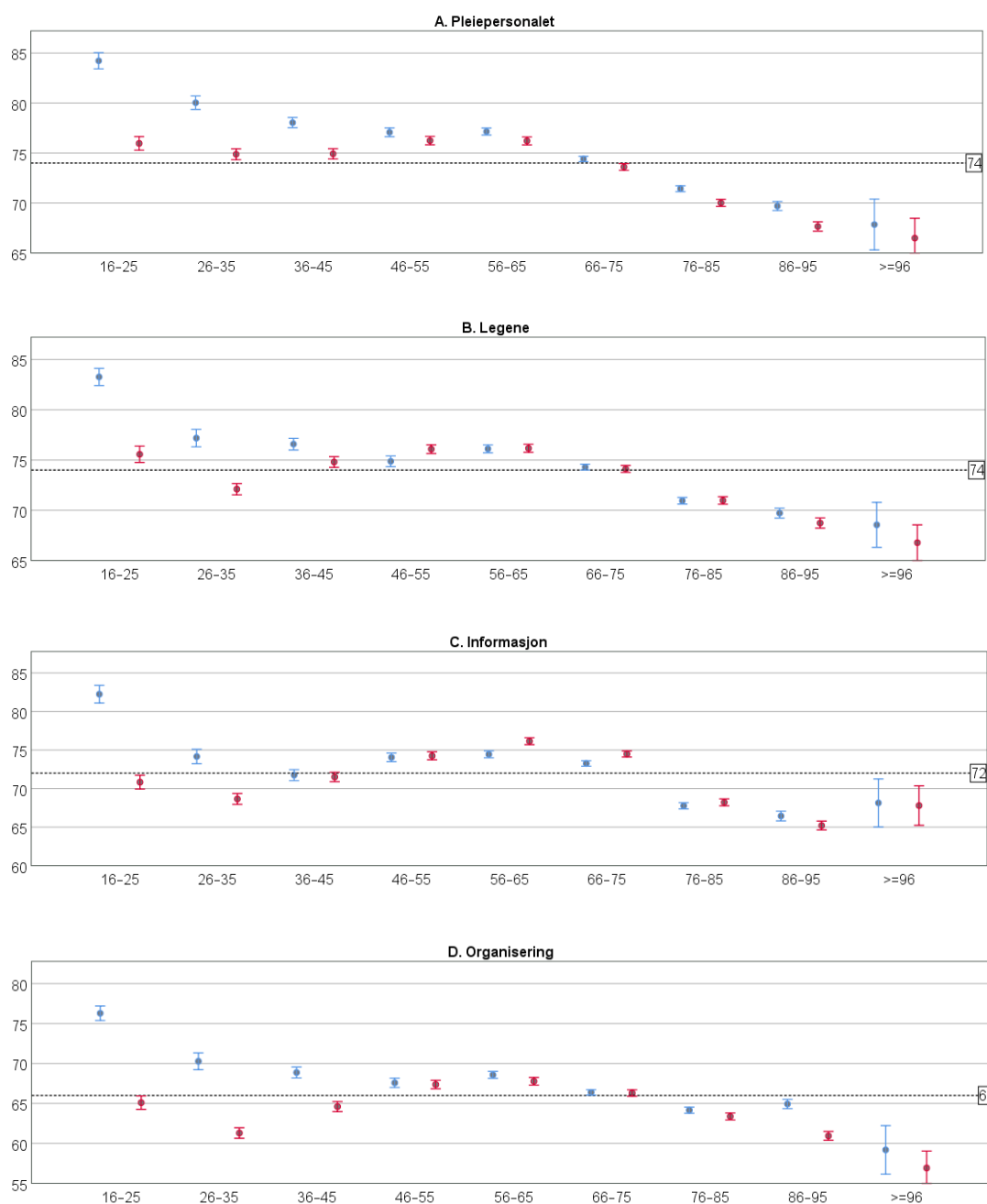
Aldersgruppe 66-75 var størst av aldersgruppene. Den inneholdt 29 % av svarerne, og den minste gruppa var svarere på 96 år eller eldre (Figur 3). Figur 4 gir en oversikt over gjennomsnittsskårene på åtte indikatorer i ni aldersgrupper. Forskjellen mellom to eller flere av aldersgruppene er statistisk signifikant for alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, $p \leq 0,001$). Den generelle trenden er at den lille gruppa med de yngste er mest positive, deretter faller skårene noe. Videre øker skårene og er relativt høye i de midterste aldersgruppene, for så å falle i de eldste gruppene. Utskrivning skiller seg ut med et stort fall fra aldersgruppe 56-65 og eldre. Pårørende, Informasjon og Samhandling er unntak, der øker skårene mot den eldste aldergruppa.

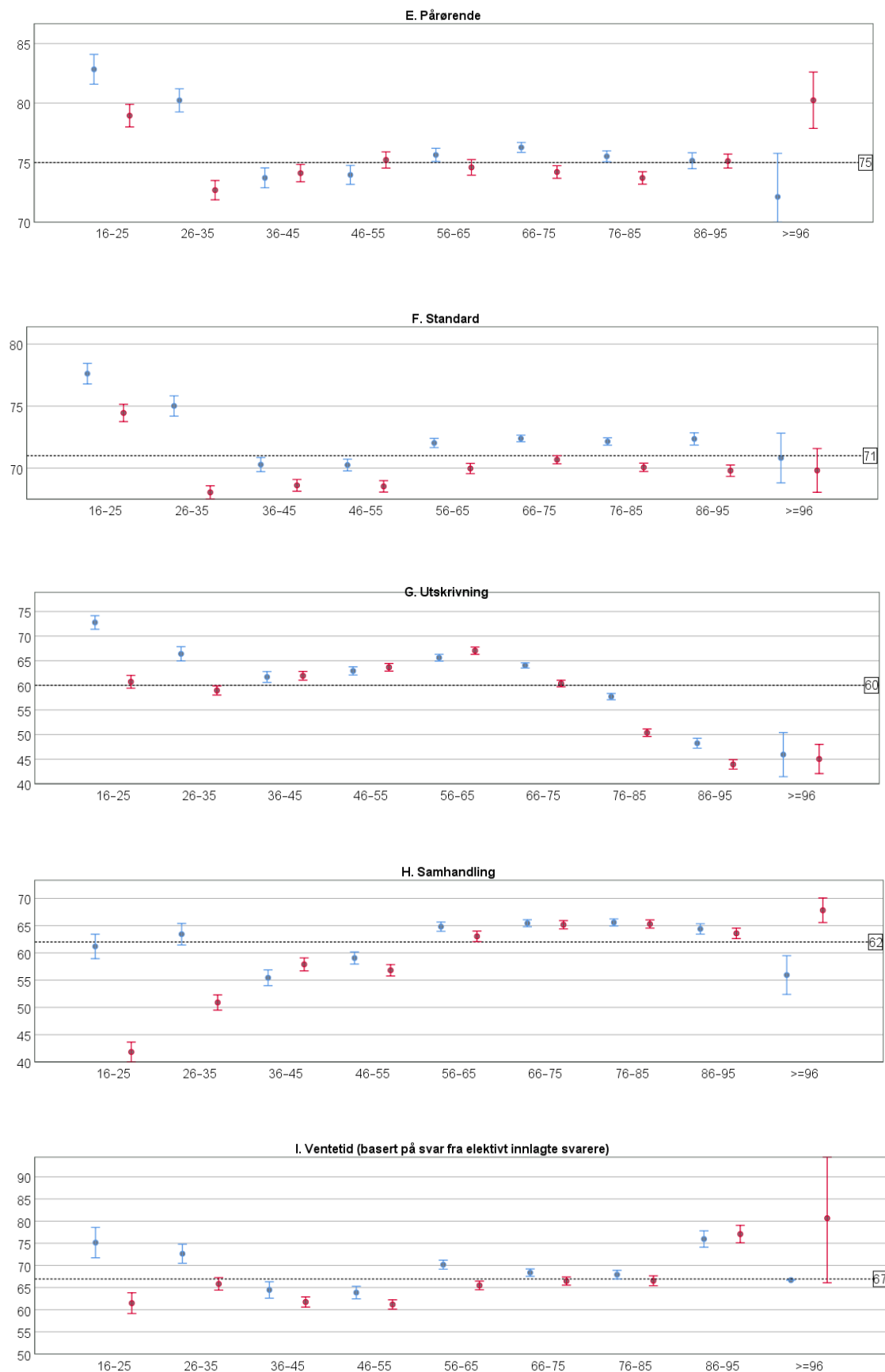


Figur 4. Gjennomsnittsskårer på åtte indikatorer, etter aldersgrupper. Vektet materiale.

Figur 5A–5I viser skårene på hver indikator etter kjønn og alder (vektet materiale). Det er små forskjeller mellom kvinner og menn, generelt er kvinners skårer (røde) litt lavere enn menns (blå). De største forskjellene er i de yngste aldersgruppene. Ellers er tendensen at kvinners og menns skårer følger hverandre over aldersgruppene, med de høyeste skårene blant de yngre og de laveste blant de eldste pasientene.

I materialet er tre av ti pasienter 76 år eller eldre. Denne aldersgruppa har beskrevet sine erfaringer med skårer som er statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle pasienter på indikatorene Pleiepersonalet, Legene, Informasjon, Organisering og Utskrivning. I en ideell verden hvor alle pasienter blir møtt med tjenester som er tilpasset deres individuelle behov, ville skårene vært jevne over aldersgruppene. Vi har ikke grunnlag i materialet for å gjøre antakelser om hva som kan ligge bak den negative assosiasjonen mellom skårer og alder som er framstilt her.

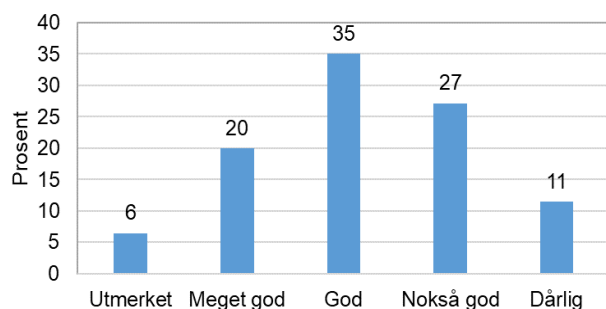




Figur 5. A-I. Gjennomsnitt med 95% konfidensintervall, på ni indikatorer. Etter alder og kjønn, blått for menn, rødt for kvinner. Stiplet linje er gjennomsnitt for alle svarere. Vektet materiale. NB: tilpassete y-akser.

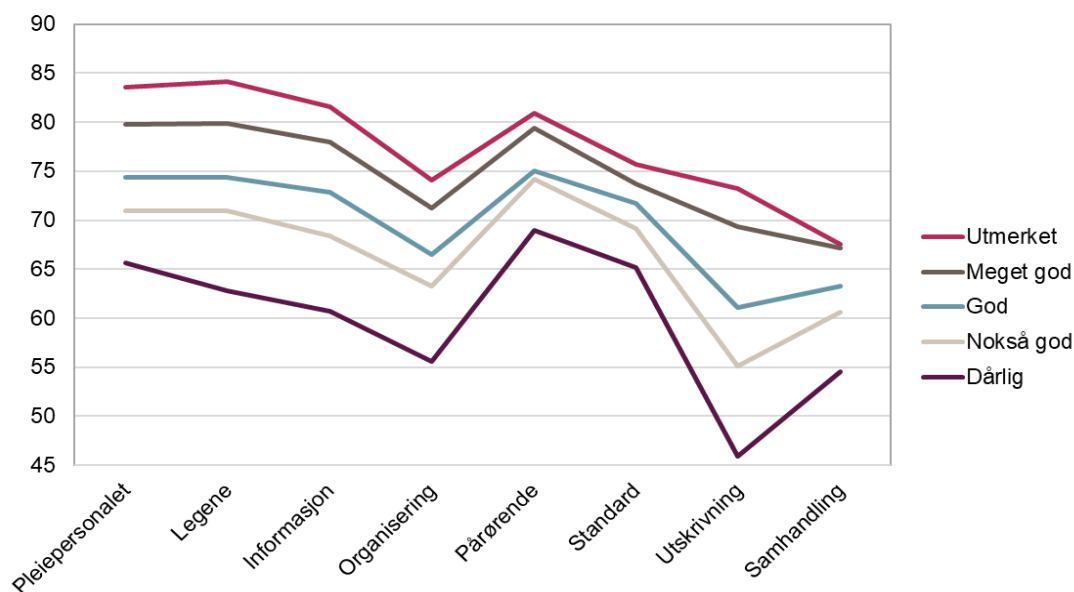
Egenrapportert helsestatus

For å samle informasjon om hvordan pasientene vurderte sin egen helse brukte vi et spørsmål som er mye benyttet til dette formålet, nummer 48 i spørreskjemaet. Svarernes beskrivelse av sin egen helsestatus er blant egenskapene som er sterkest assosiert med svarene de har gitt.



Figur 6. Svarernes respons på spørsmålet «Stort sett vil du si din helse er...»

Figur 7 viser at jo bedre helsestatus, desto høyere indikatorskårer. Rekkefølgen på gruppene er gjennomgående. Alle forskjellene er statistisk signifikante (vektet materiale, ANOVA, $p \leq 0,001$). Den største forskjellen mellom høyeste og laveste skår er på Ut-skrivning, med 27 poeng, og minst på Standard, med 11 poeng.



Figur 7. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter egenrapportert helsestatus. Vektet materiale.

Resultater etter fødeland

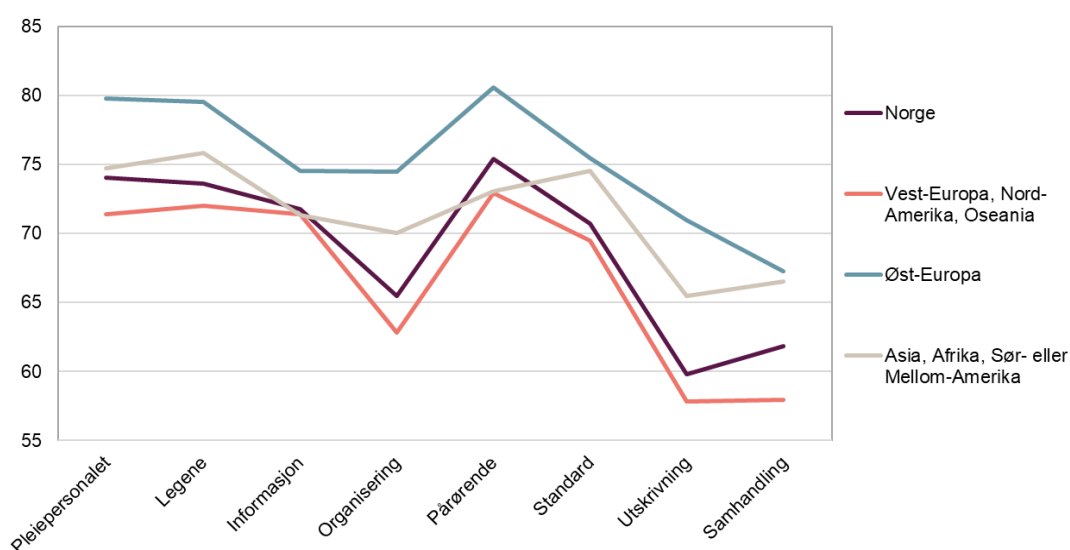
Vi stilte spørsmålet «Hvor er du født?» og svarene fordelte seg som vist i tabell 3.

Tabell 3. Svarernes fødeland, egenrapportert

Fødeland	n	%
Norge	11119	92,4
Norden utenfor Norge	211	1,8
Vest-Europa utenfor Norden	117	1,0
Øst-Europa innenfor EU	138	1,1
Øst-Europa utenfor EU	41	0,3
Afrika	85	0,7
Asia med Tyrkia	247	2,1
Nord-Amerika	42	0,3
Sør- og Mellom-Amerika	29	0,2
Oseania	<5	-

Blant svarerne hadde 7,5% oppgitt et annet fødeland enn Norge, en andel som er om lag halvparten av andelen personer født utenfor Norge i befolkningen (16). At innvandringsgruppene generelt har en relativt høy andel yngre personer kan være forklaringen på at de utgjør en mindre andel av landets sykehuspasienter. Ettersom de fleste svarergruppene med fødeland utenfor Norge var veldig små, slo vi sammen til fire kategorier for sammenlikning. Vi finner det riktig å understreke at dette er en svært grov inndeling, og det er gode grunner til å anta at det er stor variasjon innenfor alle disse gruppene.

Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere grupper på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, $p \leq 0,001$). Den største forskjellen mellom høyeste og laveste skår er på Utskrivning (13 poeng), mens gruppene har skåret likest på Informasjon (3 poeng). Gruppa av svarere som er født i Øst-Europa har gjennomgående gitt de høyeste skårene, og med unntak av Informasjon, har gruppa som er født i Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania gitt de laveste skårene.



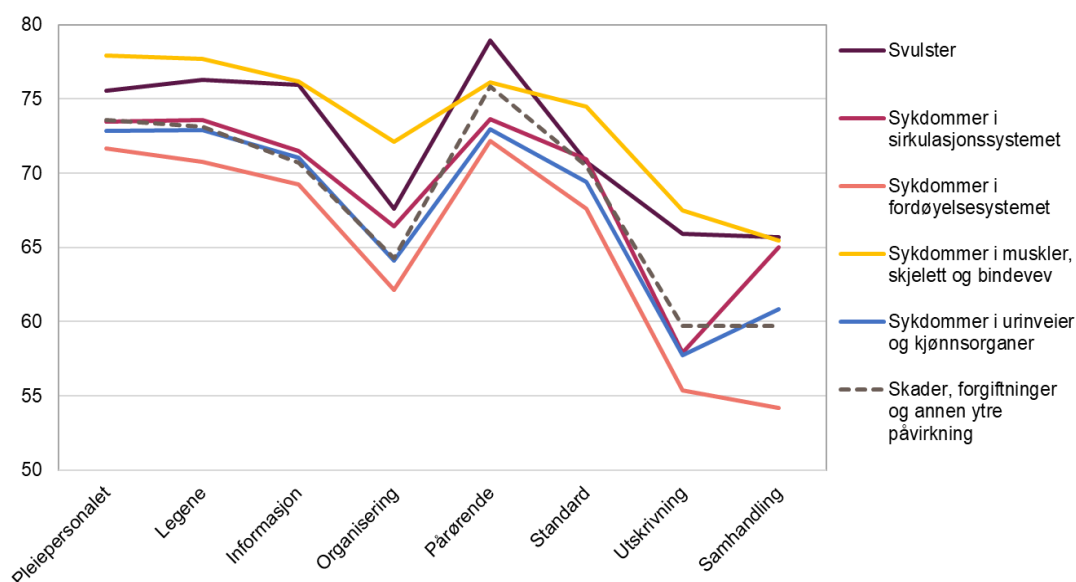
Figur 8. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter fødeland eller -region. Vektet materiale.

Etter diagnosegrupper

Av praktiske årsaker valgte vi å begrense diagnosegrupper til de seks største gruppene i materialet for å sammenlikne indikatorskårene mellom disse, vist i Tabell 4.

Tabell 4. Hoveddiagnosegrupper og deres andel blant svarerne

Hoveddiagnosegruppe (basert på ICD-10 kapitler)	%
Svulster	9
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	15
Sykdommer i fordøyelsessystemet	10
Sykdommer i muskler, skjelett og bindevev	19
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	8
Skader, forgiftninger og annen ytre påvirkning	9



Figur 9. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter hoveddiagnosegruppe. Vektet materiale

Blant gruppene som er sammenliknet er forskjellen mellom høyeste og laveste skår størst på Samhandling (11 poeng) og minst på Standard og Pleiepersonalet (6 poeng). Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere av gruppene på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, $p \leq 0,001$).

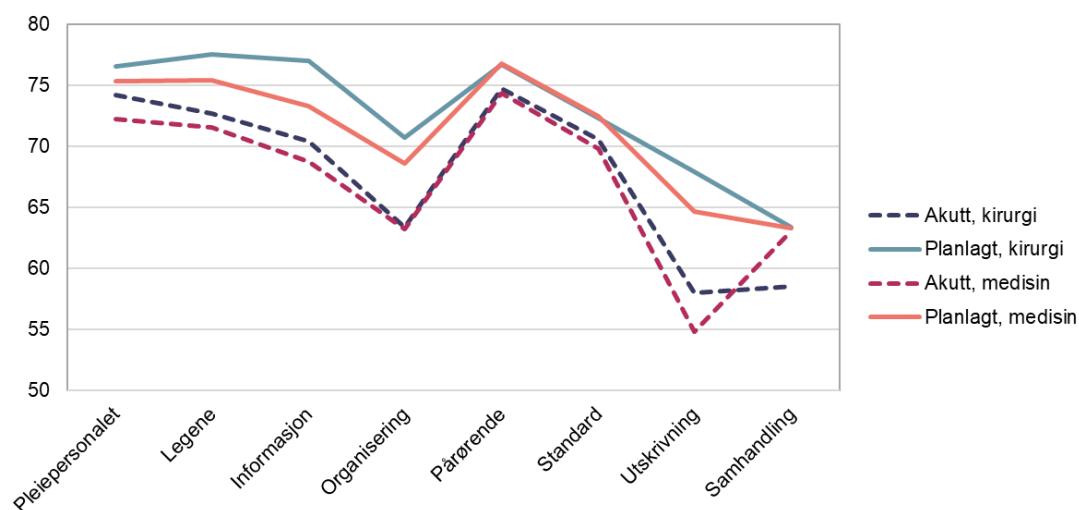
Gruppen som har vært innlagt med sykdommer i muskler, skjelett og bindevev har høyest skår på alle indikatorene, med ett unntak. Når det gjelder sykehusenes ivaretagelse av Pårørende er det pasienter fra diagnosegruppe svulster som har gitt høyest skår.

Resultater etter innleggelsesmåte og avdelingstype

Blant svarerne var 55 % lagt inn akutt og 45 % elektivt. De elektivt innlagte har gjennomgående gitt de høyeste skårene (vektet materiale, t -test, $p \leq 0,001$). De største forskjellene er på Utskrivning (11 poeng), Informasjon og Organisering (begge 7 poeng). Det ligger i sakens natur at det er lettere for sykehusene å legge til rette for gode tjenester der hvor beslutninger er tatt på forhånd, pasientene er forberedt på innleggelsen og hvor forløpet – både under oppholdet og etter hjemreise – er noenlunde forutsigbart.

Flertallet av svarerne (53 %) var skrevet ut fra «kirurgiske- og andre avdelinger med operative inngrep», de øvrige fra avdelinger som klassifiseres som medisinske (7). Det er statistisk signifikant forskjell på skårene på alle åtte indikatorer (vektet materiale, t -test, $p \leq 0,001$). De største forskjellene er på Utskrivning (7 poeng) og Informasjon (4 poeng), hvor kirurgiske avdelinger har høyest skår. På Samhandling er skåren to poeng høyere for medisinske avdelinger.

Når disse variablene kombineres, kan svarergruppa deles i 19 % akutt og 34 % planlagt fra kirurgiske avdelinger og 36 % akutt og 11 % planlagt fra medisinske avdelinger. Figur 10 viser en tendens til at pasienter som har hatt en planlagt innleggelse har gitt de mest positive skårene, uansett avdelingstype. Den største forskjellen er på Utskrivning, med 13 poeng mellom høyeste og laveste skår og Informasjon med forskjell på åtte poeng. Påførende er indikatoren med minst forskjell, to poeng. Utskrivning handler om å forberede pasienten til tiden etter sykehusoppholdet, og indikatoren har gjennomgående hatt lave skårer i tidligere undersøkelser.

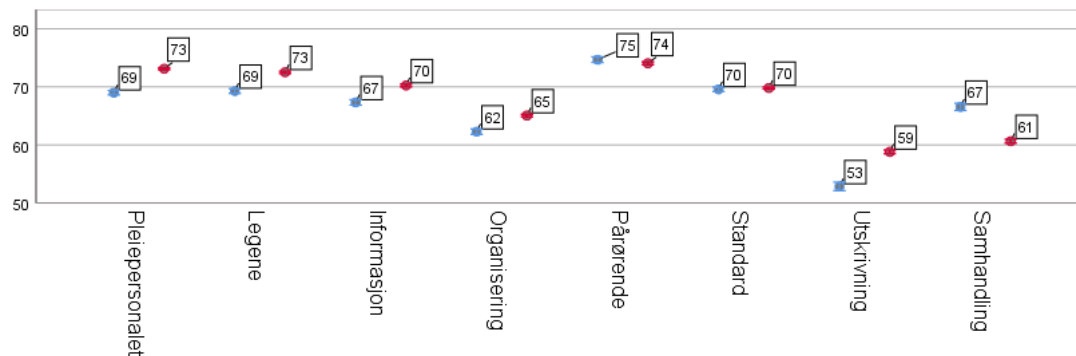


Figur 10. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter innleggelsesmåte og avdelingstype. Vektet materiale.

Hjelp til utfylling

Av svarerne var det tolv prosent som svarte at noen hadde hjulpet dem med å besvare skjemaet (spørsmål 51). Svarene som var gitt av pasienter som har hatt behov for hjelp

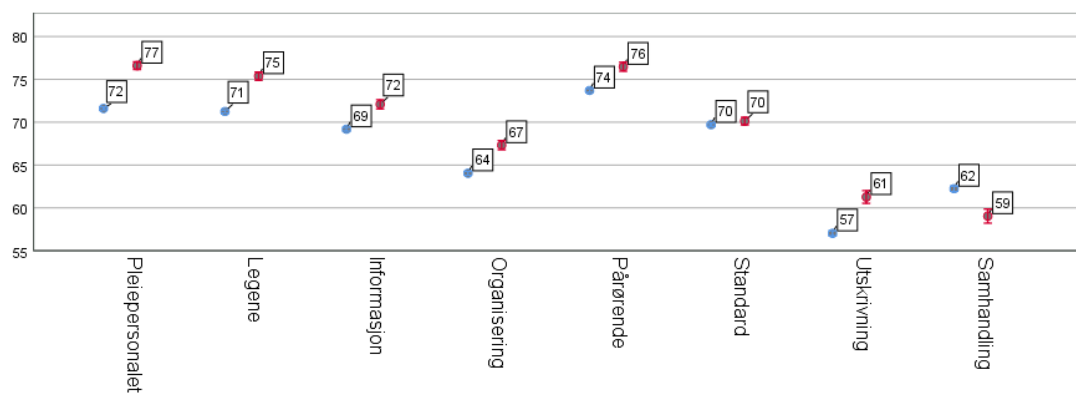
med utfylling er generelt sett noe lavere enn svarene fra pasienter som greide seg på egen hånd, med unntak for Samhandling.



Figur 11. Gjenomsnitt med 95% konfidensintervall på åtte indikatorer. Etter fått hjelp (blå symboler) eller ikke (røde symboler) til utfylling av spørreskjemaet. Vektet materiale.

Svarmodus

I 2019 fikk alle de inkluderte en sending i posten, med informasjonsbrev og spørreskjema på papir. Brevet inneholdt veiledning og innloggingskode for de som foretrakk å svare på Internett. Det er en ønsket utvikling at datainnsamlingen blir digitalisert i så stor grad som mulig, og det vil bli tilstrebt i de kommende undersøkelsene. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på eventuelle konsekvenser av digitalisering. I andre undersøkelser har vi sett at andelen som velger å svare digitalt er forskjellig i ulike svarergrupper (11). I denne undersøkelsen valgte 14% av svarerne å logge seg inn og svare via Internett. Figur 12 viser at de som har brukt papirskjema har gitt de laveste skårene på indikatorene med unntak av Samhandling (høyere) og Standard (likt). Det er nærliggende å tenke at valg av svarmodus er assosiert med andre egenskaper som vi ovenfor har sett har betydning for hvordan pasientene svarer, for eksempel alder.



Figur 12. Gjenomsnitt med 95% konfidensintervall på åtte indikatorer. Etter svarmodus, blått for papirvar, rødt for elektronisk svar. Vektet materiale.

Resultater etter sykehustype

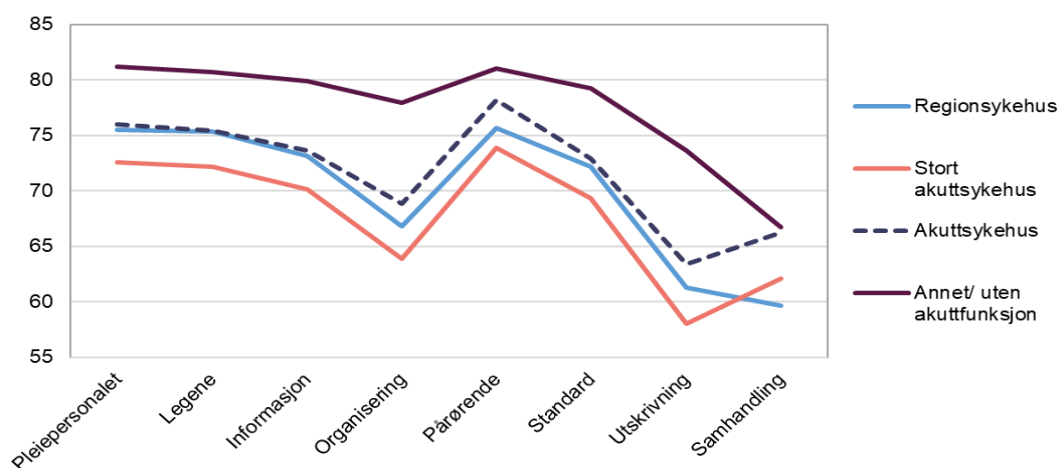
Sykehusstørrelse og -funksjon er fenomen som ofte er tema i helsepolitiske diskusjoner. Sykehusene/behandlingsstedene kan klassifiseres etter flere prinsipper og det er ulike betegnelser i bruk. For vårt formål her er inndelingen i grupper basert på forslaget i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (17) s.43. Tabell 5 viser gruppene og hvilken andel av svarerne som er skrevet ut fra sykehusene i hver gruppe.

Tabell 5. Sykehusene klassifisert i fire typer, med svarergruppeandeler (%)

Regionsykehus (13 %)	Akuttsykehus (38 %)
Aker sykehus	Akershus universitetssykehus Kongsvinger
Haukeland universitetssjukehus	Finnmarkssykehuset Hammerfest
Radiumhospitalet	Finnmarkssykehuset Kirkenes
Rikshospitalet	Førde sentralsjukehus
St. Olavs hospital	Helgelandssykehuset Mo i Rana
Ullevål sykehus	Helgelandssykehuset Mosjøen
UNN Tromsø	Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Stort akuttsykehus (39 %)	Kongsberg sykehus
Akershus universitetssykehus Nordbyhagen	Kristiansund sjukehus
Bærum sykehus	Lovisenberg diakonale sykehus
Diakonhjemmet sykehus	Lærdal sjukehus
Drammen sykehus	Nordfjord sjukehus
Haraldsplass diakonale sykehus	Nordlandssykehuset Lofoten
Haugesund sjukehus	Nordlandssykehuset Vesterålen
Molde sjukehus	Odda sjukehus
Nordlandssykehuset Bodø	Stord sjukehus
Orkdal sjukehus	Sykehuset Innlandet Elverum
Ringerike sykehus	Sykehuset Innlandet Tynset
Stavanger universitetssjukehus	Sykehuset Namsos
Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Telemark Notodden
Sykehuset Innlandet Gjøvik	Sørlandet sykehus Flekkefjord
Sykehuset Innlandet Hamar	UNN Harstad
Sykehuset Innlandet Lillehammer	UNN Narvik
Sykehuset Levanger	Volda sjukehus
Sykehuset Telemark Skien og Porsgrunn	Voss sjukehus
Sykehuset Østfold	Andre sykehus /uten akuttfunksjon (10 %)
Sørlandet sykehus Arendal	Betanien Hospital
Sørlandet sykehus Kristiansand	Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus
Ålesund sjukehus	Kysthospitalet i Hagevik
	LHL - klinikken Gardermoen
	Martina Hansens Hospital
	Revmatismesykehuset Lillehammer

Figur 13 viser at pasienter fra sykehusgruppe Annet/uten akuttfunksjon har gitt de høyeste skårene på alle indikatorene. Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere av gruppene på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, $p \leq 0,001$). De største forskjellene er på Utskrivning, hvor det er 16 poeng forskjell på høyeste og laveste skår og Organisering hvor forskjellen er 14 poeng. Som tabell 5 viser, er

sykehusene i gruppe Annet/uten akutfunksjon spesialsykehus, og her har 99 % av pasientene hatt et planlagt opphold.



Figur 13. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter sykehusstype. Vektet materiale.

Resultat på enkeltspørsmål

De neste sidene viser tabeller med resultater for alle enkeltspørsmålene.

Tabell 6 inneholder vektete resultater for erfaringsspørsmålene som inngår i indikatorene og som har svaralternativer på en skala fra 1 til 5 («Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad»). Tabellen viser antall, gjennomsnitt, prosentvis fordeling i svarkategoriene og endring fra 2015 er markert med piler.

Tabell 7 inneholder vektete resultater for de øvrige erfaringsspørsmålene. Tabellen viser antall, prosentvis fordeling i svarkategorier og endring fra 2015 er markert med piler.

Tabell 8 viser vektete resultater på spørsmål om pasientsikkerhet.

Forskjellen mellom 2015 og 2019 er testet med signifikansnivå $p < 0,01$.

Tabell 6. Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennomsnitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
Pleiepersonalet									
2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?	12204	4.2	0	2	9	52	37	↓
3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?	12204	4.2	1	2	11	49	37	↓
4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?	12210	4.2	0	2	11	53	34	↓
5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?	12164	3.9	1	5	19	50	24	↓
6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	12150	3.9	2	4	20	49	25	↓
7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?	12024	3.4	7	13	30	36	15	→
8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?	12186	3.9	1	5	20	49	25	↓
Legene									
9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?	12082	4.1	1	3	13	52	31	↓
10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?	12066	4	1	4	20	48	27	↓
11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	12043	4.2	1	2	10	49	39	↓
12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?	11907	3.7	2	8	29	44	17	↓
13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?	11948	3.8	2	7	22	47	22	↓
14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	11957	3.8	2	6	23	45	23	↓
15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	12012	4.1	1	3	13	47	35	↓

Forts. Tabell 6. Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennomsnitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
Informasjon									
16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	12025	4	2	5	18	46	29	↓
17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?	12008	3.8	2	7	23	44	24	↓
18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	11989	3.8	2	7	21	42	27	↓
Organisering									
19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	12014	3.5	4	11	30	38	16	↓
20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?	11980	3.4	8	14	27	31	20	↓
21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?	11985	3.8	2	6	21	49	22	↓
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	11878	3.8	3	6	21	49	22	↓
Pårørende									
23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	8143	4.1	2	4	12	44	39	→
24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?	7166	3.8	3	7	21	42	28	↓

Forts. Tabell 6. Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennomsnitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
Standard									
25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?	11906	4	1	2	16	56	25	↓
26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?	11938	3.8	1	5	25	51	18	↓
27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?	12055	3.8	3	7	23	44	23	↓
28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?	12071	3.7	4	9	23	41	23	→
29	Var maten tilfredsstillende?	12056	3.9	2	5	21	46	26	↓
30	Var renholdet tilfredsstillende?	12057	3.8	2	5	20	49	22	↓
Utskrivning									
41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	9147	3.5	12	11	18	34	25	↑
42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	9698	3.3	15	13	22	31	20	↑
Samhandling									
44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	6457	3.4	12	11	20	35	22	→
45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	3319	3.5	13	10	17	37	23	→

Tabell 7. Vektete resultater på øvrige enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?	5359	Ja, altfor lenge	7	↑
			Ja, ganske lenge	18	
			Ja, men ikke lenge	43	
			Nei	32	
46	Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?	12136	Ikke i det hele tatt	1	→
			I liten grad	2	
			I noen grad	9	
			I stor grad	48	
			I svært stor grad	39	
47	Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?	12022	Ikke i det hele tatt	2	
			I liten grad	3	
			I noen grad	12	
			I stor grad	37	
			I svært stor grad	46	

Spørsmål 1 viser resultater kun for elektivt innlagte pasienter

Spørsmål 47 har ikke sammenlignbare resultater fra 2015

Pil opp viser positiv endring fra 2015, pil ned viser negativ endring ($p < 0,01$). Horizontal pil viser ingen signifikant endring fra 2015

Tabell 8. Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	11878	Ikke i det hele tatt	3	↓
			I liten grad	6	
			I noen grad	21	
			I stor grad	49	
			I svært stor grad	22	
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	12007	Ikke i det hele tatt	78	→
			I liten grad	11	
			I noen grad	7	
			I stor grad	3	
			I svært stor grad	2	
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	12082	Nei	87	→
			Ja, én gang	9	
			Ja, flere ganger	3	
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	12099	Nei	96	→
			Ja, én gang	2	
			Ja, flere ganger	2	
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	11944	Nei	90	→
			Ja, én gang	7	
			Ja, flere ganger	3	
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	10262	Ikke i det hele tatt	82	→
			I liten grad	10	
			I noen grad	5	
			I stor grad	2	
			I svært stor grad	1	

Forts. Tabell 8. Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	9977	Ikke i det hele tatt	82	→
			I liten grad	7	
			I noen grad	6	
			I stor grad	3	
			I svært stor grad	3	
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	11032	Ikke i det hele tatt	87	→
			I liten grad	6	
			I noen grad	4	
			I stor grad	1	
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	10629	I svært stor grad	1	→
			Ikke i det hele tatt	87	
			I liten grad	9	
			I noen grad	3	
			I stor grad	1	
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	11556	Nei	91	→
			Ja	9	
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	4102	Ikke i det hele tatt	28	→
			I liten grad	10	
			I noen grad	15	
			I stor grad	26	
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	9075	I svært stor grad	21	↑
			Ja	69	
			Nei	31	

Avsluttende bemerkninger

Hovedfunn

Resultatene fra landet samlet tyder på at sykehusene leverer gode tjenester til pasienter som er innlagt til døgnopphold i somatiske avdelinger. De høyeste skårene handler om mellommenneskelige relasjoner, hvordan pasientene er blitt møtt av pleiepersonalet og legene, og hvordan pårørende er ivaretatt. De laveste skårene handler om forbedelse til utskrivning og samhandling med andre tjenester.

På alle organisatoriske nivå er det enheter som skiller seg fra gjennomsnittet på sitt nivå, i positiv eller negativ retning. Forskjellene viser at tjenestene er ulike på behandlingsstedene, noe som er uønsket i et kvalitetsperspektiv. Undersøkelsesresultatene varierer mellom pasientgrupper, og alder og helsestatus har størst betydning av grupperingene som er undersøkt.

Siden forrige undersøkelse i 2015 er det gjort enkelte endringer i datainnsamlingsprosedyrene. Derfor tar vi et forbehold om usikkerhet når vi har beregnet skårene i 2019 til å være lavere enn i 2015. Sammenlikningen viser at skårene er statistisk signifikant lavere i 2019 på seks av ni indikatorer. På indikatoren Samhandling er det ikke statistisk signifikant endring. Mens det er statistisk signifikant økning i 2019 i skårene når det gjelder Utskrivning og de elektivt innlagte pasientenes oppfatning om Ventetid.

Styrker og svakheter

Undersøkelsen er gjennomført med bruk av godt etablerte rutiner og spørreskjema som er utviklet for norske forhold. Den inkluderer alle landets sykehus og informasjonen som er samlet inn representerer et pålitelig referansemateriale som enhetene kan sammenlikne seg med.

I likhet med alle spørreundersøkelser med liknende tilnærming er den innrettet på å beskrive erfaringer med tjenestene på gruppenivå, og er lite egnet til å fange opp enkeltmenneskers spesielle erfaringer.

Deltakelsen i undersøkelsen er lavere enn ønskelig. Vekteprosedyrene som er i bruk reduserer faren for at resultatene ikke er representative. Det er likevel ønskelig å studere konsekvensene av frafallet på nytt.

Konklusjon

På landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet.

I likhet med tidligere undersøkelser, tyder resultatene fra 2019 på at sykehusene generelt har muligheter til å forbedre pasientenes erfaringer ved å styrke praksis knyttet til utskriving og overgang til kommunale tjenester.

Det synes å være noe tilbakegang i resultatene på nasjonalt nivå siden 2015, men metodiske endringer gjør sammenligningene over tid usikre.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer: Helsedirektoratet [oppdatert 08.04.2020; lest august 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
2. Olteidal S, Helgeland J, Garratt A. Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse i 2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. PasOpp-rapport Nr.2. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/afbbc340c02b444e978edc83137f426a/pasopp_070_2_metoderapport.pdf
3. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16:453-63.
4. Garratt AM, Helgeland J, Gulbrandsen P. Five-point scales outperform 10-point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. J Clin Epidemiol 2011;64(2):200-7.
5. Särndal C-E, Swensson B, Wretman J. Chapter 15: Nonresponse. I: Model Assisted Survey Sampling. New York: Springer-Verlag; 1992. s. 556-95.
6. Therneau TM, Atkinson EJ. An Introduction to Recursive Partitioning Using the RPART Routines. 2019. Tilgjengelig fra: <https://cran.r-project.org/web/packages/rpart/vignettes/longintro.pdf>
7. Helsetilsynet. Nytt avdelingskodeverk for helseinstitusjoner. IK-44/89 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/regelverk/rundskriv/rundskriv-helsetjenesten/rundskriv-helsetilsynet/nytt-avdelingskodeverk-for-helseinstitusjoner/>
8. Danielsen K, Garratt AM, Bjertnaes OA, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. ScandJ Public Health 2007;35:70-7.
9. Young GJJ, Meterko MP, Desai KRP. Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. Medical Care 2000;38:325-34.
10. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. Health ServRes 2005;40:2162-81.
11. Sjetne IS, Iversen HH, Holmboe O, Helgeland J. Response probabilities and response-mode preferences in a self-administered survey. BMC Res Notes 2019;12(1):289.
12. Westfall PH. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations. Journal of the American Statistical Association 1997;92:299-306.
13. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.R-project.org/>
14. Holmboe O, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. PasOpp-rapport 2016: 147. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/f1656ccea8d243acabd94ca7574155bf/vedlegg/84-nasjonalt.pdf>

15. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, et al. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. *Eur J Epidemiol* 2016;31(4):337-50.
16. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre[oppdatert 09.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvbef>
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Melding til Stortinget 11. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Oslo: 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema i papirversjon

--	--	--	--

--	--	--	--	--

Erfaringene dine med sykehuset

Fastsett
line/lydende spørsmål

Spørsmålene nedenfor handler om erfaringene dine med sykehuset du har hatt opphold ved, og som er oppgitt i informasjonsskrivet.

Før sykehusoppholdet

1. Måtte du vente for å få et tilbud ved sykehuset?

- ☐ Ja, altfor lenge
- ☐ Ja, ganske lenge
- ☐ Ja, men ikke lenge
- ☐ Nei
- ☐ Ikke aktuelt

Pleiepersonalet

2. Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

3. Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

4. Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

5. Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

6. Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

7. Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

8. Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Legene

9. Snakket legene til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

10. Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

11. Har du tillit til legenes faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

12. Hadde legene tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

13. Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

14. Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

15. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

Informasjon

16. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

17. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

18. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Organisering

19. Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

20. Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

21. Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

22. Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

Pårørende

23. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

24. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

⊥

Standard og omgivelser

25. Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

26. Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

27. Var rommet du lå på tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

28. Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

29. Var maten tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

30. Var renholdet tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

Pasientsikkerhet ved sykehuset

31. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

32. Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet?

(F.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt.)

- ☐ Nei
☐ Ja, én gang
☐ Ja, flere ganger

33. Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?

- ☐ Nei
☐ Ja, én gang
☐ Ja, flere ganger

34. Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?

- ☐ Nei
☐ Ja, én gang
☐ Ja, flere ganger

35. Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

⊥

36. Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk ingrep eller en undersøkelse?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

⊥

37. Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte å bli feilmedisinert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

38. Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

39. Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet?

(F.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Hadde infeksjon før innleggelsen

⊥

40. Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Personalet visste ikke om det
☐ Ikke aktuelt

⊥

Forberedelse til tiden etter utskriving

41. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

42. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

43. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Ikke aktuelt

⊥

Sykehusets samarbeid med andre

44. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

⊥

45. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

Samlet vurdering av sykehuset

46. Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

47. Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

Bakgrunnsspørsmål

48. Stort sett, vil du si din helse er...

- ☐ Utmerket
☐ Meget god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

⊥

49. Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus de siste to årene?

- ☐ 1 gang
- ☐ 2 ganger
- ☐ 3-5 ganger
- ☐ 6-10 ganger
- ☐ Mer enn 10 ganger

50. Hvor er du født?

- ☐ Norge
- ☐ Norden unntatt Norge
- ☐ Vest-Europa unntatt Norden
- ☐ EU-land i Øst-Europa
- ☐ Øst-Europa unntatt EU-land
- ☐ Afrika
- ☐ Asia med Tyrkia
- ☐ Nord-Amerika
- ☐ Sør- og Mellom-Amerika
- ☐ Oseania

⊥

51. Var det noen som hjalp deg å fylle ut dette skjemaet?

- ☐ Ja
☐ Nei

⊥

Her kan du skrive mer om dine erfaringer med sykehuset:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Vedlegg 2. Indikator for pasientopplevd pasientsikkerhet: Spørsmål som inngår og utregning

I denne rapporten blir indikator for pasientsikkerhet beskrevet via svarene på tolv enkeltspørsmål. Først er alle svarene som handler om pasientsikkerhet kodet om, slik at de er todelt. Positive beskrivelser har fått verdien 1, og negative beskrivelser verdien 0 (se neste side).

Utrekningen av indikatoren er slik:

1. En forutsetning for å få en skår på denne indikatoren er at pasienten har svart på minst halvparten av de tolv enkeltspørsmålene
2. Det telles hvor mange svar pasientene har avgitt, og hvor mange av svarene som er positive.
3. Pasientens skår regnes ut som prosentandel positive av avgitte svar. F.eks.: En pasient har svart på åtte av de tolv spørsmålene, og seks av svarene er positive beskrivelser: $(6/8) \cdot 100 = 75\%$.
4. Sykehusenes skårer er gjennomsnittet av pasientenes skårer.

Gruppering av svarkategorier til positive og negative svar

Spm nr	Spørsmål	Negative kategorier	Positive kategorier
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks.: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	Ja	Nei
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	Nei	Ja

Vedlegg 3. Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter

Tabellen viser skårene for alle enhetene på de ulike organisatoriske nivåene: sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak. Med unntak av Ventetid er erfaringsindikatorerne både vektet for frafall og justert for forskjellig sammensetning av pasientgruppene. Ventetid er bare vektet for frafall, og den basert på svarene bare fra elektivt innlagte pasienter.

Sammenligning vektete og justerte skårer for regionale helseforetak

	Pleiepersona- let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker- het
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Helse Midt-Norge RHF	76 +**	75	74 +*	69 +***	78 +***	73 +***	63 +.	66 +*	69	88 +**
Helse Nord RHF	74	74	71	66	75	71	60	63	68	85
Helse Sør-Øst RHF	74	74	72	65	75	71	59	61	67	86
Helse Vest RHF	74	73	71	65	73 -*	69 -***	59	61	64 -**	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av regionale helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: . $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå $p < 0,01$.

Sammenligning vektete og justerte skårer for helseforetak

	Pleiepersona- let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker- het
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Akershus universitetssykehus HF	70 -**	71	69	62 -.	71	72	54 -.	58	61	82 -**
Finnmarkssykehuset HF	74	74	72	66	76	69	59	65	58	83 -**
Helgelandssykehuset HF	76	76	74	68	79	72	62	66	77 +**	87
Helse Bergen HF	74	74	71	65	73	69	58	58	65	87
Helse Fonna HF	71 -*	69 -**	66 -*	62 -*	72	67 -***	56	60	64	84 -**
Helse Førde HF	75	73	72	68	76	70	60	64	73 +**	88
Helse Møre og Romsdal HF	74	73	72	68	76	64 -***	61	65	68	86
Helse Nord-Trøndelag HF	77 +.	75	74	69 +**	79	75 +**	64	67	66	89 +**
Helse Stavanger HF	74	74	72	66	74	67 -**	61	64	57	85
Helse Sør-Øst private ideelle med opp- taksområde	77 +**	75	73	69	77	71	63	59	69	88
Helse Sør-Øst private ideelle spesial- sykehus	76 +**	75	74	70 +***	78	75 +***	64 +.	61	66	93 +**
Helse Vest private	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	66	90 +**
Nordlandssykehuset HF	74	74	71	66	78	75 +**	60	64	71	86
Oslo universitetssykehus HF	74	75	72	66	77	71	59	57 -.	66	87
St. Olavs hospital HF	77 +*	75	75	69	79	78 +***	64	68	70	89 +**
Sykehuset i Vestfold HF	73	72	71	63	74	71	57	65	77 +**	84
Sykehuset Innlandet HF	76	76 +*	74	68	77	71	63	67	70 +**	88
Sykehuset Telemark HF	73	72	71	64	77	71	63	64	68	86
Sykehuset Østfold HF	69 -**	70	68	58 -**	72	76 +**	52 -.	53 -.		82 -**
Sørlandet sykehus HF	74	74	72	67	77	72	61	64	60 -**	87
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	74	73	71	65	73	71	60	62	66	85
Vestre Viken HF	74	74	73	65	75	68 -***	61	63	68	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennom-
snitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektete og justerte skårer for sykehus

	Pleiepersona- let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker- het
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Aker sykehus	77	76	72	64	75	72	63	52 -*	69	88
Akershus universitetssykehus Kongs- vinger	74	74	73	66	75	70	63	70	76 +**	87
Akershus universitetssykehus Nordby- hagen	68 -***	69 -*	68	60 -***	69 -*	73	52 -*	54	57	81 -**
Betanien Hospital	77	74	73	68	79	78 +***	64	63	71	91 +**
Bærum sykehus	74	75	72	65	75	66 -***	64	64	67	87
Diakonhjemmet sykehus	78	76	73	70	78	73	63	58	67	87
Drammen sykehus	73	74	72	62 -*	72	64 -***	58	65	67	85
Finnmarkssykehuset Hammerfest	73	73	71	64	75	62 -***	56	64	59	80 -**
Finnmarkssykehuset Kirkenes	75	76	73	67	78	80 +***	63	67		86
Førde sentralsykehus	74	71	70	66	72	68 -***	59	63	72	86
Haraldsplass diakonale sykehus	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	65	89 +**
Haugesund sanitetsforenings revmatis- mesykehus	80	77	76	73	82	87 +***	65	77 +.	68	95 +**
Haugesund sjukehus	69 -**	68 -**	65 -**	60 -***	69 -.	67 -**	55	55	64	82
Haukeland universitetssjukehus	73	73	71	64	71 -*	69 -**	57	57	64	87
Helgelandssykehuset Mo i Rana	73	73	71	64	75	69	60	64	73	86
Helgelandssykehuset Mosjøen	78	75	74	72	81	77	65	67	83 +**	89
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	78	78 +*	76	71	81	72	65	70	79 +**	88
Kongsberg sykehus	75	76	74	68	75	68 -**	62	66	74 +**	89
Kristiansund sjukehus	78	77	77	74 +***	79	73	69	70	59	90 +**
Kysthospitalet i Hagevik	79 +***	77 +*	76 +*	73 +***	81 +*	75 +*	63	70	68	95 +**
LHL - klinikken Gardermoen	78	80 +**	78	75 +***	86 +.	85 +***	63	70	74 +**	95 +**
Lovisenberg diakonale sykehus	77	76	74	69	76	70	65	60	70	90 +**
Lærdal sjukehus	79 +**	79 +**	77 +*	76 +***	83 +**	78 +***	67	70	72	95 +**
Martina Hansens Hospital	76	76	74	71 +*	76	71	64	58	62 -**	93 +**
Molde sjukehus	72 -*	69 -**	69	65	75	59 -***	58	62	63	84

	Pleiepersona- let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker- het
Nordfjord sjukehus	80	77	75	70	79	77	61	67		88
Nordlandssykehuset Bodø	74	74	70	65	77	72	59	65	71	86
Nordlandssykehuset Lofoten	76	74	75	69	76	74	63	63	71	86
Nordlandssykehuset Vesterålen	77	77	73	70	80	84 +***	63	65	67	86
Odda sjukehus	74	75	74	66	79	70	67	71		87
Orkdal sjukehus	75	74	72	68	75	70	64	63	63	88
Radiumhospitalet	75	73	71	65	76	65 -***	59	60	76 +**	87
Revmatismesykehuset Lillehammer	77	73	71	69	76	80 +***	65	65	64	93 +**
Rikshospitalet	76	75	73	68	80	75	57	58	68	88
Ringerike sykehus	78	76	75	70	80	78 +***	62	63	69	89
St. Olavs hospital	78	76	76	70	80	80 +***	65	71	72	89
Stavanger universitetssjukehus	74	74	73	67	74	67 -***	61	64	57	85
Stord sjukehus	73	71	69	65	74	69 -*	55	67	64	86
Sykehuset i Vestfold	73	72	71	64	74	71	58	66	77 +**	84
Sykehuset Innlandet Elverum	75	76	74	68	77	74	63	68	66	89
Sykehuset Innlandet Gjøvik	75	75	73	67	75	71	62	68	71	86
Sykehuset Innlandet Hamar	74	73	72	65	77	65 -***	61	66	65	84
Sykehuset Innlandet Lillehammer	77	78	75	68	77	70	68	70	78 +**	90 +**
Sykehuset Innlandet Tynset	81 +***	78	77	76 +***	85 +***	78 +***	68	61	73 +**	92 +**
Sykehuset Levanger	78	76	76	71	81	76	65	69	65	89 +**
Sykehuset Namsos	76	74	73	68	77	75	65	66	68	88
Sykehuset Telemark Notodden	73	72	70	66	74	73	61	66	73	86
Sykehuset Telemark Skien og Pors-grunn	74	73	71	64	78	71	64	64	67	86
Sykehuset Østfold	69 -***	70 -.	69	59 -***	72	76 +*	52 -*	54 -*		82 -**
Sørlandet sykehus Arendal	73	74	72	67	75	69 -.	56	61	56 -**	87
Sørlandet sykehus Flekkefjord	79 +*	79 +*	77	75 +***	85 +***	82 +***	69	74 +.	64	91 +**
Sørlandet sykehus Kristiansand	74	74	72	67	77	73	63	65	63	86
Ullevål sykehus	73	75	72	65	75	69	60	56	58	85

	Pleiepersona- let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker- het
UNN Harstad	78	77	74	70	77	70	66	59	65	87
UNN Narvik	74	72	71	67	78	70	62	65	67	87
UNN Tromsø	74	74	71	64	71	71	58	64	66	84
Volda sjukehus	80 +**	81 +***	80 +***	74 +***	85 +***	75	71 +**	73	69	90 +**
Voss sjukehus	77	75	73	70	82	74	65	66	63	89
Ålesund sjukehus	72	72	69	66	74	61 -***	58	63	72	84

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av sykehus markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Published by Norwegian Institute of Public Health

Desember 2020

Bestilling/Order: Kun tilgjengelig som PDF.

Lastes ned fra www.fhi.no

Only available as PDF from www.fhi.no

ISSN: 1890-1565

BRUKEROPPLEVD KVALITET

Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019

Resultater etter en nasjonal undersøkelse

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester
Tittel	Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF
English title	Inpatients' experiences with Norwegian hospitals in 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Ingeborg Strømseng Sjetne, prosjektleder, seniorforsker, Folkehelseinstituttet Olaf Holmboe, forsker, Folkehelseinstituttet
Prosjektkoordinator	Inger Opedal Paulsrud
ISSN	1890-1565
Rapport	2020:829
Publikasjonstype	PasOpp-rapport
Antall sider	15 (30 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord	Patient Reported Experience Measures; Patient Reported Outcomes Measures; Surveys and Questionnaires; Hospitals; Inpatients; Secondary Care; Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Norway
Sitering	Sjetne IS, Holmboe O. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. [Inpatients' experiences with Norwegian hospitals in 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF]. PasOpp-rapport 2020:829. Oslo, Folkehelseinstituttet 2020.
Fraskrivelse	Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene.

Forord

Denne rapporten er del av et oppdrag til Folkehelseinstituttet fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet. Fra og med 2019 skal pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger måles årlig i fem år.

Vi takker for uunnværlig hjelp fra kolleger ved Folkehelseinstituttet. Sindre Møgster Braaten og Ole Martin Kvinge, begge senioringeniør i område for helsedata og digitalisering, har vært sentrale i datainnsamlingen. Jon Helgeland, forskningsleder i avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten, og Katrine Damgaard Skyrud, forsker/statistiker i den samme avdelingen, står bak oppsett av analyser i statistikkprogrammet R.

Og sist, men ikke minst: Tusen takk til alle som tok seg tid til å svare på undersøkelsen.

Oslo, november 2020

Øyvind Andresen Bjertnæs
avdelingsdirektør

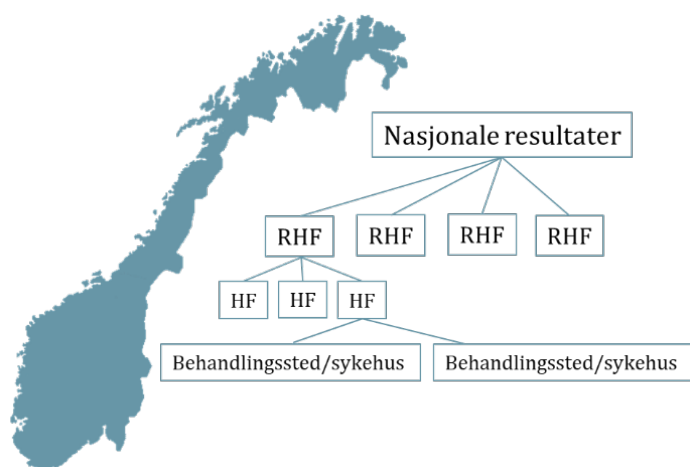
Ingeborg Strømseng Sjetne
prosjektleder

Innledning

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet skal Folkehelseinstituttet gjennomføre kartlegging av pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger i fem år fra og med 2019. Denne rapporten er en del av oppdraget.

Oppdraget går ut på å gjennomføre en spørreundersøkelse blant personer som er utskrevet etter døgnopphold ved somatiske sykehusavdelinger, og rapportere resultatene til bruk for ulike formål. Resultatene skal beskrive situasjonen på hvert sykehus (behandlingssted), helseforetak (HF) og regionalt helseforetak (RHF) slik den ser ut fra pasientenes ståsted. Resultatene for den enkelte enheten blir sammenliknet med gjennomsnittresultatet for enheter på det aktuelle organisatoriske nivået, det vil si på nivå av enten sykehus, HF eller RHF.

Det er laget en rapport som beskriver nasjonale resultater og en serie «institusjonsrapporter», som beskriver resultatene fra hver enkelt enhet hver for seg.



Figur 1 Rapportering på ulike organisatoriske nivå

Metode

Deltakerne i undersøkelsene er pasienter som er utskrevet fra sykehus som er offentlige eller driver etter avtale med det offentlige. Inklusjonsperioden var august, september og oktober i 2019. Pasienter fra psykiatriske- og rehabiliteringsavdelinger, barneavdelinger samt fødebarselavdelinger ble holdt utenfor. Norsk pasientregister trakk tilfeldig 400 pasienter fra hvert sykehus, og disse ble kontaktet per brev og forespurt om å delta. De som valgte å svare, kunne fylle ut et tradisjonelt papirskjema, eller registrere svarene sine via Internett.

Svarerandelen er ulik i ulike undergrupper av pasienter. For å tilstrebe best mulig representativitet for hele gruppen av pasienter som opprinnelig ble inkludert, er svarene vektet.

Sammensetningen av pasienter er forskjellig fra sykehus til sykehus, og sammensetningen kan endre seg over tid. Når en enhet blir sammenliknet med gjennomsnittet for enheter på det aktuelle nivået eller med seg selv over tid, er resultatene justert for viktige egenskaper ved pasientene. Justeringen gjør at det blir mer «rettferdig» å gjøre sammenlikninger, selv om enhetene behandler ulike pasientgrupper, for eksempel at pasientgruppene er ulike med tanke på fordelingen av gamle og unge.

Spørsmålene som ble stilt er utviklet for denne pasientgruppen og har vært brukt i flere undersøkelser tidligere. De aller fleste spørsmålene blir besvart på en skala fra 1 til 5: 1: «Ikke i det hele tatt»; 2: «I liten grad»; 3: «I noen grad»; 4: «I stor grad»; 5: «I svært stor grad». Spørreskjemaet har tre deler med i alt 51 spørsmål og et åpent felt for kommentarer. Den første delen handler om pasienterfaringer, den neste om pasientsikkerhet og den siste delen samler inn bakgrunnsinformasjon om svareren.

For å oppsummere svarene og regne ut mer robuste skårer, blir svarene fra 34 enkeltspørsmål samlet til ni pasienterfaringsindikatorer, som beskriver viktige områder av pasientenes sykehusopphold (se Tabell 1).

Sammenlikning av resultater fra 2015 og 2019 må leses med forsiktighet. Det er gjort endringer i datainnsamlingen siden 2015 og disse endringene kan ha påvirket resultatene.

Undersøkelsens metode er beskrevet mer detaljert i den nasjonale rapporten.

Tabell 1: Enkeltspørsmål og indikatorer

Indikator	Spm	Spørsmålstekst
Pleiepersonalet	2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?
	3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?
	4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?
	5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?
	6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?
	8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?
Legene	9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?
	10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?
	11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?
	12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?
	13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?
	14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?
Informasjon	16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?
	17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?
	18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?
Organisering	19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?
	20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?
	21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?
	22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?
Pårørende	23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?
	24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?
Standard	25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?
	26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?
	27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?
	28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?
	29	Var maten tilfredsstillende?
	30	Var renholdet tilfredsstillende?
Utskrivning	41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?
	42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?
Samhandling	44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?
	45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?
Ventetid	1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?

Resultater

Svarprosent

Etter å ha trukket fra pasienter som ble ekskludert på grunn av ukjent adresse, feilregistrering, som var døde eller reserverte seg mot å delta, besto bruttoutvalget av 21 189 pasienter. I hele landet var det 12 296 som svarte på undersøkelsen, noe som gir en total svarprosent på 58.

Vi fikk i alt 622 svar fra pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, noe som gir en svarprosent på 54.

Resultater på indikatorene

Tabellen med pasienterfaringsindikatorer viser skårene på ni indikatorer. De oppsummerer til sammen 34 enkeltspørsmål (se Tabell 1) og indikatorene gir mer robuste mål enn enkeltspørsmålene gir hver for seg.

For alle som har svart på minst halvparten av spørsmålene som inngår i en gitt indikator er det regnet ut et gjennomsnitt. For hver enhet regnes det ut en indikatorskår, som er gjennomsnittet av alle svarene som «tilhører» den aktuelle enheten. Indikatorskårene er omregnet fra den opprinnelige skalaen som går fra 1 til 5 til en skala som går fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Tabell 2 viser indikatorene, antall svar og enhetens skårer for 2019. Hvis det er statistisk signifikant forskjell når enhetens resultat sammenliknes med gjennomsnittet for enheter på det samme nivået, er det markert med symboler for retning og *p*-verdi i tabellen. I neste kolonne betyr piler opp eller ned at det er statistisk signifikant endring i skårene fra 2015. Pil oppover indikerer positiv, og pil nedover negativ endring. Vannrett pil betyr at forskjellen ikke er statistisk signifikant. Lengst til høyre viser tabellen gjennomsnittet for alle svarere i landet.

Hvis det er færre enn fem svarere å basere utregningen på ved en enhet, eller hvis det er stor statistisk usikkerhet (standardfeil >6), blir resultatet utelatt, og celler blir stående tomme. Men disse svarene teller med når enhetene blir slått sammen, for eksempel når et sykehus blir slått sammen med andre i et helseforetak.

Tabell 2: Vektete og justerte indikatorskårer. Skala 0-100 hvor 100 er best

Indikator	Antall	Gjennom- snitt	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
Pleiepersonalet	580	74	↓	74
Legene	577	73	↓	74
Informasjon	576	71	→	72
Organisering	577	65	↓	66
Pårørende	410	73	→	75
Standard	576	71	→	71
Utskrivning	508	60	→	60
Samhandling	350	62	→	62
Ventetid	231	66	→	67

Dersom denne enhetens resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet for helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: . $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

Endring fra tidligere måling er testet med signifikansnivå på $p < 0,05$.

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Indikatoren Ventetid skiller seg fra de øvrige ved at den er beregnet kun på elektive pasienter, vektet men ikke justert, og testet mot landsgjennomsnittet og endring fra 2015 med signifikansnivå $p < 0,01$.

Resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

På de neste sidene viser vi to tabeller med resultater for enkeltspørsmålene i spørreskjemaet.

Tabell 3 inneholder vektete resultater for spørsmål som inngår i indikatorene og som har svaralternativer på en skala fra 1 til 5 («Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad»), Her vises antall, gjennomsnitt, prosentvis fordeling i svarkategorier, endring fra 2015 og gjennomsnittet for alle som har svart på undersøkelsen.

Tabell 4 inneholder vektete resultater for andre erfaringsspørsmål Her oppgir vi antall, prosentvis fordeling i svarkategorier, endring fra 2015 og prosentvis fordeling for alle svarerne i hele landet.

Endring fra tidligere måling er testet med signifikansnivå på $p < 0,05$.

Når det er få som har svart på et spørsmål, kan både selve resultatet og anonymiteten til svarerne bli usikker. I slike tilfeller blir resultatet utelatt, og celler i tabellene stående tomme. Hvis færre enn elleve personer har svart, blir prosentvis fordeling på de ulike svaralternativene utelatt, og hvis færre enn fem har svart, får enheten ikke oppgitt noe resultat på spørsmålet. Svar som blir utelatt fra rapporter på grunn av dette, teller med når enhetene blir slått sammen, for eksempel når et sykehus blir slått sammen med andre sykehus i et helseforetak.

Tabell 3: Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
Pleiepersonalet										
2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?	612	4.3	2	1	6	55	37	→	4.2
3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?	613	4.2	1	2	9	50	39	↓	4.2
4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?	613	4.2	0	1	9	58	32	↓	4.2
5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?	614	3.9	1	4	18	51	25	→	3.9
6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	613	3.9	2	4	17	53	24	→	3.9
7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?	608	3.5	5	9	32	40	14	→	3.4
8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?	616	3.9	1	5	21	50	23	↓	3.9
Legene										
9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?	603	4.1	1	2	10	59	29	↓	4.1
10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?	603	3.9	2	3	20	50	26	↓	4
11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	600	4.2	1	1	9	53	36	→	4.2
12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?	602	3.7	2	7	28	47	15	↓	3.7
13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?	601	3.8	1	6	21	54	18	→	3.8
14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	601	3.8	2	5	22	50	21	→	3.8
15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	600	4.1	1	2	17	50	30	↓	4.1

Tabell 3 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
Informasjon										
16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	598	4	2	4	18	48	28	→	4
17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?	603	3.8	2	6	23	48	21	↓	3.8
18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	604	3.9	3	5	21	45	27	→	3.8
Organisering										
19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	602	3.5	6	7	31	41	15	↓	3.5
20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?	602	3.4	9	11	29	34	17	→	3.4
21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?	599	3.8	3	5	23	50	19	→	3.8
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	594	3.8	3	6	20	53	19	→	3.8
Pårørende										
23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	414	4.1	3	3	10	46	38	→	4.1
24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?	374	3.8	7	5	21	37	29	→	3.8

Tabell 3 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
Standard										
25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?	597	4	1	2	19	54	24	→	4
26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?	598	3.9	2	2	20	56	20	↓	3.8
27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?	599	3.7	3	8	24	46	19	↓	3.8
28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?	604	3.6	5	7	27	43	18	→	3.7
29	Var maten tilfredsstillende?	605	4	1	5	17	52	25	→	3.9
30	Var renholdet tilfredsstillende?	602	3.8	2	6	23	50	18	↓	3.8
Utskrivning										
41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	460	3.6	9	10	17	40	24	→	3.5
42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	487	3.3	11	13	27	30	19	→	3.3
Samhandling										
44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	317	3.5	12	11	18	37	21	→	3.4
45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	187	3.3	15	11	12	48	14	→	3.5

Tabell 4: Vektete resultater på andre spørsmål

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?	231	Ja, altfor lenge	7	→	7
			Ja, ganske lenge	19		18
			Ja, men ikke lenge	43		43
			Nei	32		32
46	Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?	612	Ikke i det hele tatt	2	→	1
			I liten grad	1		2
			I noen grad	7		9
			I stor grad	52		48
			I svært stor grad	38		39
47	Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?	608	Ikke i det hele tatt	2		2
			I liten grad	2		3
			I noen grad	14		12
			I stor grad	37		37
			I svært stor grad	45		46

Spørsmål 1 viser resultater kun for elektivt innlagte pasienter

Spørsmål 47 har ikke sammenlignbare resultater fra 2015

Pil opp viser positiv endring fra 2015, pil ned viser negativ endring ($p < 0,05$). Horisontal pil viser ingen signifikant endring fra 2015

Resultater på indikator om pasientsikkerhet

Skåren for pasientsikkerhet blir regnet ut på grunnlag av svarene på tolv enkeltspørsmål. Denne indikatoren forteller hvor stor prosentandel av de avgitte svarene som gir en positiv beskrivelse av pasientsikkerheten under svarernes sykehusopphold. Framgangsmåten i denne beregningen er beskrevet i Vedlegg 2.

Tabell 5: Vektete resultater på indikator for pasientsikkerhet

Antall	Gjennomsnitt	Endring fra 2015	Prosentandel som har svart positivt på alle besvarte spørsmål	Snitt hele landet 2019
610	85	↓	35	86

Tabell 6: Vektete resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	594	Ikke i det hele tatt	3	→	3
			I liten grad	6		6
			I noen grad	20		21
			I stor grad	53		49
			I svært stor grad	19		22
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	611	Ikke i det hele tatt	73	→	78
			I liten grad	14		11
			I noen grad	9		7
			I stor grad	3		3
			I svært stor grad	1		2
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	612	Nei	87	→	87
			Ja, én gang	9		9
			Ja, flere ganger	4		3
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	609	Nei	96	→	96
			Ja, én gang	2		2
			Ja, flere ganger	2		2
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	607	Nei	89	→	90
			Ja, én gang	8		7
			Ja, flere ganger	4		3
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	527	Ikke i det hele tatt	83	→	82
			I liten grad	9		10
			I noen grad	6		5
			I stor grad	2		2
			I svært stor grad	1		1

Tabell 6 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	505	Ikke i det hele tatt	77	→	82
			I liten grad	8		7
			I noen grad	10		6
			I stor grad	2		3
			I svært stor grad	3		3
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	552	Ikke i det hele tatt	84	→	87
			I liten grad	7		6
			I noen grad	5		4
			I stor grad	1		1
			I svært stor grad	3		1
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	533	Ikke i det hele tatt	87	→	87
			I liten grad	5		9
			I noen grad	5		3
			I stor grad	1		1
			I svært stor grad	2		1
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	586	Nei	87	→	91
			Ja	13		9
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	231	Ikke i det hele tatt	23	→	28
			I liten grad	10		10
			I noen grad	13		15
			I stor grad	32		26
			I svært stor grad	21		21
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	456	Ja	71	→	69
			Nei	29		31

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Erfaringene dine med sykehuset

FHI er et statseid institutt

Spørsmålene nedenfor handler om erfaringene dine med sykehuset du har hatt opphold ved, og som er oppgitt i informasjonsskrivet.

Før sykehusoppholdet

1. Måtte du vente for å få et tilbud ved sykehuset?

- ☐ Ja, altfor lenge
- ☐ Ja, ganske lenge
- ☐ Ja, men ikke lenge
- ☐ Nei
- ☐ Ikke aktuelt

Pleiepersonalet

2. Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

3. Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

4. Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

5. Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

6. Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

7. Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

8. Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Legene

9. Snakket legene til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

10. Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

11. Har du tillit til legenes faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

12. Hadde legene tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

13. Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

14. Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

15. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

Informasjon

16. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

17. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

18. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Organisering

19. Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

20. Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

21. Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

22. Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

Pårørende

23. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

24. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

⊥

Standard og omgivelser

25. Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

26. Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

27. Var rommet du lå på tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

28. Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

29. Var maten tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

30. Var renholdet tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

Pasientsikkerhet ved sykehuset

31. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

⊥

32. Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet?

(F.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt.)

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

33. Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

34. Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

35. Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

⊥

36. Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk ingrep eller en undersøkelse?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

⊥

37. Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte å bli feilmedisinert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

38. Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

39. Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet?

(F.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)

- ☐ Nei
- ☐ Ja
- ☐ Hadde infeksjon før innleggelsen

⊥

40. Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Personalet visste ikke om det
☐ Ikke aktuelt

⊥

Forberedelse til tiden etter utskriving

41. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

42. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Ikke aktuelt

43. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?

- ☐ Ja
☐ Nei
☐ Ikke aktuelt

⊥

Sykehusets samarbeid med andre

44. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

⊥

45. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad
☐ Vet ikke
☐ Ikke aktuelt

Samlet vurdering av sykehuset

46. Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

47. Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
☐ I liten grad
☐ I noen grad
☐ I stor grad
☐ I svært stor grad

⊥

Bakgrunnsspørsmål

48. Stort sett, vil du si din helse er...

- ☐ Utmerket
☐ Meget god
☐ God
☐ Nokså god
☐ Dårlig

⊥

49. Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus de siste to årene?

- ☐ 1 gang
- ☐ 2 ganger
- ☐ 3-5 ganger
- ☐ 6-10 ganger
- ☐ Mer enn 10 ganger

50. Hvor er du født?

- ☐ Norge
- ☐ Norden unntatt Norge
- ☐ Vest-Europa unntatt Norden
- ☐ EU-land i Øst-Europa
- ☐ Øst-Europa unntatt EU-land
- ☐ Afrika
- ☐ Asia med Tyrkia
- ☐ Nord-Amerika
- ☐ Sør- og Mellom-Amerika
- ☐ Oseania

T

51. Var det noen som hjalp deg å fylle ut dette skjemaet?

- ☐ Ja
☐ Nei

⊥

Her kan du skrive mer om dine erfaringer med sykehuset:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Vedlegg 2: Beregning av indikator for pasientsikkerhet

I denne rapporten blir indikator for pasientsikkerhet beskrevet via svarene på tolv enkeltspørsmål. Først er alle svarene som handler om pasientsikkerhet kodet om, slik at de er todelt. Positive beskrivelser har fått verdien 1, og negative beskrivelser verdien 0. Utregningen av indikatoren er slik:

- 1 En forutsetning for å få en skår på denne indikatoren er at pasienten har svart på minst halvparten av de tolv enkeltspørsmålene.
- 2 Det telles hvor mange svar pasientene har avgitt, og hvor mange av svarene som er positive.
- 3 Pasientens skår regnes ut som prosentandel positive av avgitte svar. F.eks.: En pasient har svart på åtte av de tolv spørsmålene, og seks av svarene er positive beskrivelser:
 $(6/8) \cdot 100 = 75\%$.
- 4 Sykehusenes skårer er gjennomsnittet av pasientenes skårer.

Gruppering av svarkategorier til positive og negative svar

Spm nr	Spørsmål	Negative kategorier	Positive kategorier
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	Ja	Nei
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	Nei	Ja

Vedlegg 3: Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter

Tabellen viser skårene for alle enhetene på de ulike organisatoriske nivåene: sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak. Med unntak av Ventetid er erfaringsindikatorene både vektet for frafall og justert for forskjellig sammensetning av pasientgruppene. Ventetid er bare vektet for frafall, og den basert på svarene bare fra elektivt innlagte pasienter.

Sammenligning vektete og justerte skårer for regionale helseforetak

	Pleiepersonal et	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Helse Midt-Norge RHF	76 +**	75	74 +*	69 +***	78 +***	73 +***	63 +.	66 +*	69	88 +**
Helse Nord RHF	74	74	71	66	75	71	60	63	68	85
Helse Sør-Øst RHF	74	74	72	65	75	71	59	61	67	86
Helse Vest RHF	74	73	71	65	73 -*	69 -***	59	61	64 -**	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av regionale helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: . $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå $p < 0,01$.

Sammenligning vektete og justerte skårer for helseforetak

	Pleiepersonal et	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker het
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Akershus universitetssykehus HF	70 -**	71	69	62 -.	71	72	54 -.	58	61	82 -**
Finnmarkssykehuset HF	74	74	72	66	76	69	59	65	58	83 -**
Helgelandssykehuset HF	76	76	74	68	79	72	62	66	77 +**	87
Helse Bergen HF	74	74	71	65	73	69	58	58	65	87
Helse Fonna HF	71 -*	69 -**	66 -*	62 -*	72	67 -***	56	60	64	84 -**
Helse Førde HF	75	73	72	68	76	70	60	64	73 +**	88
Helse Møre og Romsdal HF	74	73	72	68	76	64 -***	61	65	68	86
Helse Nord-Trøndelag HF	77 +.	75	74	69 +**	79	75 +***	64	67	66	89 +**
Helse Stavanger HF	74	74	72	66	74	67 -**	61	64	57	85
Helse Sør-Øst private ideelle med opptaksområde	77 +**	75	73	69	77	71	63	59	69	88
Helse Sør-Øst private ideelle spesialsykehus	76 +**	75	74	70 +***	78	75 +***	64 +.	61	66	93 +**
Helse Vest private	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	66	90 +**
Nordlandssykehuset HF	74	74	71	66	78	75 +**	60	64	71	86
Oslo universitetssykehus HF	74	75	72	66	77	71	59	57 -.	66	87
St. Olavs hospital HF	77 +*	75	75	69	79	78 +***	64	68	70	89 +**
Sykehuset i Vestfold HF	73	72	71	63	74	71	57	65	77 +**	84
Sykehuset Innlandet HF	76	76 +*	74	68	77	71	63	67	70 +**	88
Sykehuset Telemark HF	73	72	71	64	77	71	63	64	68	86
Sykehuset Østfold HF	69 -**	70	68	58 -**	72	76 +**	52 -.	53 -.		82 -**
Sørlandet sykehus HF	74	74	72	67	77	72	61	64	60 -**	87
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	74	73	71	65	73	71	60	62	66	85
Vestre Viken HF	74	74	73	65	75	68 -***	61	63	68	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektete og justerte skårer for sykehus

	Pleiepersonal et	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker het
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Aker sykehus	77	76	72	64	75	72	63	52 -*	69	88
Akershus universitetssykehus Kongsvinger	74	74	73	66	75	70	63	70	76 +**	87
Akershus universitetssykehus Nordbyhagen	68 -***	69 -*	68	60 -***	69 -*	73	52 -*	54	57	81 -**
Betanien Hospital	77	74	73	68	79	78 +***	64	63	71	91 +**
Bærum sykehus	74	75	72	65	75	66 -***	64	64	67	87
Diakonhjemmet sykehus	78	76	73	70	78	73	63	58	67	87
Drammen sykehus	73	74	72	62 -*	72	64 -***	58	65	67	85
Finnmarkssykehuset Hammerfest	73	73	71	64	75	62 -***	56	64	59	80 -**
Finnmarkssykehuset Kirkenes	75	76	73	67	78	80 +***	63	67		86
Førde sentralsjukehus	74	71	70	66	72	68 -***	59	63	72	86
Haraldsplass diakonale sykehus	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	65	89 +**
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	80	77	76	73	82	87 +***	65	77 +.	68	95 +**
Haugesund sjukehus	69 -**	68 -**	65 -**	60 -***	69 -.	67 -**	55	55	64	82
Haukeland universitetssjukehus	73	73	71	64	71 -*	69 -**	57	57	64	87
Helgelandssykehuset Mo i Rana	73	73	71	64	75	69	60	64	73	86
Helgelandssykehuset Mosjøen	78	75	74	72	81	77	65	67	83 +**	89
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	78	78 +*	76	71	81	72	65	70	79 +**	88
Kongsberg sykehus	75	76	74	68	75	68 -**	62	66	74 +**	89
Kristiansund sjukehus	78	77	77	74 +***	79	73	69	70	59	90 +**
Kysthospitalet i Hagevik	79 +***	77 +*	76 +*	73 +***	81 +*	75 +*	63	70	68	95 +**
LHL - klinikken Gardermoen	78	80 +**	78	75 +***	86 +.	85 +***	63	70	74 +**	95 +**
Lovisenberg diakonale sykehus	77	76	74	69	76	70	65	60	70	90 +**
Lærdal sjukehus	79 +**	79 +**	77 +*	76 +***	83 +**	78 +***	67	70	72	95 +**
Martina Hansens Hospital	76	76	74	71 +*	76	71	64	58	62 -**	93 +**
Molde sjukehus	72 -*	69 -**	69	65	75	59 -***	58	62	63	84
Nordfjord sjukehus	80	77	75	70	79	77	61	67		88
Nordlandssykehuset Bodø	74	74	70	65	77	72	59	65	71	86

	Pleiepersonal et	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker het
Nordlandssykehuset Lofoten	76	74	75	69	76	74	63	63	71	86
Nordlandssykehuset Vesterålen	77	77	73	70	80	84 +***	63	65	67	86
Odda sjukehus	74	75	74	66	79	70	67	71		87
Orkdal sjukehus	75	74	72	68	75	70	64	63	63	88
Radiumhospitalet	75	73	71	65	76	65 -***	59	60	76 +**	87
Revmatismesykehuset Lillehammer	77	73	71	69	76	80 +***	65	65	64	93 +**
Rikshospitalet	76	75	73	68	80	75	57	58	68	88
Ringerike sykehus	78	76	75	70	80	78 +***	62	63	69	89
St. Olavs hospital	78	76	76	70	80	80 +***	65	71	72	89
Stavanger universitetssjukehus	74	74	73	67	74	67 -***	61	64	57	85
Stord sjukehus	73	71	69	65	74	69 -*	55	67	64	86
Sykehuset i Vestfold	73	72	71	64	74	71	58	66	77 +**	84
Sykehuset Innlandet Elverum	75	76	74	68	77	74	63	68	66	89
Sykehuset Innlandet Gjøvik	75	75	73	67	75	71	62	68	71	86
Sykehuset Innlandet Hamar	74	73	72	65	77	65 -***	61	66	65	84
Sykehuset Innlandet Lillehammer	77	78	75	68	77	70	68	70	78 +**	90 +**
Sykehuset Innlandet Tynset	81 +***	78	77	76 +***	85 +***	78 +***	68	61	73 +**	92 +**
Sykehuset Levanger	78	76	76	71	81	76	65	69	65	89 +**
Sykehuset Namsos	76	74	73	68	77	75	65	66	68	88
Sykehuset Telemark Notodden	73	72	70	66	74	73	61	66	73	86
Sykehuset Telemark Skien og Porsgrunn	74	73	71	64	78	71	64	64	67	86
Sykehuset Østfold	69 -***	70 -.	69	59 -***	72	76 +*	52 -*	54 -*		82 -**
Sørlandet sykehus Arendal	73	74	72	67	75	69 -.	56	61	56 -**	87
Sørlandet sykehus Flekkefjord	79 +*	79 +*	77	75 +***	85 +***	82 +***	69	74 +.	64	91 +**
Sørlandet sykehus Kristiansand	74	74	72	67	77	73	63	65	63	86
Ullevål sykehus	73	75	72	65	75	69	60	56	58	85
UNN Harstad	78	77	74	70	77	70	66	59	65	87
UNN Narvik	74	72	71	67	78	70	62	65	67	87
UNN Tromsø	74	74	71	64	71	71	58	64	66	84
Volda sjukehus	80 +**	81 +***	80 +***	74 +***	85 +***	75	71 +**	73	69	90 +**
Voss sjukehus	77	75	73	70	82	74	65	66	63	89

	Pleiepersonal et	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker het
Ålesund sjukehus	72	72	69	66	74	61 -***	58	63	72	84

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av sykehus markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: . $p<0,1$ * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå $p<0,01$.



Utgitt av Folkehelseinstituttet
Published by Norwegian Institute of Public Health
November 2020

Bestilling/Order: Kun tilgjengelig som PDF.
Lastes ned fra www.fhi.no
Only available as PDF from www.fhi.no

ISSN: 1890-1565



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/9729-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører systematisk interne revisjoner på foretaks- og klinikk-/senternivå. Det besluttes årlig revisjonsprogram både på foretaks- og klinikk-/senternivå. Revisjoner på foretaksnivå gjennomføres i hovedsak som systemrevisjoner og ledes av erfarne rådgivere fra Kvalitetsavdelingen, Fag- og kvalitetsstenteret.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over og status for oppfølging av interne revisjoner gjennomført i 2020.

Saksutredning

Det anbefales en systematisk rapportering til styret for at styret ved UNN skal få bedre oversikt og nærmere innsyn i funn etter interne revisjoner og planer for oppfølging i helseforetaket. Anbefalt rapportering foreslås som følger:

1. Oversikt over gjennomførte interne revisjoner

Det anbefales at Fag- og kvalitetssenteret innehar oppgaven med å samle inn informasjon, og utarbeide forenklet rapport med status for interne revisjoner på foretaksnivå årlig. Rapporten presenteres for styret årlig i første tertial, gjeldende for forutgående år. Foreslått mal for rapportering er benyttet for å rapportere i denne saken.

2. Rapporter etter internrevisjoner

Det anbefales at revisjonsrapport og handlingsplan presenteres for styret der hvor revisjoner er gjennomført som systemrevisjoner på foretaksnivå. Foreslått mal for rapportering er benyttet i denne saken, og er sammenfallende med malen som benyttes for rapportering av eksterne tilsyn og revisjoner. I denne saken vedlegges oppsummering av systemrevisjoner gjennomført i 2020 til orientering, da ny praksis anbefales innført gjeldende fra vedtaksdato i styret.

Vurdering

Den foreslåtte rapportering vil gi styret en bedre oversikt over gjennomføring av besluttet revisjonsprogram, samt nærmere innsyn i funn og oppfølging av systemrevisjoner på foretaksnivå. Direktøren anbefaler at styret godkjenner forslaget til rapportering.

Oppfølgende arbeid etter revisjoner og ulike eksterne tilsyn er et område som er i kontinuerlig forbedring. Sammenfallende funn gjøres i ulike undersøkelser, og kunnskap om dette gjør at UNN nå arbeider med metodikk for å sammenstille funn slik at oppfølging av enkeltrapporter også blir styrking av kvalitet i hele organisasjon. Ett eksempel på dette er utarbeidelse og publisering av læringsnotat.

Direktøren anbefaler at styret tar statusrapport og rapporter etter internrevisjoner til orientering

Konklusjon

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Statusrapport- internrevisjon UNN* gjeldende for 01.01.2020 til og med 31.12.2020 til orientering.

Vedlegg:

1. Statusrapport interne revisjoner for 2020
2. Samlet rapportering systemrevisjoner 2020 (*Unntatt off jf. offl § 14*)

Sak 12/2021 - orienteringssak 7 - vedlegg 1

Elements	Revisjonsnr	Type revisjon	Revisjons tema/navn	Status	Kommentar til status	Klinikkssjef rev.part informert	KU informert	Styret informert
2020/1981	R04/20	Systemrevisjon	Smittevern		4 avvik, ikke utarbeidet handlingsplan/tiltak iverksatt som følge av pågående koronapandemi	Ja	Nei (korona)	Nei
2020/7021	R07/20	Systemrevisjon	Transfusjon av blodprodukter		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Nei (sak til HT)	Nei
2020/6337	R08/20	Systemrevisjon	Overføring av pasienter mellom sykehus i UNN		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Ja (sak31/20)	Nei
2020/7518	R09/20	Systemrevisjon	Utløst pasienter		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Ja (sak14/20)	Nei
2020/3936	R10/19	Systemrevisjon	Innhold epikriser		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Nei (korona)	Nei
2020/835	R09/19	Systemrevisjon	Traumemottak		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Ja (sak22/20)	Nei
	R01/20	kontroll myndighetskrav	HMS inkl ytre miljø		Avvik lukket/ revisjon avsluttet	Ja	Nei	Nei
	R05/20	kontroll myndighetskrav	Legemiddelhåndtering		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Nei	Nei
	R06/20	kontroll myndighetskrav	Legemiddelhåndtering		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Nei	Nei



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/704-1
Saksbehandler:	Tordis Sørensen Høifødt

Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken

Bakgrunn

UNN skal levere likeverdige tjenester uavhengig av hvor folk bor, og det forventes at vi skal sørge for god bruk av ressursene. Både nasjonalt og i strategisk utviklingsplan for PHRK i UNN, er det føringer på at tjenestetilbudet skal dreies fra døgn til dag. Dette med henvisning til faglige grunner, og av hensyn til god ressursbruk. Per i dag har UNN en høyere forbruksrate av døgnopphold i psykisk helsevern og TSB enn ellers i landet ¹. I tillegg har vi store variasjoner mellom de ulike opptaksområdene i UNN med tanke på antall innleggelser og liggedøgn, og forbruk av polikliniske tjenester ².

Saken omhandler klinikkens vurderinger knyttet til å:

- Justere ned døgnkapasitet i Avdeling sør (omfattende Sentre for psykisk helse og rusbehandling i Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms – tilsvarende DPS) fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.2021.
- Justering av opptaksområdet for to av sentrene (m.h.t. kommunene Lavangen og Salangen) fra 01.06.2021.
- Flytting av poliklinikktilbudet fra Sjøvegan i løpet av 2021 (2,75 stillinger).

Avdelingen har over flere år hatt lav beleggsprosent på sine døgnenheter, samtidig som en har hatt kapasitetsutfordringer i poliklinikk. Klinikken har på denne bakgrunn vurdert det som riktig å justere ned døgnkapasitet fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.2021. Det betyr 10 døgnplasser ved Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Sør-Troms (uttak av 2 plasser), 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms (uttak av 3 plasser) og 9 døgnplasser ved SPHR Ofoten (uttak av 3 plasser), men hvor det i tillegg vil være 2 akutt/utredningsplasser for avdelingen i tilknytning til realiseringen av nye UNN Narvik.

Befolkningen i kommunene Lavangen og Salangen kommune som i dag inngår i opptaksområdet for SPHR Midt-Troms overføres til opptaksområdet for SPHR i Ofoten fra og med 01.06.21.

Formålet med å justere antall døgnplasser handler om å forsterke det polikliniske tilbudet som etterspørres i økende grad.

¹ Helseatlas <https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas>

² [Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge 2015-2017](#), SKDE november 2019



Bakgrunnen for at vi ønsker å flytte poliklinikktilbudet i Salangen, er at det over tid har vært vanskelig å rekruttere kvalifisert personell hit og skape et robust fagmiljø. I tillegg gjør kommune-sammenslåinger, kortere reisevei og endringer i befolkning, at vi også må endre våre tilbud. Vi er opptatt av å videreutvikle det faglige pasienttilbudet og bevare gode fagmiljø i regionen. Våre risikoreduserende tiltak er å styrke samarbeidet med fastlegene, styrke ambulerende virksomhet og øke tilbudet via videokonsultasjoner. Det vises for øvrig til saksfremlegg av 17.12.20 for ytterligere redegjørelse av bakgrunn, prosess og vurderinger (vedlagt).

Saksutredning

Slik det fungerer i dag, er helsetilbudet for folk i Salangen og Lavangen todelt, alt etter om det gjelder somatisk eller psykisk helse. Trenger man somatisk helsehjelp, må man til UNN Narvik, mens man ved behov for psykisk helsehjelp må til Senter for psykisk helse og rus i Midt-Troms, på Silsand. Endringen som nå gjøres i opptaksområdet innebærer at somatikk, psykiatri og rus skal samlokaliseres i nye UNN Narvik. Målet med dette er å gi et mer helhetlig pasientforløp til befolkningen, også for kommunene Salangen og Lavangen.

Klinikken har brukt lang tid på denne prosessen og gjennom denne hatt møter med ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i avdelingen og klinikken, med bruker- og pårørendeorganisasjoner, de berørte kommunene og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (som også har virksomhet på Sjøvegan).

Klinikken har et betydelig fokus på rekruttering av behandlingskritisk personell. Dette gjelder også i forhold til poliklinikktilbudet på Sjøvegan. Det har vært kontinuerlig utlysning av stillinger over år, en har hyppig opplevd å ikke ha fått søkere, eller fått tilsatt personer som dessverre har sluttet etter mindre enn ett år. Flere ansatte har vært nyutdannede og har flyttet relativt raskt. Slik gjennomtrekk påvirker også robusthet og faglighet på en uheldig måte.

Det er nå også slik i dag at en ikke alltid trenger å reise for å gjennomføre møte med en fagperson. Videokonsultasjoner tilbys nå til våre pasienter i stadig større grad.

Vurdering

Samtidig som det i dag framstår som riktig å justere ressursbruk fra døgn til dag, er det nødvendig å vurdere *ønsket framtidig* bruk av senger og poliklinisk/ambulante tjenester ved SPHR, samt å ta stilling til hvor lang reisevei det er akseptabelt å ha til poliklinisk behandlingstilbud. Vi må gjennom dette altså både vurdere dagens ressursbruk og se for oss framtidens helsetjenester der oppgaveutforming og oppgavedeling mellom kommuner, SPHR og mer spesialiserte sykehusfunksjoner kan bli annerledes enn i dag.

I Avdeling sør har vi per i dag noe ujevn størrelse på opptaksområdene. Vi har derfor vært nødt til å vurdere om vi skal ha en liten døgnenhet og to litt større enheter, eller om vi skal justere på opptaksområdene. For å skape en robusthet i alle de tre fagmiljøene ved SPHR har det vært vurdert som viktig å ha en tilnærmet jevn størrelse på enhetene.



Spørsmålet om opptaksområder i avdelingen handler i utgangspunktet om at en må ha tre robuste SPHR som i stand til å gi et kvalitativt godt og likeverdig tilbud til pasientene. Et resultat av kommunesammenslåinger siste år har ført til at SPHR Ofoten nå ivaretar et betydelig mindre befolkningsgrunnlag enn Sør-Troms og Midt-Troms. Alternativet til å justere på opptaksområdene, har vært å bygge ned tilbudet i Ofoten. En slik utvikling vil på flere måter være kritisk både med hensyn til det lokale tilbudet i Ofoten og den videre utviklingen av pasienttilbudet i avdelingen samlet. Det bryter også med tanken om å knytte robuste fagmiljø i nær tilknytning til øvrige sykehusfunksjoner, og ville ikke samsvart med de allerede planlagte utviklingsmulighetene i Nye UNN Narvik (NUN).

Det er selvsagt også knyttet en risiko knyttet til å flytte kommuner i et opptaksområde. Av risikovurderingen framgår det at dette vil være mest gjeldende i en overgangsperiode, og en vil over litt tid kunne forvente at det blir etablert nye og gode relasjoner. Erfaringer fra tidligere endringer av opptaksområder i avdelingen tilsier også dette (f.eks. er Lødingen kommune tidligere overført fra opptaksområdet for SPHR Ofoten til SPHR Sør-Troms). En annen utvikling som har aktualisert endring av opptaksområder, er at reiseveier er endret gjennom åpningen av Hålogalandsbrua: Reiseveien fra tettstedene i Salangen og Lavangen er like kort til Narvik som til Silsand.

Konklusjon

Klinikkledelsens beslutning knyttet til den beskrevne faglige omstillingen, baserer seg på et strategisk valg om å endre tjenestetilbudet fra døgn til dag. Frigjorte ressurser skal benyttes til å forsterke allerede etablerte polikliniske og ambulante tilbud ved de tre sentrene i Avdeling sør. Vi er avhengig av kvalifisert ansatte som fundament for å opprettholde og bygge sterke fagmiljøer fremover.

Klinikken er svært opptatt av å yte et godt tilbud i form av samarbeidsmøter og veiledning til kommuner i vårt opptaksområde. For Salangen kommune vil vi over tid kunne bistå gjennom regelmessige møter og et ambulerende pasienttilbud.

Proessen knyttet til berørte ansatte, som i dag har sitt arbeidssted ved Sjøvegan, vil være svært fleksibel og bli ivaretatt i samarbeid med tillitsvalgte gjennom 2021. Ressursgruppe for omstilling og organisasjonsendring (RON) i UNN er involvert.

Vedlegg: Faglig utvikling Avd. sør

Endring av døgncapazität og opptaksområder i Avdeling sør

Til: Klinikledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken

Fra: Avdelingsledelsen Avdeling sør v/ avdelingsleder Beathe Fridfeldt

Dato: 17.12.20

Bakgrunn

UNN skal levere likeverdige tjenester uavhengig av hvor folk bor og det forventes at vi skal sørge for god bruk av ressursene. Både nasjonalt og i strategisk utviklingsplan for PHRK i UNN er det føringer på at tjenestetilbudet skal dreies fra døgnetil dag. Dette både av faglige grunner og av hensyn til god ressursbruk. Pr i dag har UNN en høyere forbruksrate av døgnopphold i psykisk helsevern og TSB enn ellers i landet ¹. I tillegg har vi store variasjoner mellom de ulike opptaksområdene i UNN med tanke på antall innleggelser og liggedøgn, og forbruk av polikliniske tjenester ². Det anses derfor som riktig at avdelingen når gjør nødvendige justeringer for å få til en dreining fra døgnetil dag samt reduserer uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester.

Avdeling sør har over flere år hatt lav beleggsprosent på sine døgnenheter, samtidig som vi har hatt kapasitetsutfordringer i poliklinikk. Vi har derfor sett nærmere på om det er hensiktsmessig å justere ned døgncapazität og bruke frigitte ressurser til poliklinisk/ambulant virksomhet. Etter kommunesammenslåinger og tidligere justering av opptaksområder, ser vi også at budsjettmidler mellom de tre SPHRene i Avdeling sør, er noe ujevnt fordelt når en tar utgangspunkt i antall innbyggere i et gitt område. Det kan medføre ulikt tjenestetilbud knyttet til de tre SPHRene i Avdeling sør.

Klinikledelsen har drøftet disse problemstillingene ved flere anledninger. Det vises blant annet til notat av 12.02.20 og 10.09.2020 fra avdelingsleder Avdeling sør til klinikledelsen.

Dagens notat omhandler vurderinger av følgende områder:

- 1) Døgncapazität. Det vurderes om antall døgnplasser i Avdeling sør bør reduseres for å styrke det poliklinisk/ambulante tilbudet.
- 2) Fordeling av budsjettmidler mellom de tre seksjonene i Avdeling sør. Det ses på om vi kan få til en bedre justering ut fra størrelsen på opptaksområdene. Det kan gjøres ved å:
 - a) Justere opptaksområde slik at opptaksområdet i Ofoten økes med kommuner fra Midt-Troms. Dette gjelder kommuner som fått kortere reisevei til Narvik grunnet Hålogalandsbrua.
 - b) Refordere budsjettmidler/stillinger fra Ofoten til Sør-Troms og Midt-Troms.
- 3) Videre drift ved poliklinikken Sjøvegan.

¹ Helseatlas <https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas>

² Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge 2015-2017, SKDE november 2019

Aktuelt

Det vises til beslutning på samling for klinikkledelsen 10.09.2020:

1. *Avdeling sør arbeider videre med forslag til endring av døgncapasitet og opptaksområder i Avdeling sør (jamfør notat 12.02 og 10.09.20) etter skisserte alternative modeller frem mot valg av modell.*
2. *Med bakgrunn i at det over tid har vist seg vanskelig å bygge opp et stabilt og robust kompetansemiljø ved poliklinikken på Sjøvegan vurderes det om virksomheten her skal opphøre og tilbudet flyttes. Som ledd i dette vurderes kommunene Salangen, Lavangen (og Bardu?) tillagt opptaksområdet for SPHR Ofoten og betjenes derfra. Øvrige kommuner som i dag betjenes av poliklinikken på Sjøvegan tillegges som tidligere SPHR Midt-Troms, men betjenes fra virksomheten på Silsand. Konsekvenser i forhold til BUP Sjøvegan må avklares. Sakskomplekset utredes.*
3. *Proessen (punkt 1 og 2) må skje gjennom et arbeid som inkluderer en bred intern drøfting i berørte enheter og Psykiatrisk avdeling, samt Rusavdelingen, inkludert risikovurdering av foreslåtte endringer, drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste og dialog med berørte kommuner. Retningslinjer for omorganisering skal følges. Ansvar: Avdelingsledelse. Tid: 29.10.20*
4. *Beslutningssak til klinikkledelsen: November*
5. *Frigjorte midler som følge av redusert døgncapasitet beholdes i avdelingen og nyttes til styrking av poliklinisk/ambulant virksomhet*
6. *Omfordeling av midler mellom SPHR i Avdeling sør som følge av ovennevnte endringer må avklares internt i avdelingen.*

Prosess

Jfr. punkt 3 i beslutning (under overskrift Aktuelt).

Bred intern drøfting i berørte enheter og Psykiatrisk avdeling, samt Rusavdelingen, [] inkludert drøftinger med tillitsvalgte og vernetjenesten.

- Ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avdeling Sør ble invitert til informasjonsmøte om prosessen 25.09.20. Det var i forkant av møtet sendt ut saksdokumenter.
- Drøftinger ved alle seksjoner i Avdeling sør i ukene 40 - 44 hvor ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste deltok.
- Det har vært avholdt møte med lederne i Psykiatrisk avdeling 30.09.20 og Rusavdelingen 07.10.20. Det ble i tillegg åpnet for ytterligere drøftingsmøter i uke 43 hvor noen fra Avdeling Sør kunne stille, men det ble ikke meldt tilbake noe ønske om dette. Ut over dette må avdelingslederne i de respektive avdelingene redegjøre for ytterligere drøftinger i sine avdelinger.
- Saken og aktuelle problemstillinger ble tatt opp i dialogmøte med klinikkverneombud og klinikkstillitsvalgte 09.10.20 og i klinikkens KVAM-utvalg 23.10.20.
- Det ble avholdt møte med bruker- og pårørendeorganisasjonene 20.10.20.
- Det ble avholdt møte med BUPA 14.okt – jfr. punkt 2.

Dialog med berørte kommuner

- Det ble informert om prosessen i Samarbeidsforum psykisk helse og rus Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms i uke 41. Saksnotat var sendt ut i forkant av møtene.
- Bardu, Lavangen og Salangen var nevnt spesielt i beslutningen og ble derfor invitert til eget møte for ytterligere drøftinger. Salangen takket ja til møte som ble avholdt 20.09.20.
- Øvrige kommuner ble bedt om å ta kontakt med oss hvis de ønsket eget møte for ytterligere drøftinger. Ingen tok kontakt.

Risikovurdering av foreslåtte endringer

I forkant av risikovurderingen ble det sendt ut et notat hvor vi ba om innspill slik at vi skulle få med oss de viktige momentene når vi skulle vurdere endring av døgnkapasitet, opptaksområde for hvert SPHR, og den polikliniske driften på Sjøvegan. Innspillene dannet utgangspunkt for risikovurderingen.

Notatet og forespørsel om innspill ble sendt til alle kommunene som «tilhører» opptaksområdet for Avdeling sør, Bruker- og pårørendeorganisasjonene, BUPA, internt i Avdeling sør, alle avdelingene i klinikken (først som avtalt til Rusavdelinga og Psykiatrisk avdeling, med kopi til Avdeling nord og FFU. Deretter direkte til Avdeling nord og FFU etter oppfordring). Det kom inn 13 innspill.

Kvalitetsavdelingen bisto i planlegging og gjennomføring av risikovurdering som ble gjort 25.11.20 (vedlegg 2). Risikovurderingen ser ikke modellene opp mot hverandre, men tar utgangspunkt i de ulike elementene som er aktuelt å gjøre noe med.

Vurdering

Samtidig som det i dag framstår som riktig å justere ressursbruk fra døgn til dag, er det nødvendig å vurdere *ønsket framtidig* bruk av senger og poliklinisk/ambulante tjenester ved SPHR, samt ta stilling til hvor lang reisevei det er akseptabelt at det er til poliklinikk. Vi må altså både vurdere dagens bruk og se for oss framtidens helsetjenester der oppgaveutforming og oppgavedeling mellom kommuner, SPHR og mer spesialiserte sykehusfunksjoner kan bli annerledes enn i dag.

Døgnkapasitet

Døgnkapasitet samlet i Avdeling Sør

Døgnenhetene har de siste årene hatt relativt lavt pasientbelegg, rundt 60 %. Det betyr at i gjennomsnitt har minst 12 av de 36 sengene være ledig i Avdeling sør. Man kunne tenkt seg en reduksjon med 12 senger, men det vil da være en risiko for at man ikke har strekkelig kapasitet til å håndtere i svingninger man ser mellom dagene/ ukene, samt håndtere akutte forløp på en god måte. Spørsmålet blir da hva som blir «riktig» antall senger i en avveining av de oppgavene vi har, mulige framtidige oppgaver og ressursbruk. En reduksjon med 6 - 8 senger, vil bety at omlag 80 % av døgnkapasiteten beholdes og vi vil ha et en samlet kapasitet i avdelingen på 28 - 30 senger.

Framskrivningstall viser at det samlet er forventet en reduksjon i liggedøgn i Avdeling sør fram til år 2030 med omtrent 12 prosent sammenlignet med år 2018, og omtrent 20 prosent i år 2040 ³.

³ Aktivitet- og kapasitetsframskriving UNN HF 2014-2040. UNN og Sykehusbygg november 2020.

Disse tallene har ikke tatt høyde for ujevnheter i forbruksmønster mellom opptaksområdene i klinikken, og må antageligvis justeres noe. Det framstår likevel som fullt mulig å ta ned sengetallet med 6 - 8 plasser og samtidig ha kapasitet til faglig omstilling, og mulige nye oppgaver lengre frem i tid (jfr. innspill fra Psykiatrisk avdeling). I den gjennomførte risikovurderingen framkommer heller ingen nevneverdig risiko når det gjelder å redusere antall senger i døgnerhetene i denne størrelsesorden.

Døgncapasitet pr SPHR

Det er videre sett på hvor stor kapasiteten bør være pr SPHR vurdert opp mot befolkning i hvert opptaksområde. Dette med tanke på å gi likeverdig tilgang på et lokalt døgntilbud uavhengig av hvilket SPHR man tilhører. Ut fra dette var det i en tidlig fase vurdert som ønskelig å ha døgnerhet ved alle SPHR som i dag, selv om det er dyrere å drifte tre enheter enn to.

Med mindre vi skal lage mer spesialiserte funksjoner/ oppgaveløsning for hver enkelt SPHR, bør døgnerhetens størrelse samsvare sånn noenlunde med størrelsen på opptaksområdet/ innbyggertall. Det har pr nå vært vurdert at alle døgnerhetene bør ha generell kompetanse. Vi opprettholder altså dagens ordning og bruker geografi som styrende prinsipp for hvilken døgnerhet som velges for den enkelte pasient og for kapasitetsberegning. En eventuell spesialisering må heller komme på et senere tidspunkt som et resultat av en helhetlig prosess i klinikken.

I Avdeling sør har vi pr i dag noe ujevn størrelse på opptaksområdene. Vi har derfor vært nødt til å vurdere om vi skal ha en liten døgnerhet og to litt større enheter, eller om vi skal justere på opptaksområdene. For å skape en robusthet i alle de tre fagmiljøene har det vært vurdert om viktig å ha en tilnærmet jevn størrelse på enhetene. Det er derfor sett nærmere på opptaksområdene.

Opptaksområde for hvert SPHR i Avdeling Sør

Spørsmålet om opptaksområder i avdelingen handler i utgangspunktet om at en må ha tre robuste SPHR som i stand til å gi et kvalitativt godt og likeverdig tilbud til pasientene. Et resultat av kommunesammenslåinger siste år har ført til at SPHR Ofoten ivaretar et betydelig mindre befolkningsgrunnlag enn Sør-Troms og Midt-Troms. Alternativet til å justere på opptaksområdene, har vært å bygge ned tilbudet i Ofoten. En slik utvikling vil på flere måter være kritisk både med hensyn til det lokale tilbudet i Ofoten og den videre utviklingen av pasienttilbudet i avdelingen samlet. Det bryter også med tanken om å knytte robuste fagmiljø i nær tilknytning til øvrige sykehusfunksjoner, og ville ikke samsvart med de allerede planlagte utviklings-mulighetene i Nye UNN Narvik (NUN).

Det er selvsagt også knyttet en risiko til å flytte kommuner i et opptaksområde. Ut fra risikovurdering framgår at dette vil være mest gjeldende i en overgangsperiode og en vil over litt tid, kunne forvente at det blir etablert nye og gode relasjoner.

En annen utvikling som har aktualisert endring av opptaksområder, er at reiseveier er endret fordi Hålogalandsbrua er bygget. Reiseveien fra tettstedene i Salangen, Lavangen og Bardu er like kort til Narvik som til Silsand. Bakgrunnen for at vi ikke har gjort en vurdering av dette tidligere, handler om at vi har en poliklinikk på Sjøvegan. Driften på Sjøvegan må derfor tas med inn i den helhetlige vurderingen.

Poliklinisk drift i Sjøvegan

Utgangspunktet for spørsmål om videre poliklinisk drift ved Sjøvegan knytter seg i hovedsak til rekrutteringsutfordringer og reisevei for pasienter i området.

Gjennom risikovurderingen fremkom at nedleggelse av drift på Sjøvegan sannsynligvis ville oppleves som en stor negativ konsekvens for pasientene i dette opptaksområdet. Samtidig vet vi at pr i dag har vi bare én ansatt som jobber i poliklinikken i Sjøvegan, og at pasienter fra opptaksområdet i stor grad allerede får det polikliniske tilbudet på Silsand.

Reisevei fra Sjøvegan (Salangen) til Silsand er 1 t 16 min, mens det til Narvik er 1 t 14 min. Fra Tennevoll (Lavangen) til Silsand er det 1t 34 min, mens det til Narvik vil være 58 min. Vi har flere deler av vårt opptaksområde som ligger rundt en times tid unna våre SPHR, så dette vil ikke være spesielt for befolkningen i dette området. Men det vil selvfølgelig oppleves som utfordrende, siden man har vært vant til å ha poliklinisk drift på Sjøvegan, noe som har medført kort reisevei for befolkning i Salangen og Lavangen. En reisevei på rundt en time anses dog som akseptabelt for å komme til poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten⁴. Det er samtidig en reell risiko at noen vil vegre seg for å ta imot poliklinisk behandling når reisevei er lang. Risikoreduserende tiltak vil være å styrke samarbeidet med fastlegene, styrke ambulerende virksomhet og øke tilbudet via videokonsultasjoner.

BUP har virksomhet sammen med oss på Sjøvegan. Denne virksomheten vil gjøres mer sårbar med hensyn til rekruttering og fagmiljø, dersom vi ikke skal ha poliklinisk drift på Sjøvegan. Dette er selvfølgelig uheldig. Når det gjelder felles pasientforløp for familier og overgang BUP til VPP, så er dette i en så liten målestokk at det anses å utgjøre en svært liten risiko at vi ikke har tilbud ved samme lokalisasjon.

Når det gjelder samarbeid med kommunene og ringvirkningene av at UNN ikke har virksomhet i Salangen, ser vi argumentene med at dette kan være uheldig når det gjelder å bidra til levedyktige distrikter. Samtidig er spesialisthelsetjenesten sin oppgave å gi gode spesialisthelsetjenester til pasientgruppen vår og støtte opp under kommunenes tilbud. Dette kan vi bidra til, selv om vi ikke har poliklinisk drift på Sjøvegan.

Risiko ved å opprettholde driften på Sjøvegan, er at vi ikke greier å gi et kvalitativt godt tilbud grunnet mangel på personell og spesialistkompetanse. At vi bruker unødige ressurser for at fagpersonell reiser mellom Sjøvegan og Silsand, er i tillegg uheldig fordi vi har marginalt med det som kan kalles kritisk kompetanse også på Silsand. Langt på vei skaper vi i dag et skinn av at vi har en fullverdig poliklinikk på Sjøvegan, men det er ikke realiteten. Vi mener derfor at en samlet drift et sted, vil tilsi et mer robust og kvalitativt godt tilbud for pasientene.

Det vil være mindre kostnadskrevenende for oss hvis vi greier å lage et tilfredsstillende pasienttilbud ved at eksempelvis første samtale gis ved Silsand eller i Narvik, og deretter behandling med kombinasjon av video og tilstedeværelse. Dette vil også være i tråd med framtidsrettet tankegang og føringer for tjenesten som tilsier at vi skal øke graden av videokonsultasjoner.

Ut fra de avveininger som er gjort, anses det som riktig å ikke videreføre poliklinisk drift i Sjøvegan.

⁴ Til sammenligning er reisetid til sykehus med akuttfunksjon for 47% av befolkningen på 31- 60 min og for 14% av befolkningen er den på 61-90 minutt (Innspill til nasjonal sykehusplan for Den norske legeforening).

Samlet vurdering av døgnkapasitet og opptaksområde

En samlet vurdering av døgnkapasitet og justering av opptaksområder opp mot god bruk av ressurser og likeverdige tjenester, tilsier at befolkningen i Salangen og Lavangen får sitt tilbud ved SPHR Ofoten og at vi samlet beholder 30 senger i Avdeling sør. Disse fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 + 2 ved SPHR Ofoten ⁵. Det betyr også at vi avvikler fast drift ved poliklinikken i Sjøvegan.

Gevinst av endringene

En reduksjon av døgnkapasiteten er ikke basert på en innsparingsprosess i klinikken eller avdelingen. Kapasitetsreduksjonen er en faglig omstilling som handler om å bruke ressursene i avdelingen på en bedre måte. Endring i døgnkapasitet, opptaksområde og forflytning av poliklinisk drift, vil ikke medfører de store innsparingene i sum av kroner. Likevel anser avdelingen at dette er nødvendige justeringer for å ytterligere gå i retning av riktig ressursbruk, den ønskede faglige dreining fra døgn til dag, samt sørge for et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor folk bor.

Ved valg av modell 2 og standard bemanning på døgnenhetene, vil det være mulig å bespare anslagsvis kr 3 millioner ⁶. I tillegg kommer økonomisk gevinst dersom vi ikke skal drifte poliklinikk på Sjøvegan. Denne er imidlertid begrenset da de polikliniske stillinger må overføres til Silsand eller Harstad. Reell besparelse gjelder husleie (kr 300 000) og 0,5 sekretærstilling, samt de omkostningene vi har i dag med å drive en poliklinikk på to lokalisasjoner.

Samlet innsparingspotensial ved valg av modell 2, anslås å være kr 3,5 mill. En poliklinisk stilling koster kr 700 000 - 850 000 ⁷. Det betyr at vi frigjør midler til 4 - 5 polikliniske stillinger. En poliklinisk stilling gir inntekter i form av refusjoner (ISF + egenandeler) på 240 000 pr år ⁸. Det betyr en økt inntekt for klinikken på kr 720 000 - 900 000. Det betyr i realiteten at klinikken ytterligere kan finansiere en poliklinisk stilling.

Når det gjelder gevinst for pasientene, så betyr 5 polikliniske stillinger at vi kan tilby om lag 1 500 pasientkonsultasjoner mer i løpet av et år. Det vil være et godt bidrag inn mot å bedre kapasiteten og tilbudet i den polikliniske/ ambulante virksomheten.

Det er en viss risiko ved å justere opptaksområdet og ved nedleggelse av poliklinikk på Sjøvegan. Risiko ved å ikke gjøre noe anses imidlertid som større enn ved de endringene som foreslås i modell 2. Ved å justere opptaksområdet slik at Salangen og Lavangen hører til Ofoten, vil ingen av opptaksområdene bli spesielt små og vi kan bevare store nok fagmiljø på begge stedene noe som vil bidra til en viss stabilitet og robusthet i fagmiljøene ⁹.

⁵ Se vedlegg 1 modell 2

⁶ Aktuelle data som ble brukt til risikovurderingen (vedlegg 3 side 2)

⁷ Tall for innsparing døgn og pris per poliklinisk stilling er 2018-tall, så disse er sammenlignbare. Må likevel regnes mer nøyaktig før fordeling av stillinger mellom seksjonene gjøres.

⁸ Anslag beregnet av DRG-rådgiver basert på historiske data (DRG-poeng x enhetspris 2021)

⁹ Se risikovurderingen vedlegg 2

Oppsummering og anbefalinger

Det har vært dialog med Psykiatrisk avdeling vedrørende konsekvenser for kapasitetsnedgang i forhold til felles pasientforløp. Etter risikovurdering har saken vært drøftet og behandlet i avdelingsledelsens sitt møte 02.12.20.

- Avdelingsledelsen anbefaler at kommunene Lavangen og Salangen overføres fra SPHR Midt-Troms til SPHR Ofoten fra og med 01.04.21. Opptaksområdet samsvarer da med opptaksområdet for NUN og vil være i tråd med fremtidig tenkte pasientforløp.
- Avdelingsledelsen erkjenner at det er faglig krevende å opprettholde videre drift av den polikliniske virksomheten i Sjøvegan. Den polikliniske driften i Sjøvegan avvikles fra og med 01.04.21. En omfordeling av ressursene vil gjøres på bakgrunn av behov. En overføring av arbeidsted for de som nå har sitt arbeidssted på Sjøvegan, forutsetter gode prosesser sammen med de ansatte.
- Avdelingsledelsen anbefaler en reduksjon av døgnkapasitet i Avdeling sør fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.21. Disse fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 + 2 ved SPHR Ofoten.
- Omfordeling av midler mellom SPHR i Avdeling Sør som følge av ovennevnte endringer følges opp i avdelingsledelsen etter at klinikkleidelsen har tatt sin beslutning i saken. Ved behov for omstilling av personell følges gjeldende retningslinjer for omorganisering i UNN.

Innstilling til vedtak:

1. Døgnkapasiteten i Avdeling sør reduseres fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.21. Kapasiteten fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 ved SPHR Ofoten hvor det i tillegg vil være 2 akutt/ utredningsplasser.
2. Kommunene Lavangen og Salangen overføres fra opptaksområdet for SPHR Midt-Troms til opptaksområdet for SPHR Ofoten fra og med 01.04.21.
3. Det har over tid vist seg krevende å opprettholde den polikliniske driften på Sjøvegan. Driften avvikles fra og med 01.04.21. Det legges opp til overføring av arbeidsted for ansatte her i samarbeid med ansatte og i henhold til RON.
4. Omdisponering av midler fra døgnbasert til poliklinisk/ ambulant virksomhet følges opp av avdelingsledelse i samarbeid med klinikksjef. Ved behov for overføring av personell følges RON.
5. Klinikksjef drøfter oppfølging av vedtak med administrerende direktør.

Vedlegg til saksfremlegg

1. Aktuelle modeller til vurdering jfr. punkt 1 i klinikkleidelsen beslutning
2. Risikovurdering
3. Aktuelle data som ble brukt til risikovurderingen
4. Avstand/reiseveier
5. Oppsummering av høringsvar

1. Aktuelle modeller til vurdering jfr. punkt 1 i klinikkledelsen beslutning

Alternativ 0: Dagens situasjon

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere	2019 Beleggsprosent /liggedøgn	2020 Beleggsprosent /liggedøgn
Midt-Troms	12	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	4,33	59,7 % 2112	52,6 % 1468
Sør-Troms	12	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	4,40	65,3 % 2328	61,3 % 1646
Ofoten	12	Narvik, Evenes, Gratangen	19 690	6,09	65,0 % 2485	65,8 % 1855
Avdeling sør	36		74 697	4,82	63,4 % 6925	59,9 % 4969

Dagens fordeling av døgnplasser, opptaksområder og beleggsprosent/liggedøgn

Ut fra dagens forbruk ser det ut som om Avdeling Sør vil ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta sine oppgaver selv om vi reduserer sengekapasiteten til 28 senger. Altså en reduksjon på 8 senger.

Alternativ 1

Denne modellen tar utgangspunkt i dagens opptaksområde og justering av senger. Den tar ikke høyde for planer NUN.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	3,61
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	8	Narvik, Evenes, Gratangen,	19 690	4,06
Avdeling sør	28		74 697	3,75

Alternativ 2

Modell er justert med utgangspunkt i NUN sitt opptaksområde og antall senger beregnet der. Det er der planlagt med to akutt-/utredningsplasser tillegg Døgnenheten ved SPHR Ofoten. Disse sengene må sees i forhold til Avdeling sør samlet.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	9	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv, Bardu	25 155	3,58
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9 + 2 akutte utredningsplasser for hele Avdeling sør	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen	22 267	4,04
Avdeling sør	30		74 697	4,02

Alternativ 3

Justering av opptaksområdet hvor Bardu også dras sørover og sengeplasser per 10 000 blir mer likt i opptaksområdet. Sengetallet i Harstad og Midt-Troms justeres her ned slik at det tar høyde for at vi samlet sett i Avdeling Sør ikke ser ut til å ha behov for mere enn 28 senger.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	21 970	3,64
Sør-Troms	9 (10)	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,29 / (3,67)
Ofoten	9 + 2 akutt utredningsplasser	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen, Bardu	25 452	3,54
Avdeling sør	28		74 697	3,75

Risikovurdering UNN HF – mal gjennomføring

Dokumentansvarlig: Hans Petter Bergseth, Anja Kjærland

Dokumentnummer:

Godkjent av:

Versjon:

Gyldig for: UNN HF

Problemstilling	Ønsker å sørge for god bruk av ressurser og likeverdig tilbud uavhengig av hvor pasienten bor Utfordringer som det jobbes med å løse per nå: 1) Lavt beleggsprosent døgnet og manglende ressurser til poliklinisk/ambulant virksomhet, samt faglige føringer på dreining fra døgnet til dag utenat vi de senere år har flyttet ressurser i den retningen. 2) Ressursfordeling mellom seksjoner er skjev hvis vi tar utgangspunkt i innbyggertallet i opptaksområdet som per i dag er knyttet til hvert Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR). I tillegg er reiseveier endret grunnet at Hålogalandsbrua er på plass og opptaksområdet for Nye UNN Narvik er nå klart. Dette gjør at det er aktuelt å vurdere om opptaksområdet rundt hvert SPHR skal endres. 3) Poliklinikk på Sjøvegan: Vært utfordrende å bygge opp tilstrekkelig kompetanse lokalt og per i dag får mange av pasientene et tilbud på Silsand. Mulige justeringer som vurderes: • Redusere ned antall sengeplasser i Avdeling Sør for å styrke det poliklinisk/ambulante tilbudet. • Ressursallokering mellom de tre seksjonene i Avdeling sør: - enten ved å justere opptaksområder eller gjennom budsjettjustering. • Legge ned drift poliklinikken Sjøvegan og gi tilbudet fra annen lokasjon (Silsand eller Narvik)		
Klinikk/senter	Psykisk helse- og rusklinikken, Avd.Sør		
Utført dato	25.11.2020		
Deltakere	Navn	Stilling	Seksjon/avdeling
	Jorunn Lorentsen (X)	Seksjonsleder	SPHR Midt-Troms, Avdeling sør
	Audun S. Eskeland (X)	Seksjonsleder	SPHR Sør-Troms, Avdeling sør
	Tore Opdahl (X)	Seksjonsleder	SPHR Ofoten, Avdeling sør
	Beathe Fridfeldt (X)	Avdelingsleder	Avdeling sør
	Liv Heidi Heil (X)	Tillitsvalgt	Avdeling sør
	Emil Andersen (X)	Verneombud	Avdeling sør

	Even Petter Olsen (X)	Medisinskfaglig rådgiver	Avdeling sør
	Evy Norby (X)	Kommunerepresentant	KS
	Siv-Elin Reitan (X)	Brukerorganisasjon	Marborg
	Siv-Hege Fagerheim (X)	Enhetsleder	Psykiatrisk avdeling
	Tone Lise Forsaa (-)	Representant	TSB
	Hans Petter Bergseth (X)	Prosessleder risikostyring	Kvalitetsavdelinga
	Anja Kjærland (X)	Prosessleder risikostyring	Kvalitetsavdelinga

Oppsummering	Deltakerne møtte til arbeidsmøte om risikovurdering i Kunnskapsparken på Finnsnes den 25.11.20. Risikovurderingen viser at områder med høy risiko som bør vies oppmerksomhet ved beslutning av ovennevnte endringer er: - rekruttering og stabilisering av fagmiljø, som følge av endring av opptaksområde og flytting av budsjettmidler - antall planlagte senger i NUN Det er videre påvist andre områder som har middels og lav risiko, men hvor det også finnes forslag til risikoreduserende tiltak. Det er enighet i gruppen om at: - nullalternativet ikke er et ønsket alternativ - åtte sengeplasser, uansett enhet, vil kunne gi kapasitetsproblemer og for små fagmiljø - det etter beslutning må tilrettelegges for en ryddig omstillingsprosess, som blant annet sikrer at arbeidsmiljø og personalet blir ivaretatt Ved beslutning bør klinikkledelsen ta hensyn til de risikoområder som fremkommer og vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som kan settes inn for å minske sannsynlighet og/eller konsekvens av uønskede hendelser i forbindelse med endring.		
Oppfølging	Beskriv hva som er avtalt når det gjelder oppfølging av tiltak	Ansvarlig	Frist
	Risikovurderingen inngår i beslutningsgrunnlaget for klinikkledelsen. Avdelingsleder i Avdeling-Sør fremmer saken for klinikkledelsen.	Beathe Fridfeldt	XXXXX

1. Innledning

Bakgrunn	<i>Beskriv hvorfor risikovurderingen gjøres. Det kan være å kartlegge risiko i eksisterende drift eller risiko i forbindelse med planlagte endringer. Her bør det beskrives ETT fremtidig scenario hvor man gjør alle de tingene man mener bør gjøres og så ser man da på de uønskede hendelser som oppstår.</i> Det er skissert at mulige endringer kan bestå i: 1) Ta ned antall sengeplasser i Avd.Sør 2) Ressursallokering mellom seksjoner ved enten å a) endre opptaksområdet eller b) flytte budsjett 3) Legge ned driften på Sjøvegan og gi tilbud til pasientene ved en av de andre poliklinikkene Før risikovurderingen, er det bedt om innspill fra ulike aktører (se vedlegg). Innspillene er brukt som grunnlag for å definere de uønskede hendelsene som her skal risikovurderes.
Mål	<i>Beskriv hva dere ønsker å oppnå med å gjennomføre risikovurderingen.</i> Ønsker å klargjøre hvilken risiko det er ved å gjennomføre de ulike endringene slik at risiko er kjent før det evt gjøres en beslutning om hvordan videre drift bør være i Avd.Sør.
Suksessfaktorer	<i>Beskriv fordeler/positive effekter som ønskes oppnådd dersom den planlagte endringen gjennomføres.</i> 1) Ressurser som i dag er bundet opp i døgndrift utenat sengeplassene er i bruk, kan brukes til direkte pasientbehandling poliklinisk eller ambulant. Mere helsegevinst for pasient for hver krone UNN bruker. 2) Utjevner forskjeller i antall behandlere/døgnplasser ved at man får en jevnere ressursprofil mellom de tre seksjonene. Reduserer risikoen for at vi ikke greier å tilby likeverdig behandling uavhengig av hvor pasienten bor 3) Kvalitativt godt og forutsigbart tilbud til pasienter som i dag sokner til poliklinikken på Sjøvegan. Mer samla og robuste fagmiljø.
Avgrensninger	<i>Beskriv hvilke rammer som ligger til grunn for risikovurderingen og om det er forhold som ikke skal inkluderes.</i> Dette handler om en justering av ressurser og tilbud som gis i Avdeling sør. Ved et eventuelt nedtak av antall senger, skal penger/stillinger som frigjøres benyttes internt i avdelinga til poliklinisk/ambulant virksomhet. Beslutning om hvorvidt det skal gjøres endringer skal fattes av klinikkleidelsen. Denne risikovurderingen er en del av sakskomplekset som skal legges fram for klinikkleidelsen.

2. Risikovurdering (gjennomføring)

2.1 Kartlegging av uønskede hendelser

Nr.	Uønsket hendelse Hva kan skje?	Årsak Hvorfor skjer det?	Informasjons- grunnlag	Mulige konsekvenser Hva er konsekvensen dersom det skjer?	Sannsynlighet Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Konsekvens Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Forslag til tiltak Hva kan vi gjøre?
1	Færre planlagte elektive innleggelser enn i dag gjør at pasient blir sykere. Det kan føre til at innleggelser på tvang øker og økt press på akuttpost fordi pas som kunne vært på døgnenheter ikke får plass her. Diskusjon: -Få elektive innleggelser, ingen venteliste. -Muligens ikke ønskelig med mange elektive innleggelser. -Tiltak, f.eks. ambulant akutteam er ment å forhindre elektive innleggelser. -Må være mulig å få elektiv innleggelse, f.eks. brukerstyrte senger. -Narvik har få akutte innleggelser til akuttposten i Tromsø -Problem at pasienter som skrives ut må vente lenge på poliklinisk time. -Lite som tyder på økt tvang og økt press på akuttpost, da det er kapasitet til å ta seg av planlagte innleggelser. -Innleggelse er ikke nødvendigvis det beste for pasienten. -Nasjonale føringer peker på en dreining fra døgn til dag. -Hvor går smertegrensen for nedtak av senger m.tp. å opprettholde et døgntilbud.	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill DeVaVi-leger	Muligheten for planlagte innleggelser blir lavere eller forsvinner – pasienter får ikke et tilbud	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	1.1 Tydelig hvilke pasienter som skal få et tilbud i de sengene som står igjen. Viktig for å imøtegå OU-prosessen som pågår i Tromsø. 1.2 Mulighet for å reversere prosessen om det skulle gi et annet utfall enn forventet.

	-Hvilke pasienter skal bruke de sengene som står igjen? -Proessen i Avd. Sør har pågått lenge, behov for å lande den.						
2	Ikke ledig kapasitet til å påta seg flere/andre oppgaver knyttet til døgnbehandling (for eksempel lengre rehabiliteringsopphold, ytterligere tilbud til ruspasienter). Diskusjon: -Subakuttpostene i Tromsø er lagt ned. Mangler tilbud i mellomrommet mellom akutt- og døgnpostene for pasienter som trenger stabiliseringsperiode. -Avd. sør har hatt ledig kapasitet over mange år. -Unntaksvis at forespørsler har blitt avvist. -Brukermønsteret viser at det vil være en restkapasitet. -Tallene viser kapasitet, men ikke hva slags trykk det er i avdelingen. -Kan vi risikere å ta ned senger både i Avd. sør og på akutt samtidig? -Mange pasienter skrives ut og har et stort behov i kommunene. -Pasienter på akuttpost kan ikke være på DPS. -Pakkeforløpene har gitt bedre samarbeid med kommunene. Opplever bedre samarbeid når pasienten kommer fra DPS enn fra akuttpost.	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill Psyk.avd.	Kapasiteten blir lavere eller forsvinner – pasienter får ikke et tilbud	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 1.1 og 1.2
3	Ikke ledig kapasitet og ressurser til å påta seg tvunget psykisk helsevern med døgnopphold (nye framtidige oppgaver). Diskusjon:	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill Psyk.avd.	Pasienter må følge eksisterende tilbud i Tromsø	☒ Ikke relevant, oppgaven gjøres ikke i dag	☒ Ikke relevant, oppgaven gjøres ikke i dag	3.1 På sikt, vurdere om noen av pasientene kan gå via DPS i en overgangsfase?

	-Ikke realistisk m.tp. tilstedeværelse av legespesialister. Krever andre personalressurser. -Avdelingen blir helt annerledes (lukket post). -Kjenner ikke til nasjonale føringer om at DPS skal ta imot pasienter på tvang. -Regionale føringer sier at vi ikke skal ha pasienter på tvang i DPS. -Dette vil i så fall gjelde pasienter som er på dom i slutten av en rehabiliteringsfase.						
4	Underforbruk av tjenester: Færre som ønsker å ta imot et poliklinisk tilbud i kommunene i indre Sør-Troms (enten ikke tilbud eller økt press på kommunehelsetjenesten). Diskusjon: -Bekymring for at pasienter syns det er vanskelig med buss etc. -Økonomisk belastning for pasienten å komme seg til poliklinisk time. Det koster også noe å ikke møte til timen hvis de ikke melder ifra. -Problemstillingen er aktuell for flere geografiske områder innen Avdeling Sør. Flere pasienter lever med dette i dag, men har det samme innleggelsesmønster som øvrige. Kjenner ikke til at lang reisevei fører til større press på sengepostene jf. bruksmønsteret. -Tilbudet skal ha samme kvalitet som i dag, men på en annen måte. -Befolkningen i Midt-Troms bruker tilbudet mindre enn i Sør-Troms og Ofoten. -Pasientene vil kjenne mest på konsekvensene i en overgang – de mister et tilbud de er blitt vant til og må venne seg til nytt tilbud.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill Salangen kommune og SPHR Midt-Troms	Pasienter får ikke adekvat hjelp for sin tilstand. Økt sykelighet. Økonomisk belastende for pasient å reise og/eller å ikke møte til time.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	4.1 Øke antall videokonsultasjoner 4.2 Opprettholde en form for virksomhet? 4.3 Styrke ambulerende tjeneste (f.eks. lege som er til stede med visse intervall), som et supplement. 4.4 Rekkevidde på ambulant team?

Nr.	Uønsket hendelse Hva kan skje?	Årsak Hvorfor skjer det?	Informasjons- grunnlag	Mulige konsekvenser Hva er konsekvensen dersom det skjer?	Sannsynlighet Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Konsekvens Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Forslag til tiltak Hva kan vi gjøre?
5	Økte omkostninger og belastning for pasient grunnet lengre reisevei: reisetid og økonomi Diskusjon: -Billigste reisevei dekkes av pasientreiser, også for polikliniske reiser. -Det kan være utfordrende å skrive reiseregning. -Det er ikke lenger enkelt å få taxi. Billigste reisevei er ofte upraktisk. - Andre pasienter har tilsvarende reisevei allerede. -Pasientene har i liten grad et eksisterende behandlingstilbud på Sjøvegan per i dag.	Ikke poliklinikk på Sjøvegan	Innspill BUPA	Pasientene vil kjenne mest på dette i en overgangsfase. Pasienter ønsker ikke å bruke billigst mulig reisevei. Ender opp med å kjøre. Hyppigheten på de polikliniske timene kan medføre mye reising.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☒ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1. 5.1 (I overgangsfasen) være særlig bevisst på å informere og veilede fastlege om mulighet for refusjon av reisekostnader.
6	Overgang BUP/PHV kan vanskeliggjøres ved at tilbudet ikke gis på samme sted. Diskusjon: -Behandlersamarbeidet kan bli svekket. - Ingen automatikk i at samarbeidet er bra, selv om man er samlokalisert.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill BUPA Innspill SPHR Midt-Troms, psykolog-gruppa	Pasienter over 18 år må reise til Silsand eller Narvik. Lengre reisevei til behandlingssted. Kan være særlig belastende i en overgangsfase.	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1 6.1 Behandlere fortsetter god samhandling via video.
7	Barnet gis tilbud på BUP ved en lokasjon og foreldre må få tilbud i PHV ved en annen lokasjon. Dette øker risiko for: - Mangel på koordinerte timer (samme tid/sted) - Manglende samarbeid på tvers av fagpersoner/fagfelt - Dårligere tilbud til barn som pårørende	Ikke poliklinikk Sjøvegan Flytting av opptaksområdet	Innspill SPHR Midt-Troms, psykolog-gruppa, døgnetenheten	Samme familie må forholde seg til to lokalisasjoner som muligens ikke har samarbeidet/samsnakk et godt nok.	☒ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 6.1

	Diskusjon: - Få tilfeller hvor det har vært aktuelt at foreldre og barn behandles samme dag og samme sted. -Ingen automatikk i at samarbeidet er bra, selv om man er samlokalisert. -Avdeling Sør sørger for tilbud til barn som pårørende.						
8	Destabilisering av fagmiljø i BUP da disse er samlokalisert med VOP på Sjøvegan. Samarbeid om utdanning psykologer lokalt vanskeliggjøres. Diskusjon: -Sikre utdanningsforløp for psykologene, gjensidig utveksling mellom BUP og VOP.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill BUPA Innspill SPHR Midt-Troms	Psykologer fra BUP på Sjøvegan må reise til et annet sted for å følge spesialiseringsforløp og få erfaring innen VOP	☒ Ikke relevant	☒ Ikke relevant	8.1 Psykologer fra Avdeling Sør i utdanningsforløp kan f.eks. ha praksis på BUP Silsand. 8.2 Dersom endringen gjennomføres må BUP Sjøvegan informeres slik at de kan gjøre egne tiltak for å sikre utdanningsforløp.
9	Økte kostnader knyttet til lokaler når poliklinisk behandler skal sitte i Narvik.	Ikke poliklinikk Sjøvegan/endret opptaksområde	Innspill BUPA		☒ Ikke relevant	☒ Ikke relevant	Forutsetter at UNN tilbyr nødvendige lokaler og at kostnadene til disse dekkes uavhengig av hvor tjenestene utføres.

Nr.	Uønsket hendelse Hva kan skje?	Årsak Hvorfor skjer det?	Informasjons- grunnlag	Mulige konsekvenser Hva er konsekvensen dersom det skjer?	Sannsynlighet Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Konsekvens Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	Forslag til tiltak Hva kan vi gjøre?
10	Flere innleggelser grunnet manglende lokalt poliklinisk tilbud Diskusjon: -Avstand til poliklinikk gir flere innleggelser. Store byer har mer poliklinikk. -Sjøvegan har vært et forsterket mottak i.f.t. flyktninger, men ressurspersonen har sluttet.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill Midt-Troms og Salangen kommune	Pasienter tar ikke imot det polikliniske tilbudet som er lengre unna. Økt sykkelighet.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1, 4.3 og 4.4.
11	Etablerte samarbeidsflater brytes: SPHR har god kjennskap til kommunenes lokalmiljø, fagpersonell og pasienter (risiko i endringsprosessen) Diskusjon: -Samarbeidsflatene kan re-etableres. -Samhandling ikke avhengig av individer. -Personalet på døgnhetene er stabile, vil kunne bli en betydelig prosess å re-etablere. I prinsippet skal sengepostene være like, men i praksis vil det være forskjell på hvilken sengepost man samhandler med.	Endret opptaksområde	Se innspill fra Salangen kommune	Plunder og heft for kommunene å gå i samarbeid med nye partnere. Kan glippe i overganger fordi man tar noe for «gitt» - sengepostene er forskjellige.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	11.1 Dialog med kommunene som blir påvirket av endret opptaksområde. Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere overgangsprosessen.
12	Etablerte samarbeidsflater brytes: Pasient må bytte behandlingssted (Risiko i endringsprosessen) Diskusjon: -Noen av pasientforløpene ble lengre, mer tvang etc. når pasienten flyttet midlertidig til en annen behandlingspost.	Endret opptaksområde		Pasienter påføres økt belastning ved å måtte introdusere seg og sin historie på nytt. «Glipper» i overgangene?	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	12.1 La pasienter avslutte forløp innenfor det gamle opptaksområdet. Definere en retningslinje for nå eventuelt stormottakerne og kronikere bør flyttes til nytt opptaksområde. 12.2 Informasjon til pasienter – Hva betyr denne endringen for deg?

	-Kjenner ikke til pasientavvik ved endring av opptaksområde (tidligere flytting av tre kommuner)						12.3 Fritt sykehusvalg
13	Fagmiljøet i Midt-Troms for lite – vanskeliggjøre rekruttering. Er avhengig av et noe større fagmiljø enn Harstad/Narvik som er samlokalisert med somatikk/TSB. Diskusjon: -Er det attraktivt å jobbe i Midt-Troms hvis man endrer opptaksområde? -Få søkere til stillinger på høgskolenivå og oppover ute i distriktene. -Sykehus og store byer tiltrekker fagfolkene. -Mange andre ting som tiltrekker fagfolk ut over fagmiljø. -Kanskje like stor utfordring å beholde kompetanse. -Midt-Troms vil likevel ligge over Ofoten i antall personer i opptaksområdet. -Fagfolk vurderer også hvor mange kolleger de har å jobbe med i det daglige, ansatte på poliklinikken og på sengepost. -Ved endring i opptaksområde må et mindre antall stillinger overføres. Det er ikke gitt at stillingene følger opptaksområdet eksakt. -Større opptaksområde gir større tilfang av ulike kliniske problemstillinger.	Endre opptaksområde	Innspill Midt-Troms	Få søkere til nye stillinger. Vanskelig å holde på personell.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☒ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Må sees i sammenheng med punkt 14. 13.1 Ønsker at klinikkledelsen er særlig bevisst på konsekvensen og vurderer kompenserende tiltak som kan sikre god rekruttering og stabilisering av personell. Ulike meninger om hva justering av opptaksområdet vil ha noe å si for evnen til å beholde et robust og stabilt fagmiljø. Enighet om at små fagmiljøer vil vanskeliggjøre rekruttering.
14	Mindre robust fagmiljø og vansker med rekruttering i Ofoten Diskusjon: -Når budsjettet flyttes må også stillinger flyttes.	Flytte budsjettmidler: Budsjettmidler flyttes til seksjon med større befolkningsgrun		Få søkere til nye stillinger. Vanskelig å holde på personell. Stor sannsynlighet for at ressursene	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☒ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Må sees i sammenheng med punkt 13. 14.1 Ønsker at klinikkledelsen er særlig bevisst på konsekvensen og vurderer kompenserende tiltak som kan sikre god rekruttering og

	-Klare føringer om at ingen skal sies opp. Betyr det også at ingen skal flytte? -Naturlig avgang? -Skjevhetene har bygget seg opp over tid, blant annet som følge av kommunesammenslåing.	nlag (-fra Ofoten til Midt/Sør)		(personell) må forskyves. Ansatte må få tilbud om å jobbe på et annet sted dersom det ikke kan løses gjennom naturlig avgang.			stabilisering av personell. Ulike meninger om hva justering av budsjettmidler vil ha å si for evnen til å beholde et robust og stabilt fagmiljø. Enighet om at små fagmiljøer vil vanskeliggjøre rekruttering.
15	Færre ressurser og annet opptaksområde enn grunnlag for planer i Nye UNN Narvik. a) risiko for å ikke innfri mtp integrering somatikk, TSB, PHV. b) utfordrer mulighet for å bygge ut felles akutt utredningsenger. Diskusjon: -Knyttet til alternativ 1 hvor det er skissert 8 senger i Ofoten og ikke tatt hensyn til planer for NUN. NUN har forventning om 2 akutt utredningsplasser. -Ofoten bør kanskje få mer ressurser for å håndtere utredningsplassene. -Hva slags fordeler er det med å ha 8 versus 10 senger. Kanskje er 10 senger et mer ønskelig alternativ for alle	Flytte budsjettmidler: Budsjettmidler flyttes til seksjon med større befolkningsgrunnlag (-fra Ofoten til Midt/Sør)		8 sengeplasser gjør det vanskelig å realisere sømløse pasientforløp med samhandling mot somatikk, TSB og PHV slik det er tenkt i NUN. 8 sengeplasser gir kun 6 rene psykisk helsevern plasser. De 6 sengene vil i stor grad utgjøre et subakutttilbud og lite rom for elektive innleggelser. Det påvirker samhandlingsflatene og fagmiljøet blir lite. Fleksibiliteten blir mindre. Pasienter vil kunne måtte legges inn på en annen sengepost. Ev. at pasienter takker nei til tilbudet og blir sykere.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☒ Svært stor Gjelder 8 plasser (6+2)	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig Gjelder 8 plasser (6+2)	15.1 Være bevisst på at beslutningen i avdeling sør vil kunne påvirke planene i NUN. Dialog med NUN prosjektet. 15.2 Avklare og utarbeide tydelige føringer for bruken av akutt utredningssenger, slik at Avdeling Sør vet hva og hvem de kan benyttes til og innholdet i akutt utredning.

				10 sengeplasser vil gi mindre konsekvens av denne uønskede hendelsen.			
16	Ikke plass til Ø-hjelpspasienter som skal legges inn Diskusjon: -Noen DeVaVi er prinsipielt imot enhver nedtak av sengekapasiteten på grunn av bekymring om at det ikke vil bli plass til Ø-hjelpspasienter.			Manglende kapasitet til å ta unna topper kan føre til at pasienten må legges inn på høyere omsorgsnivå. Belastende for pasienten å komme på en akuttpost sammen med andre pasienter som er sykere. Mister fordel med nærsykehus. 10 sengeplasser vil kunne ta unna topper og Ø-hjelps pasienter.	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	16.1 Videreføre etablerte tiltak for prioritering og fleksibilitet 16.2 Noen av pasientene kan behandles i akuttfasen og følges opp senere f.eks. gjennom planlagt innleggelse, bruk av AAT og/eller poliklinikk. Ikke automatikk i at pasienter som går fra akuttinnleggelse kontinueres i et planlagt opplegg.

2.2 Risikomatrise

Nr. 3, 8 og 9 er ikke relevant.

SANNSYNLIGHET	5 Svært stor Daglig			15) Grunnlag for planer i NUN		
	4 Stor Ukentlig		5) Økte omkostninger og belastning for pasient	11) Etablerte samarbeidsflater brytes 12) Pasient må bytte behandlingssted		
	3 Middels Månedlig		4) Underforbruk av tjenester	10) Flere innleggelser grunnet manglende poliklinisk tilbud	13) Lite fagmiljø Midt-Troms 14) Lite fagmiljø Ofoten	
	2 Lav Hvert halvår	1) Færre planlagte elektive innleggelser		16) Ikke plass til Ø-hjelpspasienter		
	1 Svært lav Årlig eller sjeldnere	2) Lite kapasitet til andre oppgaver døgntil behandling 6) Overgang fra BUP til PHV 7) Barn på BUP, foreldre på DPS				
KONSEKVENSS		4) Ubetydelig	5) Lav	6) Moderat	7) Alvorlig	8) Svært alvorlig
For pasienter/pårørende og pasientsikkerhet		-Ingen negativ påvirkning på pasient eller pårørende.	-Forbigående pasientskade som ikke krever omfattende behandling. -Forbigående misnøye hos pasient eller pårørende. -Mindre avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Pasientskade eller utsatt diagnostikk/behandling av et visst omfang. -Klage fra pasient eller pårørende. -Avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Pasientskade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet. -Flere klager fra pasienter/pårørende. -Grove avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient. -Tilsynssak eller NPE-sak.
For ansatte og arbeidsmiljø		-Ubetydelig fysisk/psykisk skade eller belastning.	-Mindre og forbigående fysisk/psykisk skade eller belastning. -Kortvarig sykefravær.	-Moderat fysisk/psykisk skade eller belastning. -Økt sykefravær.	-Betydelig fysisk/psykisk skade eller belastning. -Sykefravær eller arbeidsmiljø påvirker evnen til å levere tjenester med tilfredsstillende kvalitet.	-Alvorlig og varig fysisk/psykisk skade. -Mulig tap av liv. -Sykefravær eller arbeidsmiljø fører til uforsvarlig kvalitet på tjenestene.
For materielle verdier, økonomi, omdømme og ytre miljø		-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 10000. -Ubetydelig innvirkning på omdømme og ytre miljø.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 100 000. -Forbigående negativ innvirkning på omdømme og ytre miljø.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 500 000. -Negativ oppmerksomhet fra lokale medier.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 1 000 000. -Rekrutteringsproblemer. -Negativ oppmerksomhet fra lokale og nasjonale medier.	-Tap/skader/tapte inntekter over kr. 1 000 000. -Betydelig tap av kompetanse. -Alvorlig medieomtale.

Aktuelle data som kan benyttes i risikoanalysen

Dagens fordeling av døgnplasser og opptaksområder

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	12	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	4,33
Sør-Troms	12	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	4,40
Ofoten	12	Narvik, Evenes, Gratangen	19 690	6,09
Avd.sør	36		74 697	4,82

Pasientbelegg og liggedøgn pr oktober 2019/2020

Pasientbelegg og liggedøgn

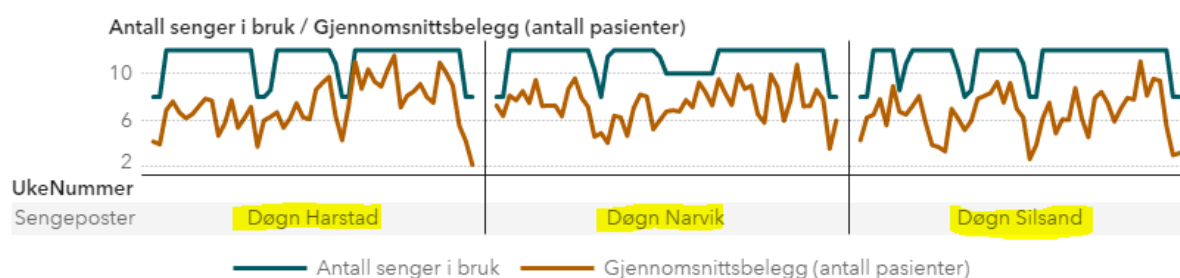
Avdeling RESH	▲ Sengeposter ▲	Belegg % i år	Belegg % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	62,3 %	64,1 %	1 943	2 053	-110
	Døgn Narvik	64,7 %	64,9 %	2 105	2 249	-144
	Døgn Silsand	58,0 %	58,0 %	1 870	1 845	25
Delsum: Avdeling sør (700762)		61,7 %	62,4 %	5 918	6 146	-229
Total		61,7 %	62,4 %	5 918	6 146	-229

Senger i bruk 2018, 2019 og 2020

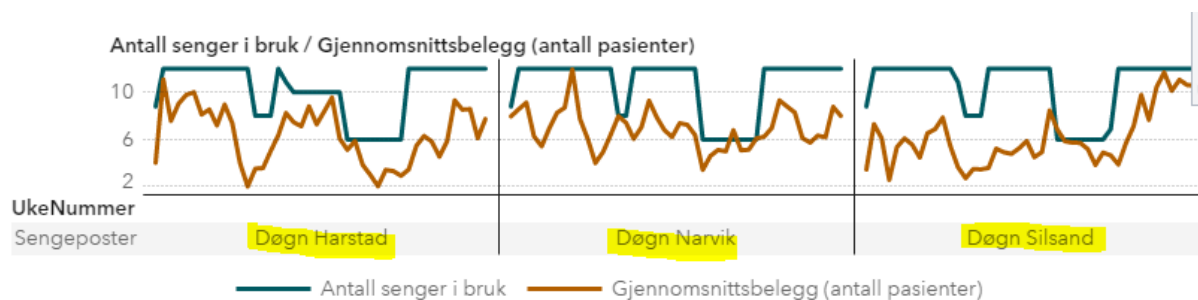
Kapasitet og snitt antall pasienter aktuelle uker

Sengeposter ▲	Døgn Harstad		Døgn Narvik		Døgn Silsand	
År ▲	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsblegg (antall pasienter)	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsblegg (antall pasienter)	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsblegg (antall pasienter)
2018	11,3	7,8	11,4	7,3	11,3	8,0
2019	11,4	7,3	11,3	7,4	11,3	6,7
2020	10,2	6,4	10,7	6,9	10,6	6,1

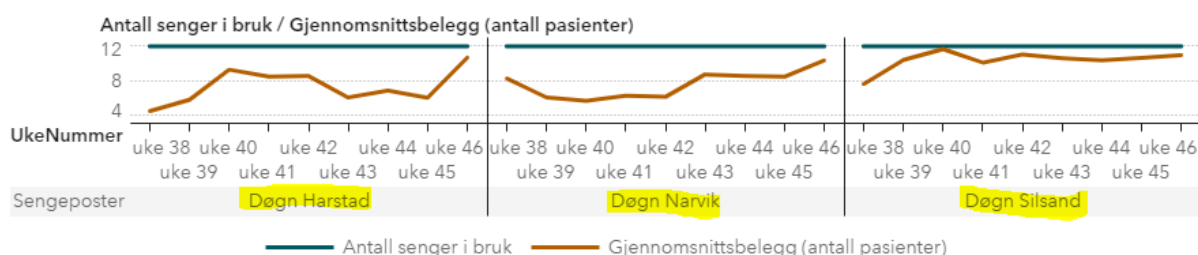
2019



2020 (1.jan-31.10)



2020 (uke 38 - 46)



Økonomi

Budsjett fordeling mellom SPHR med utgangspunkt i innbyggertall 2020

	Vop stillinger per 10 000	Antall døgnplasser per 10 000	Samlet budsjett	Penger per innbygger
Ofoten	8,7	6,1	43 458 000	2207
Midt-Troms	7,6	4,3	47 852 000	1726
Sør-Troms	7,2	4,4	46 710 000	1713
			138020000	1848

Standard bemanning ved gitt sengetall

Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
	10 senger	9-8 senger	6 senger
D	7	6	5 til 6
A	3	3	3
N	2	2	2
Helg	3+3	3+3	2+2
Årsverk i turnus	17,39	16,33	15,02
Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
Døgn Harstad	616 000	1 199 000	1 919 500
Døgn Narvik	665 500	1 248 500	1 969 000
Døgn Silsand	1 875 500	2 458 500	3 179 000

- Merk at dette er tall fra 2018
- En poliklinisk stilling beløper seg til sammenligning til kr 670 490 (2018-tall). I tillegg kommer ISF-inntekter

Forbruksdata

Aktivitetsdata forbruk antall innleggelser og liggedøgn per okt 2020									
Pasienttilhørighet	Befolkning	Akuttpost				Døgn SPHR			
		Liggedøgn	per 10 000	antall innleggelser	per 10 000	Liggedøgn	per 10 000	Antall innleggelser	per 10 000
Ofoten	19690	623	316,4	41	20,8	2244	1139,7	255	129,5
Sør-Troms	27275	651	238,7	78	28,6	1726	632,8	300	110,0
Midt-Troms	27732	514	185,3	62	22,4	1481	534,0	99	35,7
Tromsø og omegn	71660	3665	511,4	389	54,3	7944	1108,6	526	73,4
Nord-Troms	8962	273	304,6	26	29,0	911	1016,5	107	119,4

Pasienttilhørighet	Befolkning	Akuttpost og døgn SPHR		Akuttpost og døgn SPHR	
		Liggedøgn per 10000		Antall innleggelser	per 10 000
Ofoten	19690	2867	1456,1	296	150,3
Sør-Troms	27275	2377	871,5	379	139,0
Midt-Troms	27732	1995	719,4	162	58,4
Tromsø og omegn	71660	11609	1620,0	915	127,7
Nord-Troms	8962	1184	1321,1	133	148,4

		TSB		TSB og PHV			
Pasienttilhørighet	Befolkning	Liggedøgn	per 10000	Liggedøgn	per 10 000	antall innleg per 10 000	
Ofoten	19690	2873	1459,1	6227	3162,5	454	230,6
Sør-Troms	27275	956	350,5	4240	1554,5	461	169,0
Midt-Troms	27732	585	210,9	2781	1002,8	202	72,8
Tromsø og omegn	71660	4453	621,4	21312	2974,0	1314	183,4
Nord-Troms	8962	363	405,0	1775	1980,6	168	187,5

Gul farge er de med høyest forbruk	Orange er de med nest høyest forbruk
------------------------------------	--------------------------------------

Vi ser at det er relativt store forskjeller mellom områdene:

- **Forbruk Akuttpost** er høyest for **pasienter bosatt i Tromsø og omegn** (både liggedøgn og antall innleggelser), og pasienter fra Tromsø og omegn har *flest liggedøgn* samlet sett akuttpost og døgnenhet på SPHR.
- **Forbruk døgnenhet** relativt ifht innbyggertall er **høyest for pasienter bosatt i Ofoten** (både liggedøgn og antall innleggelser). Samme gjelder *antall innleggelser* samlet for akuttpost og døgnenhet. Pasienter fra Ofoten har også **høyest forbruk TSB**.

Merk. Det er her ikke tatt hensyn til befolkningssammensetning. (Liggedøgn lokal SPHR for pasienttilhørighet Ofoten angir ikke antall liggedøgn på døgnenhet i Håkvik, men antall liggedøgn på døgnenhet uansett lokasjon i UNN for pasienter som har bostedsadresse i Ofoten).

Poliklinikk ved SPHR

	PHV		TSB	
	Antall henvisning er tatt til behandl	% av befolkn	Antall henvisning er tatt til behandl	% av befolkn
Poliklinikk				
Narvik	116	0,6	7	0,04
Harstad	224	0,8	30	0,11
Silsand og Sjøvegan	158	0,6	12	0,04

I tabellen er det lagt inn % av befolkning som får et tilbud med utgangspunkt i befolkning rundt hvert SPHR. Dette er noe unøyaktig, siden en ikke har tatt høyde for pasientens bostedskommune.

En kan likevel anta at hvis pasienten er tatt i behandling ved poliklinikk i Harstad, så kommer pasienten fra kommunene i Sør-Troms. Tilsvarende for de pasientene som er tatt til behandling i Narvik tilhører de Ofoten osv. Dette stemmer selvfølgelig ikke helt. Tallene gir allikevel en pekepinn på likheter/ forskjeller i hvor stor andel av befolkningen som faktisk får et poliklinisk tilbud.

Henvisningsmengde/produksjon/spesialistdekning/forbruk befolkning:

Variasjoner og ulikheter

Funn fra SKDE-rapport

<https://helse->

[nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20innen%20rus%20og%20psykiatri%20i%20Nord-Norge%202015-2017%20%28SKDE%202019%29.pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20innen%20rus%20og%20psykiatri%20i%20Nord-Norge%202015-2017%20%28SKDE%202019%29.pdf)

Andel pasienter per 10 000 som får et tilbud i poliklinikk innen PHV varierer mellom SPHR i UNN. Nord-Troms ligger høyest med pasientrate på 477, mens Midt-Troms og Tromsø ligger lavest med en rate på 359. Sør-Troms har en rate på 441 og Ofoten 413.

Det er stor variasjon i den totale kontaktraten per 10 000 innbygger hvor Nord-Troms er høyest og har en totalrate på 5410, og Midt-Troms med den laveste på 3229. Kontaktraten for pasientgruppen alvorlig psykiske lidelser er om lag dobbelt så høy i Tromsø som ved de andre SPHRene. Dette skyldes hovedsakelig at antall kontakter per pasient er høyere i Tromsø hvor den ligger på 19,1, mens de ved de andre SPHRene varierer det fra 9,3-10,9. Antall kontakter per pasient for gruppen andre psykiske lidelser varierer noe mindre, men også her ser vi variasjoner fra 8,3 konsultasjoner per pasient i Ofoten til 10,4 i Tromsø. Det virker å være en relativt høy korrelasjon mellom pasientrate og kontaktrate, men Tromsø skiller seg ut med forholdsvis høye kontaktrater og lave pasientrater. Høyere kontaktrater og flere kontakter per pasient med alvorlige psykiske lidelser enn de øvrige opptaksområdene finner vi igjen fra Salten. Dette skyldes at det i Tromsø og Bodø nnes spesialiserte polikliniske tilbud rettet mot pasienter med psykoser.

Antall pasienter per 10 000 som får et institusjonsopphold i PHV varierer fra en rate på 96 i Nord-Troms til 70 i Tromsø. Totalraten på oppholdsdøgn varierer fra 3377 i Tromsø til 2342 i Midt-Troms.

Antall oppholdsdøgn på SPHR per 10 000 innbyggere er høyest i Tromsø og lavest i Sør-Troms. Pasienter bosatt i Ofoten er de som har færrest oppholdsdøgn på akuttpost.

Funn fra evaluering DPS fra fastlegene

<https://www.fhi.no/contentassets/3ef7995ea898407cb73e10053bdd2700/alle-rapporter/nord-norge/universitetssykehuset-nord-norge/113-universitetssykehuset-i-nord-norge-hf.pdf>

Helseatlas

<https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas>

Samlet vurdering «Vi fann at bruk av poliklinikk og døgnbehandling var noko ulik i landet, med ein tendens til større bruk av poliklinikk i dei større byane og av døgnopphald i Helse Nord. Som kontrastar fann vi for eksempel låg poliklinisk kontaktrate og mange korte døgnopphald for vaksne i boområda Finnmark og UNN, mens vaksne frå OUS-området hadde høg poliklinisk kontaktrate, og få lange døgnopphald. Om vi reknar eitt opphaldsdøgn og re poliklinikkar som likt i ressursbruk, fann vi likevel ein skilnad mellom boområda i bruk av tenestene, der vaksne frå Lovisenberg og Telemark hadde høgast bruk. Funna våre viser uønska variasjonar i behandling av vaksne, og særleg tydeleg var dette når vi såg særskilt på pasientar med alvorleg psykisk lidning eller ruslidning.»

Poliklinikk

Det angis at det er liten variasjon i pasientraten for vaksne i poliklinisk behandling. Det samme gjelder pasientraten i poliklinisk behandling for de med alvorlig psykiske lidelser. Det er likevel slik at UNN ligger i nedre halvdel og har en rate under gjennomsnittet i Norge.

Den direkte kontaktraten for vaksne i poliklinisk behandling er omentrent dobbelt så stor i boområder med størst rate som i boområder med minst rate. UNN ligger 6. nederst av de 21. helseforetakene. Det er også stor variasjon i poliklinisk tilbud til pasienter med alvorlig psykiske lidelser. UNN har en rate på 75, Nordland 62, Finnmark nederst med 43. Øverst på lista ligger Sørlandet med rate på 128 og Lovisenberg 262.

Når det gjelder tilbudet for pasienter med ruslidelser, så er det stor variasjon i pasientrate og UNN ligger lavest sammen med Finnmarkssykehuset. Det er særlig stor variasjon i direkte kontakter i den poliklinisk behandling for vaksne og UNN ligger som 4.lavest av 21 helseforetak.

Døgnbehandling

Det er en merkbart variasjon med nær tre ganger flere døgnopphold per 10 000 innbygger i boområder med høyest rate. UNN og Finnmarkssykehuset ligger høyest her med en rate på 25, mens Diakonhjemmet har 9. Når det gjelder antall pasienter som legges inn, er det liten variasjon i rate.

Når det gjelder raten for døgnbehandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse er det stor variasjon og UNN ligger øverst på denne lista. Raten for døgnbehandling ruslidelser er ikke så markant som ved poliklinisk behandling, men også her en uønsket variasjon. UNN ligger over gjennomsnittet i Norge.

Avstandskomponent SPHR – oppdatert 20.11.20

Tabellene under viser anslag reiseavstand med bil i tid og km. fra kommunesenter til kommunesenter i kommuner med lokalisert SPHR. Kilde: [NAF reiseplanlegger](#)

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Ofoten, VPP	Narvik	Narvik	0	0
		Ballangen*	45 m	43,3
		Kjøpsvik*	1 t 32 m	97,7
	Evenes	Bogen	42 m	43,7
	Gratangen	Årstein	46 m	41,1
SPHR Ofoten, dogn Håkvik	Narvik	Narvik	14 m	11,7
		Ballangen*	28 m	30,2
		Kjøpsvik*	1 t 15 m	84,6
	Evenes	Bogen	52 m	54,4
	Gratangen	Årstein	56 m	51,8

Lavangen til Narvik: 58 min/57,1 km - Salangen til Narvik: 1 t 14 min/74,5 km - Bardu til Narvik: 1 t 8 min/74 km

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Sør-Troms	Harstad	Harstad	0	0
	Kvæfjord	Borkenes	23 m	18,9
	Ibestad	Hamnvik	1 t 22 m	34,3
	Tjeldsund	Evenskjer	33 m	31,2
		Hol*	1 t 30 m	94,8
	Lødingen	Lødingen	1 t 12 min	75,5

Ibestad til Sjøvegan: 48 min/44,8 km - Ibestad til Silsand: 1 t 39 m/97,6 km - Tjeldsund til Harstad: 58 min/57,5 km.

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Midt-Troms, Silsand	Lenvik	Finnsnes	5 m	2,6
		Skaland*	54 m	54,3
		Gryllefjord*	1 t	59,2
		Vangsvik*	16 m	15
	Dyrøy	Brøstadbotn	53 m	46,5
	Sørreisa	Sørreisa	23 m	20,3
	Målselv	Moen	39 m	40,1
	Salangen	Sjøvegan	1 t 16 min	73,3
	Bardu	Setermoen	1 t 10 m	74,4
	Lavangen	Tennevoll	1 t 34 m	91,5
SPHR Midt-Troms, Sjøvegan (VPP)	Salangen	Sjøvegan	0	0
		Brøstadbotn	31 m	30
		Setermoen	28 m	28,2
		Tennevoll	20 m	18,6
		Sørreisa	53 m	53
	Målselv	Moen	1 t 4 m	67,6

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Nord-Troms	Nordreisa	Storslett	0	0
	Kvæangen	Burfjord	1 t 1 m	72,6
	Kåfjord	Olderdalen	42 m	45,2
	Skjervøy	Skjervøy	42 m	45,1

Storfjord til Storslett: 2 t/136 km – Lyngen til Storslett: 1 t 35 m/58,5 km - Kvæangen til Alta: 1 t 16 m/91,9 km

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Tromsø	Tromsø	Tromsø	0	0
	Karlsøy	Hansnes	1 t 5 m	62,6
	Balsfjord	Storsteinnes	1 t 20 m	90,8
	Lyngen	Lyngseidet	1 t 47 m	78,4
	Storfjord	Hatteng	1 t 26 m	95,9
SPHR Tromsø, Storsteinnes (VPP og døgn)	Balsfjord	Storsteinnes	0	0
	Lyngen	Lyngseidet	1 t 14 m	77,5
	Storfjord	Hatteng	35 m	39,8
	Tromsø	Tromsø	1 t 20 m	89,1

Oversikten er oppdatert i forhold til fullførte veiprosjekter i Ofoten og Nord-Troms.

* Kommunereformen:

Kommunereformen innvirker på kommuneinndeling:

- Nye Narvik kommune: Narvik, Ballangen, Tysfjord (Tysfjord deles)
- Nye Tjeldsund kommune: Tjeldsund, Skånland
- Nye Senja kommune: Tranøy, Lenvik, Torsken, Berg

Tidligere kommunesentra figurerer i oversikten for å indikere avstander i nye kommuner

Kilde:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Hvorfor-kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
1	Lødingen kommune	Odd erling Lundberg, avdelingsleder Omsorgsservice og Helseavdelinger	22.10.2020	Støtter alternativ 2 dersom noen av alternativene blir besluttet gjennomført. Bekymret for at små døgnenheter vil være krevende med hensyn til rekruttering. Kommunene kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen om lavt belegg på døgnpostene siden de opplever lange ventelister. Savner tilstedeværelse av ambulant team etter flytting til Harstad.
2	Salangen kommune	Sigrun Wiggen Prestbakmo, ordfører, Lars Ø. Strøm, administrasjonssef og Lars A. Nesje, kommuneoverlege	26.10.2020	Savner en ROS-analyse av alternativene og det å bli invitert inn tidligere i prosessen. Basert på beleggsperspektiv synes det hensiktsmessig å prioritere styrking av polikliniske og/eller ambulante tjenester. Endret opptaksområde; kan foreventer et mer helhetlig tilbud ved NUN, men ved flytte tilbudet til NUN er kommunen bekymret for å bryte etablerte relasjoner SPHR MT mht god kjennskap til lokalmiljø, fagpersonell og pasienter. Kommunen ønsker imidlertid heller ikke å begrense seg til Silsand, da det vil kunne bidra til å svekke den polikliniske tjenesten nært pasientene. Hvis tilbudet tas vekk på Sjøvegan pekes det på at økt reisevei medfører underforbruk av spesialist helsetilbud. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse er høyrisikogruppe for å falle ut av skole og yrkesliv og har ofte problemer med sosial fungering og intergrering - lengre reisevei øker risiko. Å flytte tilbudet fra Sjøvegan vil medføre en svekkelse av spesialisthelsetilbudet. Det forventes at tjenesten ved Sjøvegan i stedet ble styrket med gjensidig støtte på tvers av geografiske lokalisasjoner ved at en da setter pasienten i sentrum der denne bor.
3	SPHR Ofoten	Tore Opdhal, seksjonsleder	26.10.2020	Anbefaler modell 2. Tilbakemeldingen har vært behandlet på seksjons, enhetsnivå og i KVAM-gruppe. Alternativ 1: Mener det vil påvirke mulighetene for samhandling internt i NUN på en uønsket måte og heller ikke være i tråd med ønskene om å bidra til bedre og mer helhetlige pasientforløpene i UNN's opptaksområde. Alternativ 2: Det pekes på mindre ressursbruk og logistikk på pasienttransport, nye opptaksområder har lik og kortere reisevei til NUN. I tillegg vil man opprettholde en kapasitet som gir lavere press mot akuttpostene. Lokalt i Ofoten vil det bety at man totalt har høyere kapasitet til samhandling med somatikk og TSB. Alternativ 3: Lokalt for Ofoten vil alternativ 3 i all hovedsak ha de samme konsekvensene som alternativ 2. Dette alternativet vil dog potensielt ha større negative konsekvenser for avdelingen som helhet enn hva som er tilfelle for alternativ 2. Senteret er opptatt av mulige konsekvenser på poliklinisk virksomhet på Sjøvegan og at en eventuell flytting av denne virksomheten vil oppleves negativt for de ansatte der og for de kommunene som sokner til denne. En eventuell nedleggelse av poliklinisk virksomhet ved Sjøvegan betyr at man går bort fra nærhetsprinsippet i tjenesteutviklingen. En eventuell opprettholdelse av virksomheten vil således bety at man må diskutere hvorvidt man skal tenke på samme måte i tjenesteutviklingen på de andre lokalisasjonene. Gir innspill på ressursbruk.
4	Døgn Silsand	Hilde Storsveen	27.10.2020	Ønsker alternativ 1 siden den utgjør mindre merkbar forskjell fra dagens modell. Ønsker å beholde dagens opptaksområdet. Ønsker også å opprettholde dagens tilbud på Sjøvegan. Peker på at legevaktsamarbeidet idag er samlet overfor Midt-Troms. Det gjøres rede for flere negative forhold knyttet til både et brukerperspektiv, personalperspektiv og et samhandlingsperspektiv. Ugunstig tidspunkt, tallgrunnlaget 2020 representerer ikke virkeligheten.
5	SPHR Sør-Troms	Audun Eskeland, seksjonsleder	27.10.2020	Saken har vært drøftet med bred involvering. 1) Ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten støtter en reduksjon til 10 døgnplasser. 2) Ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten er opptatt av en mest mulig lik fordeling av ressurser i avdelingen og at det gjøres en fordeling med hensyn til befolkning i opptaksområdet. 3) Ingen ønsker å uttale seg om den polikliniske virksomheten ved Sjøvegan.

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
6	Kvæfjord kommune	Ågot Hammari, Helse- og omsorgssjef	27.10.2020	Støtter en reduksjon av 2 døgnplasser i Harstad og forslaget om å etablere 2 akutt plasser for TSB ved NUN for hele Avdeling sør. Videre støttes at ressurser går til styrking av polikliniske/ambulante tjenester ut fra bekymring om økte polikliniske ventelister. Ønsker at UNN tar initiativ til en helhetlig evaluering med utgangspunkt i endringer som er skjedd i det samlede tilbudet hos kommunene og i spesialisthelsetjenesten (FACT, KAD, kommune psykologer).
7	Ibestad kommune	Kristin Wiik-Johansen, enhetsleder miljøtjenesten	27.10.2020	Ønsker alternativ 2 og 3. Kommunene har spesielt bruk for akutt/ utredningsplasser.
8	BUPA	Kjetil Heggelund, seksjonsleder BUP Midt-Troms og Børge Mathiassen, avdelingsleder BUPA	27.10.2020	1) De foreslåtte endringene i døgnkapasitet oppfattes i være fornuftige ved at de også i større grad harmonerer med behovet i befolkningen. Det oppfattes riktig å frigjøre kapasitet til den polikliniske- og ambulante virksomheten. 2) Uklart hvordan reduksjonen i senger skal omsettes til økt kapasitet til dagbehandling (som dere viser til en av drivkreftene bak reduksjonen av senger, jfr nasjonal helse og sykehusplan). En eventuell endring av opptaksområdet vil ha konsekvenser for innbyggerne i Salangen, Lavangen og Bardu mht økt reisetid og økte reisekostnader . De skisserte endringene i dette forslaget går på tvers av hvor pasientene i dag oppsøker helsetjenester, og hvor kommunene ønsker tilbudet skal være lokalisert. 3) Ser med bekymring på forslaget om endring av opptaksområdet og ikke et tilbud Sjøvegan. Risiko for destabiliserende for fagmiljøet også i BUP. Større utfordringer med gode overganger fra barn til voksen. Foreslår en modell som tar utgangspunkt i større grad av samdrift mellom BUP og VOP på Sjøvegan.
9	SPHR Midt-Troms	Jorunn Lorentsen, seksjonsleder, uttalelse fra seksjonsledelsen i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten	28.10.2020	Beholde opptaksområdet som nå og redusere til 10 senger ved hvert SPHR, hvorav 2 i Ofoten er akuttutredningssenger for hele Avd.Sør. Vi mener at denne modellen er den som best styrker det samlede behandlingstilbudet i Avdeling Sør. Viktig med et stort nok opptaksområde i Midt-Troms for å sikre rekruttering og fagmiljø (i Harstad og Narvik allerede større fagmiljø fordi ligger i nær tilknytning til somatikk/TSB). Beholde poliklinikk i Sjøvegan over en lengre periode for å se om man kan få til en tilstrekkelig rekruttering.
10	Psykiatrisk avdeling	Siren Hoven, avdelingsleder	28.10.2020	Avdelingen stiller spørsmål omkring prosessen (medvirkning fra andre, kort tidsperspektiv, og uheldig at det sammendaller med første fase av OU prosess nybygg Tromsø). Til innholdet pekes det på manglende beskrivelse av hvilke pasientgrupper, utover akutte utredningsplasser, man ser for seg å gi et døgnbasert tilbud til i årene fremover. Savner drøftinger om behovet for pasienter med langvarige rehabiliteringsbehovspersoner, pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern og behandling innen TSB. Notatet har for stor vektlegging av tidligere forbruksmønstre . Savner drøfting behovet for å ivareta . Avdelingen vurderer at samarbeidet og samspillet omkring akutte innleggelser og overføringer etter øyeblikkelig hjelp-opphold fungerer i all hovedsak godt og bør videreføres. Notatet har i liten grad tematisert om den fremtidige retningen bør være å dreie i retning av sengeposter der man også har somatisk sykehus. Avdelingen ser ikke grunnlag for å gi innspill på etterspurte alternativer. Dette dels grunnet merknadene foran, dels da vi ikke finner inkludert om det er andre retninger man bør gå i, eventuelt begrunnelse for at andre alternativer er tatt ut. Avdelingen stiller spørsmål om de foreslåtte innsparingene er realistiske. Opptaksområdet henger klart sammen med de overordnede spørsmål, dvs om alle 3 SPHR skal ha like oppgaver fremover. Ellers er vi enige i at hensyntagen til avstand/reisevei og demografiske endringer er av betydning for gode beslutninger her. Avdelingen har forståelse for at videre drift ved Sjøvegan er krevende. Det bør vurderes nøye om dagens deling av det polikliniske tilbudet ut fra SPHR Midt-Troms faktisk er hensiktsmessig og god ressursutnyttelse for fremtiden.

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
11	Avdeling nord	Vemund N Myrbakk, avdelingsleder	28.10.2020	Forslaget oppfattes som en dreining fra døgn til dag uten at det foretas drastiske lite reverserbare tiltak som nedleggelse av døgnenhet. I dette ligger det også begrenset med midler til å omstille fra døgn til dag. Vurderingene som ligger bak, bør komme tydeligere frem. OU prosessen vil sette retning for SPHR sine oppgaver i årene som kommer. Dette kan innebære at det kommer nye forventninger til døgnenhetene sitt oppdrag. Eksempel på dette er alvorlig psykiske lidelser og behov for lengre rehabiliteringsopphold. Videre bør det vurderes om døgntilbudene til personer med alvorlig traumelidelser og personer med alvorlig psykoselidelse, da særlig unge nysyke, er godt nok ivaretatt innenfor dagens tilbud. Kvalitet på tilbudet til disse pasientgruppene vil kunne påvirke beleggsprosent og behov for døgnkapasitet i fremtiden. Dette kan forsvare en «forsiktig» dreining fra døgn til dag. Det savnes en grundigere redegjørelse/betraktning rundt status angående behov og dekning av behov i befolkningen i et faglig perspektiv. •Reduksjon av sengetall vil kunne gi høyere pleiefaktor i alle tre enhetene. Det fremkommer ikke av dokumentet hvilken pleiefaktorer som er planlagt eller ønskelig. •En reduksjon til fra 36 til 30 eller 28 senger vil fortsatt være høyere tilbud enn det faktiske forbruk av senger. •Det fremkommer av dokumentet at en reduksjon av sengetall, skal bidra til en dreining/omstilling av ressurser fra døgn til dag i form av økning av det ambulant og polikliniske tilbudet. Dette vil kunne bidra til at man reduserer behovet for innleggelser ytterligere sammenlignet med forbruket av senger i dag. •En reduksjon på 2-4 senger i hver enhet vil mest sannsynlig forde samme bemanning på aften, natt og helg. Slik at besparelsene vil være begrenset, anslagsvis 3-4 millioner. Det vil likevel være noe for omstilling til dag.
12	Psykologgruppa SPHR Midt-Troms	Therese L Danielsen, psykolog		Anbefaler ikke færre enn 10 døgnplasser. Viktig å oppretholde stort nok opptaksområde rundt SPHR Midt-Troms for å sikre fagmiljø. Opprettholdelse av poliklinikk Sjøvegan viktig for pasient - lengre reisevei medfører risiko for å ikke benytte poliklinisk tilbud og da flere innleggelser. Helhetlig pasienttilbud for voksne og barn i samarbeid med BUP.
13	DeVaVi-leger	Even Petter Olsen, lege i vakt og medisinsk faglig rådgiver		4 av legene har gitt tilbakemelding via medisinsk faglig rådgiver. De er skeptiske til å redusere antall senger. Redusert antall senger vil gi færre elektive innleggelser, og det er uheldig. Vi er avhengig av å ha ledige senger å spille på for å ivareta pas som er akutt suicidale. Reduksjon av senger på DPS vil gi flere innleggelser på akuttpostene. Både fordi pas vil bli sykere før de for lov til å bli innlagt, og fordi noen som kunne ha vært på DPS ikke får plass. Innleggelser på tvang vil kunne øke fordi pas blir dårligere før de får tilbud om innleggelse. Man trenger da flere ressurser på akuttpostene. Antall innleggelser i Harstad (30 epikriser hver mnd) er flere enn til døgnpostene i Tromsø, noe som viser behovet. Hva sparer man ved å kutte antall senger?

Notat til klinikkledelsen

Utvikling i Avdeling sør– fokus døgncapasitet

Dato: 12.02.2020

Til: Klinikkledelsen PHRK

Fra: Avdelingsleder i Avdeling sør, Anita M Vaskinn

Aktuelt

Dette saksframlegget bygger på drøftinger siste år og siste diskusjon i klinikkledelsen 19. desember 2019. Avd. Sør erkjenner utfordringsbildet med lav beleggsprosent på døgnpostene og for liten kapasitet i den polikliniske driften. Vi har sett på ulike måter å ta ned sengekapasitet for å omdisponere midler internt i avdelingen slik at vi får styrket de polikliniske og ambulante tjenestene. Mulig behov for endring av opptaksområdet per SPHR kompliserer dette bildet.

Til klinikkledelsens samling 13.februar 2020 er jeg bedt om å levere et notat/beslutningsforslag knyttet til *ønsket endring av døgncapasitet i Avdeling sør, nødvendige forutsetninger for dette inkludert interne prosesser, samt bruk av frigjorte ressurser.*

Mulige løsninger/Ønskede endringer

Forslag antall senger

Avdelingsledelsen i Avd. Sør har et klart ønske om å ta ned sengetallet i Avd. Sør. Siden vi både ser på ulike prinsipper for planlegging av sengekapasitet og vi ikke har avklart om det er aktuelt å endre opptaksområdet, ønsker vi i første omgang å redusere sengetallet til 10 senger per seksjon. Det er da ønskelig å beholde bemanning slik den er i dag (jfr argumentasjon i pkt 4.1.1 i vedlagt notat). Om ønskelig, kan det utredes muligheten for mer standardisert bemanning ved Avd. Sør sine døgneheter. Dette må inkludere en risikovurdering.

Det er deretter ønskelig å utrede ulike alternativer for antall senger i Avd.Sør. I første omgang ser det ut som en samlet sengekapasitet på 28 senger vil være mest aktuelt å se nærmere på (jfr pkt 4.1.3 og 4.2.2 i vedlagt notat).

Hva er gjort til nå?

Per nå er utfordringsbildet drøftet med alle lederne i Avd. Sør (lav beleggsprosent/dårlig kapasitet i poliklinikk som gjør at vi må se på ressursfordeling til ulike oppgaver, samt at opptaksområde eller budsjetter må justeres). Fordi antall sengeplasser ikke er en avgjørelse som kan tas bare i Avd. Sør da det berører den samlede kapasiteten i klinikken, har vi forholdt oss lojal til det klinikkledelsen har hatt som beslutning mtp å ikke gå ut med konkrete forslag i første omgang, da det innebærer en risiko for å skape unødig uro i organisasjonen.

Konkret innhold i vedlagt notat er derfor verken drøftet med enhetsledere, brukere, vernetjeneste eller tillitsvalget. Vi har således et begrenset tilfang av synsvinkler og innspill. Det må ut fra dette tas høyde for at det kan komme nye momenter og andre forslag som ikke er vurdert tidligere.

Videre prosess

- a) Avklaring i klinikkledelsen om Avd.Sør kan ta ned sengekapasitet til 10 senger med en samlet kapasitet på 30 senger. Det anses som lite kontroversielt i avdelingen og det anses som en liten risiko forbundet med dette – spesielt hvis personellressursen i alle vesentlig grad beholdes inntil vi får gjort en større utredning/risikovurdering. I mellomtid forsøker vi å dokumentere dreining av bruk døgnressurser mot poliklinisk- og utadrettet virksomhet.
- b) Avklaring i klinikkledelsen omkring hvorvidt vedlagt notat skal tas ut i avdelingen eller om det fortsatt anses som for tidlig
- c) Avklaring i klinikken omkring ønsket utvikling av sengepostene og pasientstrømmer. Det bør gis føringer for hele klinikken før det gjøres store endringer i deler av virksomheten.
- d) Avklaring i klinikkledelsen av hvilken modell(er) mtp framtidig sengekapasitet som er ønskelig å utrede videre i Avd. Sør (- bør ikke være for mange)
- e) Involvering av aktuelle parter:
 - enhetsledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avd. Sør
 - brukerorganisasjoner
 - kommuner
 - berørte enheter i UNN HF
- f) Risikovurdering av alternativer
- g) Innspillsrunde før beslutning i klinikkledelsen mtp sengekapasitet

Klinikkens utfordring ved valg av løsning

Klinikken bør i denne sammenheng ta stilling til hvordan man skal sørge for likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor man bor, og hvilket prinsipp man planlegger ut fra (jfr pkt 2.2 og siste avsnitt i pkt 5 i vedlagte notat).

Bruk av frigjorte ressurser i Avdeling Sør

Vi har kapasitetsutfordringer i den polikliniske driften, og vi jobber med å etablere FACT som innebærer et kvalitativt og ressursmessig nytt tilbud i Avd.Sør. Sistnevnte tenkes finansiert gjennom UNN sin langtidsplan da dette er en nyetablering av tilbud til en gruppe pasienter som i vårt opptaksområde ikke har fått et helhetlig behandlingstilbud tidligere. Når det gjelder kapasitetsutfordringer poliklinikk, så er det behov for flere stillinger og kapasitetsforbedringer gjennom det å se på drift og pasientforløp i poliklinikk. Dette vil være et ledd i videreutvikling mtp satsningen fra døgn til dag. Fordeling av evt. frigjorte midler ved nedtak av sengeplasser vil kunne konkretiseres når opptaksområde for hvert SPHR er avklart og vi har fått sett nærmere på fordeling av polikliniske stillinger per 10 000 innbyggere, antall pasienter henvist til hvert SPHR og justeringer for det vi antar er et for lavt forbruk/evt for høyt forbruk i deler av opptaksområdet til Avd.Sør.

Vedlegg

Arbeidsnotat: Utvikling av Avdeling sør i 2020 – fokus døgncapasitet

Desember 2019

1 Innledning

Å se på tjenestetilbudet og omstilling av pasienttilbudet i avdelingen, har vært en prosess over tid. I klinikkledelsens møte 19.desember ble jeg bedt om å belyse «Utfordring døgnavvirksomhet i Avdeling Sør». Oppdraget kan besvares med å si at vi blant annet har utfordring med:

- Å få ansatt behandlere (lege- og psykologspesialister). Vi må derfor ha innleie fra firma (Ofoten) og må «låne» overlege fra akuttpost (Midt-Troms).
- Utfordringer med for få vikarer - ved fravær miljøpersonalet får vi enten ikke tak i folk eller det kan fort generes overtid (Sør-Troms).
- Vi strever med å vite hvordan vi kan gi et godt tilbud til pasienter med rusproblematikk og pasienter med psykiske lidelser innenfor samme døgnavirksomhet (Midt-Troms og Sør-Troms).
- Vi har ulike forbruksprofil på innleggelser på de tre seksjonene uten at vi helt vet hvorfor (bruk av akuttpost, lengde på innleggelser og antall innleggelser).
- Vi har for dårlige lokaler til å gi polikliniske injeksjoner (Sør-Troms).
- Hvordan vi skal få til å bidra inn i pakkeforløpene (behov for kompetanseheving og samordning forløp i poliklinikk).
- Arbeidsmiljøutfordringer og høyt sykefravær.

Bakgrunnen for bestilling inn i klinikkledelsen var ikke med ønske om å belyse ovenstående, men fordi antall senger vi har på døgnavirksomhet ikke benyttes (lav beleggsprosent).

Utvidet avdelingsledelse har, med bakgrunn i det å sørge for likeverdige behandlingstilbud og god ressursbruk, **sett på om det er det behov for å endre måten vi leverer tjenestene i Avdeling sør**. Det mest nærliggende er å tenke at vi må:

- Justere ned antall sengeplasser i avdelingen (lav beleggsprosent/annet pasientgrunnlag enn tidligere).
- Oppjustere kapasitet i poliklinikkene (for lav kapasitet).
- Se på om akuttfunksjon er dimensjonert og organisert på riktig måte (ulik profil, ulik bemanning og bruk av beredskapstid, ikke så ambulant som først tenkt).
- Avklare hvordan vi skal sørge for at vi har fått funksjonelle ambulante tjenester (inkl. FACT).

I dette notatet fokuseres det på justering av antall sengeplasser med det formål å frigjøre ressurser slik at Avd. Sør kan forsterke den polikliniske og ambulante virksomhet ytterligere.

2 Bakgrunn

2.1 Avdeling sør – vårt ansvar og våre primæroppgaver

Avdeling sør består av tre Senter for psykisk helse og rusbehandling – ofte omtalt som DPS. Som del av spesialisthelsetjenesten har vi fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring til pasienter.

Konkret er vårt ansvar knyttet til utredning og behandling av pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser - altså Psykisk helsevern voksne (PHV), samt oppfølging av pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk (TSB).

- Elektiv virksomhet (poliklinisk, innleggelse)
- Akuttfunksjon 24/7 (AAT, DeVaVi -leger, døgn + i samarbeid med Psykiatriskavdeling og Rusavdelingen). Veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten skal gå via SPHR
- Fokus på justering av tilbudet fra døgn til dag, og at mest mulig av tilbudet skal kunne gis lokalt
- Tilby pasientforløp i tråd med beskrivelsene i pakkeforløp

2.2 Likeverdig behandlingstilbud

Et likeverdig behandlingstilbud betyr at de som søkes inn til våre tjenester får et tilbud (kapasitet tilpasset etterspørsel/ forbruk), men samtidig må det tas hensyn til antatt behov i befolkningen (for eksempel ressursbruk pr 10 00 innbygger). Vi har i første omgang brukt befolkningsgrunnlaget som utgangspunkt for ressursfordeling av budsjett per seksjon, men siden opptaksområdet endres grunnet sammenslåing av kommuner og endrede transportveier, er det antageligvis nødvendig å se fordeling mellom seksjonene på nytt. Vi ser også at vi har store variasjoner i forbruk og det er per nå i mindre grad vektlagt – vi må ta stilling til om dette også må ses nærmere på som en parameter for antall stillinger/ sengeplasser/ kapasitet. Et annet mål som kan være aktuelt her, er å se på hvor mange pasienter vi greier å gi et tilbud til per enhet/seksjon heller enn å snakke om liggedøgn, beleggsprosent og antall konsultasjoner.

Når det gjelder likeverdig behandlingstilbud, så må vi også se på det innholdsmessige/ kvalitative i tilbudene, om like typer tjenester har forskjellig profil og i så fall om dette er en ønsket variasjon. Dette tenker skal vi ta inn som en del av kompetanseplanlegging som allerede er satt på dagsorden i avdelingen.

2.3 Aktivitetsprofil og ressursbruk

Vi har siste årene relativt lavt belegg på døgnenhetene våre (53 - 60 %). Det er ei forventning om 80 - 85 % belegg. Samtidig som det er ofte er sprengt kapasitet ved akuttpostene og ved døgnenhetene i Tromsø. I tillegg er det ganske store forskjeller mellom hvor mange pasienter fra hvert opptaks-område som får et tilbud på det lokale SPHR og på akuttpost (antall innleggelser pr år fra hvert opptaksområde og innleggelser per 10 00 innbyggere).

Den polikliniske aktiviteten i 2019 ligger lavere enn forventet. Vi har i år hatt fristbrudd ved alle tre seksjonene grunnet for lav kapasitet. Det er i tillegg store forskjeller på kompetanseprofil på de tre poliklinikkene og antall pasienter tatt inn i behandling samsvarer ikke med befolkningsgrunnlaget.

Avdeling sør brukte i 2019 mere penger enn i 2018, og det stilles spørsmålstegn ved at ressursbruk ikke gir seg utslag i økt aktivitet verken i polikliniske konsultasjoner eller beleggsprosent/antall liggedøgn. Det må her påpekes at vi de siste årene har vi jobbet med store endringsoppgaver: blant annet pakkeforløp og drift av FACT uten tilførsel av flere ressurser. En annen oppgave som vi tydeligere har ansvar for i 2016, er rusbehandling ved SPHR. Utvikling og avklaring av hvordan disse tjenesten skal være, er ikke ferdigstilt (spesielt med tanke på behandling av ruspasienter på døgn). På personellsiden har vi store utfordringer fordi vi mangler spesialister. Det gjør at vi leier inn personell fra firma, noe som er dyrt. I tillegg har vi kjørt kveldspoliklinikk i Sør-Troms for å unngå fristbrudd. I forbindelse med innføring DIPS Arena ble det klart at vi hadde for gamle PC'er og innkjøp av disse har medført merkostnader i 2019. Vi har også hatt en økning i reisekostnader. Dette blant annet knyttet til nødvendig kompetanseheving. I døgnvirksomheten sparer vi lite, selv om beleggsprosent er lav siden personell går i turnus.

3 Aktivitetsdata med tanke på døgnvirksomhet

3.1 Antall døgnplasser SPHR i PHRK

SPHR	Antall døgnplasser		
	Befolkning	Senger	per 10000
Ofoten	21132	12	5,7
Sør-Troms	26360	12	4,6
Midt-Troms	27980	12	4,3
Tromsø	71262	33	4,6
Nord-Troms	8998	6	6,7

Nord-Troms har flest antall senger pr 10 000 innbygger. Dernest kommer Ofoten. Midt-Troms har færrest senger pr 10 000 innbyggere.

Tabell 1 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere med utgangspunkt i bostedskommuner knyttet til hvert SPHR (tall fra 2019)

3.2 Beleggsprosent på de ulike sengepostene

Avdeling (for...)	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg % i fjor	Liggedøgn hiå	Endr. liggedøgn	Innleggelser hiå	Endr. innleggelser
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	87,6 %	84,2 %	3 494	125	257	-23
	Døgn 2 Tromsø	87,7 %	88,8 %	2 714	133	201	-46
	Døgn Storslett	65,4 %	64,9 %	1 217	16	182	0
	Døgn Storsteinnes	80,9 %	83,0 %	2 266	-61	255	5
	Medikamentfritt døgntilbud	77,6 %	69,3 %	1 384	125	101	7
Delsum: Avdeling nord (700763)		81,9 %	80,3 %	11 075	338	996	-57
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	59,1 %	64,3 %	2 125	-186	374	52
	Døgn Narvik	60,0 %	58,6 %	2 298	37	224	-39
	Døgn Silsand	53,0 %	57,7 %	1 867	-199	222	0
Delsum: Avdeling sør (700762)		57,4 %	60,1 %	6 290	-348	820	13
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	94,6 %	81,3 %	4 076	768	341	-21
	Aktuttpost sør	97,6 %	84,9 %	3 033	-129	313	-5
	Aktuttpost Tromsø	96,9 %	90,6 %	3 900	256	399	30
	Alderpsykiatri døgn	73,5 %	81,3 %	3 281	3	74	2
	Annet	.	.	.	.	2	-1
	Psykose og rusenheten	89,4 %	88,2 %	3 254	98	97	4
	Sikkerhet døgn	96,8 %	87,4 %	2 266	221	13	-8
	Sikkerhet rehabilitering	135,5 %	117,3 %	3 168	424	4	-7
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		94,9 %	88,5 %	22 978	1 640	1 243	-6
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	83,8 %	84,7 %	1 850	-16	161	14
	Avrusning Tromsø	86,3 %	78,0 %	2 922	322	354	86
	Rus døgn Narvik	88,0 %	87,3 %	6 178	39	207	39
	Rusbehandling Restart	88,9 %	90,7 %	3 548	-61	150	-30
	Rusbehandling ung	74,5 %	67,0 %	3 727	373	64	-10
Delsum: Rusavdeling (700754)		84,4 %	81,5 %	18 225	657	936	99
Sum		83,3 %	80,3 %	58 568	2 287	3 995	49

Tabell 2: HN-LIS januar-november 2019

3.3 Forbruksmønster

Aktivitetsdata januar - november 2019

	Befolkning	Akuttpost		Døgn SPHR		Samlet liggedøgn Akuttpost og døgn		Samlet antall på akuttpost og døgn		TSB		TSB + PHV	
		Liggedøgn	pr 10 000	Liggedøgn SPHR	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000	Innleggelser	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000
Ofoten	21 132	394	186,4	2 089	988,5	2 483	1 175,0	267	126,3	2 736	1 294,7	5 872	2 778,7
Sør-Troms	26 360	1 240	470,4	1 959	743,2	3 199	1 213,6	477	181,0	1 792	679,8	5 431	2 060,3
Midt-Troms	27 980	1 056	377,4	1 886	674,1	2 942	1 051,5	301	107,6	607	216,9	5 727	2 046,8
Tromsø og omegn	71 262	4 782	671,0	8 134	1 141,4	12 916	1 812,5	1 209	169,7	5 828	817,8	24 871	3 490,1
Nord-Troms	8 998	432	480,1	894	993,6	1 326	1 473,7	186	206,7	443	492,3	1 952	2 169,4

Tabell 3: Kilde: HN-LIS. Se vedlegg for ytterligere detaljer. Merket gult er høyeste forbruk av liggedøgn per type sengepost fra et gitt geografisk opptaksområde. Merket hudfarge er nest høyeste forbruk.

Kommuner tilhørende SPHR Tromsø (Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Balsfjord og Storfjord) har *flest liggedøgn* pr 10 000 innbygger både på akuttpost og på døgn. Kommuner tilhørende Nord-Troms er de som dernest forbruker mest. Ser vi samlet på *antall innleggelser* på akuttpost og døgn, er det Nord-Troms som har flest antall innleggelse og dernest Sør-Troms. Når det gjelder liggedøgn TSB (Rusavdelinga) er det innbyggere fra Ofoten som har flest liggedøgn. Samlet sett for TSB og PHV, er det flest liggedøgn per innbygger i Tromsø og dernest i Ofoten.

4 Avdeling Sør ønsker å justere ned antall sengeplasser

Vi har 12 døgnplasser ved alle de tre seksjonene i Avd. Sør. Vi erfarer at vi ikke alltid greier å gi et kvalitativt godt tilbud til 12 pasienter samtidig med den bemanningen vi har tilgjengelig i dag (mange akuttinnleggelser, rusproblematikk, problematikk som krever høyere bemanningstetthet, korte innleggelser). Det har derfor vært et ønske om å ta ned antall sengeplasser til 10, slik at det samsvarer med det reelle tilbudet vi kan gi. Da med tanke på å beholde tilnærmet samme bemanning som i dag.

I tillegg har det vært fokusert utvikling med tanke på å dreie tilbudsprofilen fra døgn til dag. Til en viss grad kan man si at vi delvis har lyktes med dette når vi ser på liggetid og den lave beleggsprosenten over tid. Dette gjør at det er nærliggende å se for seg et nedtak av antall senger for å se om vi kan få en forflytning av ressurser over til polikliniske og ambulante tilbud.

Det er tatt utgangspunkt i to hovedmodeller:

- 4.1 Dagens opptaksområder: Likt antall senger eller evt. mest mulig likt antall senger per 10 000 innbygger-
- 4.2 Ulikt antall senger ved SPHR – prinsipp bygge opp virksomhet rundt sykehusene. Endre opptaksområde – noe som kan bety nedleggelse Sjøvegan

4.1 Dagens opptaksområder: Likt antall senger eller evt. mest mulig likt antall senger per 10 000 innbygger

4.1.1 Ti senger

Når vi skal justere ned senger, vil det være spørsmål om hvor mange senger vi bør ha. Det er tidligere vurdert at nedtak til 10 senger per SPHR er ønskelig. Vi tar derfor utgangspunkt i dette. Mulighet for å omdisponere midler vil da, ut fra en standard bemanning av døgnpersonell, være 3,15 mill. (se tabell 4).

Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
	10 senger	9-8 senger	6 senger
D	7	6	5 til 6
A	3	3	3
N	2	2	2
Helg	3+3	3+3	2+2
Årsverk i turnus	17,39	16,33	15,02
Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
Døgn Harstad	616 000	1 199 000	1 919 500
Døgn Narvik	665 500	1 248 500	1 969 000
Døgn Silsand	1 875 500	2 458 500	3 179 000

Tabell 4 Standard bemanning og mulige besparelser ut fra dagens bemanningssituasjon

Døgnetenhetene skal gi et kvalitativt godt tilbud til pasienter med ulik problematikk og vi søker i UNN å gi mest mulig tilbud lokalt, slik at pasientene slipper å reise til og ta opp unødige plass ved mer spesialiserte tilbud. Avd. Sør sine pasienter har et relativt lavt forbruk av liggedøgn på akuttpost (jfr tabell 3). Bemanning på døgnetenhetene må derfor ikke reduseres i en slik grad at vi risikerer at døgnetenhetene ikke kan ivareta den pasientpopulasjonen de i dag har mulighet for å gi et tilbud, med risiko for å forskyve pasientmassen over mot akuttpost.

Et annet argument for å beholde bemanning på dagens nivå, selv om vi tar ned til 10 senger, er at det gir oss mulighet til å fortsette utvikling av tilbudet fra døgn til dag med en dertil kontrollert forskyving av ressurser. Per i dag vet jeg at Sør-Troms bruker ressurser fra døgn inn i gruppebehandling, Ofoten jobber med å få til mer utadrettet virksomhet/rådgiving til kommunene mtp de pasientene som omtales som «stormottakere», og i Midt-Troms har man også tidvis brukt ressurser ut i kommunene for å unngå innleggelse.

Sammenligner vi bemanning i Avd. Nord sine sengeposter inkl. behandlere (tabell 5), så har Avd. Sør sine sengeposter lavere bemannings- og pleiefaktor enn døgnpostene i Avd. Nord. Tar vi ned antall senger uten å endre bemanning, vil det være en bemanningsfaktor som er litt, men ikke vesentlig høyere i Avd. Sør enn i Avdeling Nord. Reduserer vi bemanning tilsvarende tabell 4, så vil pleiefaktoren være på 1,74 som er lik døgn 1 i Tromsø, mens bemanningsfaktor vil være på henholdsvis 2,21 (Sør-Troms), 2,34 (Ofoten) og 2,18 (Midt-Troms).

	Senger	Bemanningsfaktor (stillingsark døgn + behandlere per seng)	Pleiefaktor (ansatte i turnus per seng)
Døgn 1 Tromsø	12	2,28	1,73
Døgn 2 Tromsø	12	2,53	1,82
Døgn Storsteinnes	9	2,26	1,94
Døgn Storslett	6	2,83	2,42
Døgn Sør-Troms	12 (10)	1,93 (2,32)	1,54 (1,85)
Døgn Ofoten	12 (10)	2,05 (2,46)	1,55 (1,86)
Døgn Midt-Troms	12 (10)	2,14 (2,57)	1,73 (2,08)

Tabell 5 Bemanningsfaktor og pleiefaktor på de ulike døgnetenhetene i PHRK – kartlegging gjort av Vivian Bjellmo vår 2019. Ved døgnetenhetene i Avd.Sør er det beregnet tall for 10 senger med samme bemanning som i dag.

Å sammenligne direkte mellom sengeposter ved ulike lokasjoner er vanskelig, da det er åpenbare forskjeller – for eksempel at Avd. Nord sine sengeposter i Tromsø forvalter tvang, mens Avd. Sør sine sengeposter har mindre mulighet for støtte fra andre enheter på ettermiddag og i helger.

4.1.2 Åtte senger ved alle SPHR i Avd. Sør

Vi ser at beleggsprosent på rundt 60 % kan tilsa at det er mulig å gå ned til 8-9 senger per seksjon og heller frigjøre mere ressurser til poliklinisk/ambulant drift i Avd. Sør. Hvis vi beholder opptaksområdene rundt sentrene som i dag (Tjeldsund over til Sør-Troms grunnet kommunesammenslåing), blir opptaksområdet rundt Ofoten relativt mindre enn de to andre seksjonene i Avdeling sør.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 980	2,9
Sør-Troms	8	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 401	2,9
Ofoten	8 (6)	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen	20 091	3,98 (2,99)
Avd.Sør	24 (22)		75 427	3,18 (2,92)

Tabell 6 Antall senger fordelt på kommuner slik de er i dag og beregning av senger per 10 000 innbygger

- Denne modellen gir en besparelse ca 4,9 millioner med utgangspunkt i standardisert bemanning for 8 senger (se tabell 4). Grunnet få behandlere i Midt-Troms, er det valgt å ha noe høyere bemanning miljøpersonalet, så besparelse vil nok være noe mindre.
- Det kan vurderes om det er aktuelt å ta ned til 6 senger i Ofoten for å få tilnærmet likt antall senger per 10 000 innbyggere i hele Avdeling sør. Dette vil gi en ytterligere besparelse på 700 000.
 - Problemet med denne løsningen er at *forbruksmønstret* ikke tilsier at vi skal ta ned senger i Ofoten mer enn ved de to andre SPHR i Avd.Sør. Det er også en risiko at vi samlet sett får en noe for lav kapasitet i avdelingen. I tillegg samsvarer dette dårlig med det som inngår i planlegging av Nye UNN Narvik (NUN)¹.

4.1.3 Åtte senger i Narvik og ti senger i Midt-Troms og Sør-Troms

For å unngå at vi juster ned sengetallet for mye og på en slik måte at det ikke er i tråd med allerede planlagte endringer, er det sett på mulig for å justere sengeantallet slik at det blir 10 senger i Midt-

¹ Psykisk helsevern er planlagt med 11 senger i NUN som skal stå ferdig i 2024. Av disse er to senger definert som akutte utredningsplasser som skal følges opp i samarbeid med TSB. TSB har på sin sengepost også to slike senger som skal følges opp i samarbeid med PHV (til sammen 4 akutte utredningsplasser).

Troms og Sør-Troms, mens vi reduserer til 8 senger i Ofoten. En slik løsning vil frigjøre ca 3,1 millioner – da tatt utgangspunkt i tabell 4.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 980	3,57
Sør-Troms	10	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 401	3,64
Ofoten	8	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen,	20 091	3,98
Avd.Sør	28		75 427	3,7

Tabell 7 Antall senger fordelt på kommuner slik de er i dag og beregning av senger per 10 000 innbygger

4.2 Ulikt antall senger ved SPHR - bygge opp virksomhet rundt sykehusene

4.2.1 | Seks senger i Midt-Troms og tolv senger i Sør-Troms og i Ofoten

Dette forslaget tar utgangspunkt i at klinikken mener at vi ikke kan greie å ha like stor døgnvirksomhet alle steder (økonomi + tilgang fagpersoner), og at prinsippet da blir at vi bygger opp de største døgnenhetene i nærhet av somatisk sykehus med tanke på integrering somatikk, TSB og PHV. Det betyr at vi i Avd.Sør velger de to største døgnenhetene i tilknytning til sykehuset i Harstad og i Narvik, og en noe mindre sengepost i Midt-Troms. Med dette prinsippet som utgangspunktet må det også ses på sengepost i Nord-Troms.

For at dette forslaget skal være aktuelt bør opptaksområdet endres, og det blir da aktuelt å legge ned poliklinikk på Sjøvegan.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	6	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	22 189	2,7
Sør-Troms	12 (10)	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 403	4,38 (3,65)
Ofoten	12 (10)	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen	25 880	4,64 (3,86)
Avdeling sør	30 (26)		75 472	3,98 (3,45)

Tabell 8 Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

- Samlet økonomisk besparelse: 3,4 mill.
 - Ved å ta ned til 6 døgnplasser i Midt-Troms kan det frigjøres kr 3,1 mill. til omfordeling poliklinisk/ambulant virksomhet i avdelingen. Siden beleggsprosent i

dag er så vidt lavt, antas ikke at det vil bli så mye besparelser i driftskostnader (potensielle dessuten lite, ved omstillingsutfordring 2018/ 2019 er det allerede redusert vesentlig på driftskostnader)

- Økonomisk besparelse ved nedleggelse av poliklinikk Sjøvegan er beregnet til: 660 000,- (inkl. husleie), men her må polikliniske stillinger overføres til Silsand eller Narvik, så reell besparelse gjelder husleie (300 000,-) og reisekostnader for personell, samt omkostninger med å drive en poliklinikk på to lokasjoner. Det antas økninger i kostnader knyttet til pasientreiser og reise ambulerende personell.
- Ulempene med dette forslaget:
 - er at befolkningen i indre del av Midt-Troms/Sør-Troms får lengre vei til poliklinisk behandling. Vi ser allerede i dag at det er et relativt lavt forbruk av polikliniske tjenester i Midt-Troms og tenker at noe av grunnen er lange avstander i opptaksområdet.
 - Kommunene må endre samarbeidsflater/hvilket SPHR de samarbeider med, og opptaksområdet vil ikke samsvare helt med de interkommunale samarbeidene som foreligger
 - I tillegg vil at det noen ganger blir noe for lite kapasitet på sengepost i Midt-Troms, og vi risikerer å måtte sende pasienter unødige. Vi opprettholder samtidig en «overkapasitet» i Sør-Troms og Ofoten. Et alternativ kan da være å beholde 8 senger i Midt-Troms og ha 10 senger i Narvik og Harstad. Da opprettholdes tilnærmet lik kapasitet per 10 000 innbyggere ved de tre seksjonene (se 4.2.2).

4.2.2. Åtte senger i Midt-Troms, og ti senger i Ofoten og i Sør-Troms

For å opprettholde lik tilgang til antall senger per 10.000 innbyggere i Avd.Sør sitt nedslagsfelt vil en sengekapasitet på 8, 10,10 vil være en bedre løsning enn det som skisseres i 4.2.1.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	22 189	3,6
Sør-Troms	10	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 403	3,65
Ofoten	10	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen	25 880	3,86
Avdeling sør	28		75 472	3,7

Tabell 9 Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

Den økonomiske besparelsen her vil bli omlag av 4 mill. (3,7 mill samlet for alle tre døgnseksjoner og 300 000 nedleggelse Sjøvegan) gitt at vi tar utgangspunkt i tabell 4, men noe mindre hvis vi tar høyde for argumentasjon under pkt. 4.1.1. Ulemper med endrede samarbeidsflater og at noen innbyggere får noe lengre reisevei gjelder også dette alternativet.

4.3 Oppsummering modeller

Modell	Antall senger per sted	Ulempe	Fordel	Økonomi besparelse gitt standard bemanning
Dagens opptaksområde	4.1.1 Ti senger 30 senger		Liten risiko Beholder kjente samarbeidsflater kommune	3,15 mill
	4.1.2 Åtte senger ved alle SPHR i Avd. Sør 24 senger	Ofoten lite opptaksområde Ujevn fordeling per 10 000 innbyggere Risiko for perioder med for få senger?	Økt besparelse og sengekapasitet mer i tråd med beleggsprosent Beholder kjente samarbeidsflater kommune	4,9 mill
	4.1.3 Åtte senger i Ofoten og ti senger i Midt-Troms og Sør-Troms 28 senger	Ofoten lite opptaksområde Ikke i tråd med planer NUN	Beholder kjente samarbeidsflater kommune Bedre justert enn 4.1.2 ifht antatt behov	3,7 mill
Bygge opp virksomhet rundt sykehusene – Endre opptaksområde og legge ned Sjøvegan	4.2.1 Seks senger i Midt-Troms og tolv senger i Sør-Troms og i Ofoten 30 senger	Deler av befolkningen får lengre vei til poliklinisk behandling Kommunene må endre samarbeidsflater Noen ganger blir noe for lite kapasitet på sengepost i Midt-Troms + opprettholder «overkapasitet» i Sør-Troms og Ofoten	Utjevner størrelse på opptaksområder til SPHR i Avd. Sør	3,4 mill
	4.2.2 Åtte senger i Midt-Troms, og ti senger i Ofoten og i Sør-Troms 28 senger	Deler av befolkningen får lengre vei til poliklinisk behandling Kommunene må endre samarbeidsflater	Utjevner størrelse på opptaksområder til SPHR i Avd. Sør Mer i tråd med planer for NUN Jevn kapasitet per 10 000 innbygger	4 mill

Tabell 10 Oppsummering av de ulike modellene for valg av antall senger

5 Vurdering

Avdelingsledelsen i Avd. Sør har et klart ønske om å ta ned sengetallet i Avd. Sør. Siden vi både ser på ulike prinsipper for planlegging av sengekapasitet og vi ikke har avklart om det er aktuelt å endre opptaksområdet, ønsker vi å redusere sengetallet til 10 senger per seksjon i første omgang. Det er da ønskelig å beholde bemanning slik den er i dag (jfr argumentasjon i pkt 4.1.1). Det kan være aktuelt å se nærmere på mer standardisert bemanning ved Avd. Sør sine døgnenheter. Dette må inkludere en risikovurdering.

Det bør tas stilling til om noen alternativer skissert i dette notatet bør utredes nærmere og hvor fort det er aktuelt å ta prosessen ytterligere ut i avdelingen. Per nå er utfordringsbildet drøftet med alle lederne i Avd. Sør (lav beleggsprosent/dårlig kapasitet i poliklinikk som gjør at vi må se på ressursfordeling til ulike oppgaver, samt at opptaksområde eller budsjetter må justeres). Fordi antall sengeplasser ikke er en avgjørelse som kan tas bare i Avd. Sør da det berører den samlede kapasiteten i klinikken, har vi forholdt oss lojal til det klinikkledelsen har hatt som beslutning mtp å ikke gå ut med konkrete forslag i første omgang, da det innebærer en risiko for å skape unødig uro i organisasjonen. Konkret innhold i dette notat er derfor ikke drøftet med enhetsledere, brukere, vernetjeneste eller tillitsvalget. Vi har således et begrenset tilfang av synsvinkler og innspill.

I en evt ytterligere prosess mtp nedtak av antall senger må det være en tydelig involvering av aktuelle parter, dvs enhetsledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avd. Sør, kommuner, mulig berørte enheter i UNN HF og brukerorganisasjoner tas med. I denne prosess må det være åpning for at de ser andre og bedre løsninger som her ikke er nevnt og som da må tas til vurdering. Vi vet blant annet for lite om hvordan innføring av FACT-team blir å påvirke behov for senger og hvorfor forbruksmønsteret er så vidt forskjellig ved de tre døgnenheter selv om det tilsynelatende ser likt ut hvis vi bare ser på beleggsprosent. Ønsket utvikling av sengepostene i hele klinikken bør ses på og gis noen føringer før man gjør store endringer i deler av virksomheten.

Klinikkens utfordring hvis vi tar vekk sengeplasser i Avdeling sør vil være å tydeliggjøre hvordan vi skal sikre likeverdig tilgang til behandlingstilbud fordi vi da vil ha store forskjeller i sengekapasitet og forbruksmønster i de ulike opptaksområdene. SPHR Tromsø har 4,6 senger per 10 000 innbygger og Nord-Troms har 6,7, mens Avd. Sør vil ha en sengekapasitet på under 4 per 10 000 innbygger hvis vi tar ned sengetall som skissert i dette notatet. Det kan hende dette er riktig prioritering, men klinikken bør da kunne forklare hvorfor vi velger å planlegge med så vidt store forskjeller. Slike forklaringer kan for eksempel være: *Fordi det er høyere sykkelighet i Tromsø og Nord-Troms? *Fordi Avd. Sør er kommet lengre i utviklingen fra døgn til dag? I så fall må vi sørge for økning i poliklinisk og ambulante tjenester * Ulik alderssammensetning i befolkninga og derfor antatt større/mindre behov?

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 1 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Vedlegg til pkt. 3 Aktivitetsdata med tanke på døgnvirksomhet

Kilde: HN-LIS. Aktivitet januar - november

Ofoten

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Ofoten (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 2 Tromsø	.	.	5	1	4
	Døgn Storsteinnes	.	.	14	1	13
	Medikamentfritt døgn tilbud	.	.	237	11	226
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	256	13	243
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	157	196	-39
	Døgn Narvik	.	.	1 870	1 596	274
	Døgn Silsand	.	.	62	21	41
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	2 089	1 813	276
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	23	40	-17
	Aktuttpost sør	.	.	337	490	-153
	Aktuttpost Tromsø	.	.	34	13	21
	Alderpsykiatri døgn	.	.	397	91	306
	Psykose og rusenheten	.	.	.	43	.
	Sikkerhet døgn	.	.	.	84	.
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	791	761	30
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	461	374	87
	Avrusning Tromsø	.	.	110	187	-77
	Rus døgn Narvik	.	.	1 726	1 301	425
	Rusbehandling Restart	.	.	197	161	36
	Rusbehandling ung	.	.	242	176	66
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	2 736	2 199	537
Sum		.	.	5 872	4 786	1 086

Antall innleggelser Ofoten

År ▼		2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		267	275
Avdeling nord (700763)	Døgn 2 Tromsø	2	1
	Døgn Storsteinnes	1	1
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	23	19
	Døgn Narvik	194	198
	Døgn Silsand	2	2
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	5	4
	Aktuttpost sør	32	47
	Aktuttpost Tromsø	8	3

Vi ser at det er samme antall innleggelser på døgn 2018 og 2019, og en nedgang i antall innleggelser akuttpost (fra 54 til 45 i 2019).

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 1 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Sør-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Sør-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]						
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	-	-	-	5	-
	Døgn 2 Tromsø	-	-	-	18	-
	Døgn Storslett	-	-	-	0	-
	Døgn Storsteinnes	-	-	-	0	-
	Medikamentfritt døgn tilbud	-	-	54	0	54
Delsum: Avdeling nord (700763)		-	-	54	23	31
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	-	-	1 686	1 983	-297
	Døgn Narvik	-	-	136	219	-83
	Døgn Silsand	-	-	137	195	-58
Delsum: Avdeling sør (700762)		-	-	1 959	2 397	-438
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	-	-	55	96	-41
	Aktuttpost sør	-	-	1 168	832	336
	Aktuttpost Tromsø	-	-	17	0	17
	Alderpsykiatri døgn	-	-	112	236	-124
	Psykose og rusenheten	-	-	112	238	-126
	Sikkerhet døgn	-	-	162	389	-227
	Sikkerhet rehabilitering	-	-	-	14	-
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		-	-	1 626	1 805	-179
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	-	-	207	376	-169
	Avrusning Tromsø	-	-	193	154	39
	Rus døgn Narvik	-	-	875	927	-52
	Rusbehandling Restart	-	-	123	49	74
	Rusbehandling ung	-	-	394	220	174
Delsum: Rusavdeling (700754)		-	-	1 792	1 726	66
Sum		-	-	5 431	5 951	-520

Antall innleggelser Sør-Troms

År ▼		2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		477	408
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	314	283
	Døgn Narvik	13	28
	Døgn Silsand	23	17
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	10	4
	Aktuttpost sør	113	76
	Aktuttpost Tromsø	4	-

Det er en økning i antall innleggelser både på akuttpost (økning fra 80 til 127) fra 2018 til 2019, og på antall innleggelser døgn (fra 328 til 350).

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 1 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Midt-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Midt-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...)	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	.	1	.
	Døgn 2 Tromsø	.	.	.	44	.
	Døgn Storslett	.	.	.	9	.
	Døgn Storsteinnes	.	.	188	19	169
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	206	217	-11
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	394	290	104
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	109	28	81
	Døgn Narvik	.	.	59	190	-131
	Døgn Silsand	.	.	1 530	1 637	-107
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	1 698	1 855	-157
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	21	45	-24
	Aktuttpost sør	.	.	1 000	1 019	-19
	Aktuttpost Tromsø	.	.	35	39	-4
	Alderpsykiatri døgn	.	.	863	560	303
	Psykose og rusenheten	.	.	405	131	274
	Sikkerhet døgn	.	.	370	566	-196
	Sikkerhet rehabilitering	.	.	334	102	232
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	3 028	2 462	566
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	69	149	-80
	Avrusning Tromsø	.	.	149	180	-31
	Rus døgn Narvik	.	.	91	294	-203
	Rusbehandling Restart	.	.	208	211	-3
	Rusbehandling ung	.	.	90	265	-175
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	607	1 099	-492
Sum		.	.	5 727	5 706	21

Antall innleggelser Midt-Troms

År ▼		2019	2018
Avdeling (formell) ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		301	298
Avdeling nord (700763)	Døgn Storsteinnes	18	2
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	8	4
	Døgn Narvik	6	11
	Døgn Silsand	162	179
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	6	13
	Aktuttpost sør	92	77
	Aktuttpost Tromsø	9	12

Vi ser at det er omentrent samme antall pasienter innlagt i 2018 som 2019. Dette gjelder både akuttpost og innleggelser døgn.

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 1 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Tromsø

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Tromsø/Tromsø kommune

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...)	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	-	-	3 274	3 278	-4
	Døgn 2 Tromsø	-	-	2 554	2 298	256
	Døgn Storslett	-	-	305	197	108
	Døgn Storsteinnes	-	-	2 001	2 164	-163
	Medikamentfritt døgn tilbud	-	-	379	499	-120
Delsum: Avdeling nord (700763)		-	-	8 513	8 436	77
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	-	-	16	43	-27
	Døgn Narvik	-	-	21	24	-3
	Døgn Silsand	-	-	77	144	-67
Delsum: Avdeling sør (700762)		-	-	114	211	-97
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	-	-	937	824	113
	Aktuttpost sør	-	-	258	262	-4
	Aktuttpost Tromsø	-	-	3 587	3 055	532
	Alderpsykiatri døgn	-	-	1 340	1 441	-101
	Psykose og rusenheten	-	-	1 075	1 149	-74
	Sikkerhet døgn	-	-	1 053	622	431
	Sikkerhet rehabilitering	-	-	2 166	2 099	67
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		-	-	10 416	9 452	964
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	-	-	183	259	-76
	Avrusning Tromsø	-	-	1 607	1 009	598
	Rus døgn Narvik	-	-	726	771	-45
	Rusbehandling Restart	-	-	1 586	1 304	282
	Rusbehandling ung	-	-	1 726	1 016	710
Delsum: Rusavdeling (700754)		-	-	5 828	4 359	1 469
Sum		-	-	24 871	22 458	2 413

Antall innleggelser Tromsø og omkringliggende kommuner

År ▼		2019	2018
Avdeling (formell) ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		1 209	1 185
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	246	259
	Døgn 2 Tromsø	192	204
	Døgn Storslett	29	30
	Døgn Storsteinnes	234	230
Avdeling sør (700762)	Døgn Silsand	17	15
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	96	86
	Aktuttpost sør	53	62
	Aktuttpost Tromsø	342	299

Det er en økning i antall innleggelser på akuttpost (447 til 491) fra 2018 til 2019, og en nedgang i antall innleggelser døgn (fra 738 til 718).

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 1 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Nord-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Nord-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Belegg % i år	Belegg % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	16	0	16
	Døgn 2 Tromsø	.	.	35	38	-3
	Døgn Storslett	.	.	830	846	-16
	Døgn Storsteinnes	.	.	11	30	-19
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	71	0	71
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	963	914	49
Avdeling sør (700762)	Døgn Narvik	.	.	.	6	.
	Døgn Silsand	.	.	2	0	2
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	2	6	-4
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	383	331	52
	Aktuttpost sør	.	.	14	4	10
	Aktuttpost Tromsø	.	.	36	37	-1
	Alderpsykiatri døgn	.	.	15	56	-41
	Psykose og rusenheten	.	.	96	67	29
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	544	495	49
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	61	0	61
	Avrusning Tromsø	.	.	74	68	6
	Rus døgn Narvik	.	.	144	0	144
	Rusbehandling Restart	.	.	164	318	-154
	Rusbehandling ung	.	.	.	88	.
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	443	474	-31
Sum		.	.	1 952	1 889	63

Antall innleggelser Nord-Troms

År ▼		2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		186	172
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	4	.
	Døgn 2 Tromsø	2	4
	Døgn Storslett	146	132
	Døgn Storsteinnes	1	6
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	28	25
	Aktuttpost sør	4	2
	Aktuttpost Tromsø	1	3

Det er en økning i antall innleggelser på døgn fra 2018 til 2019 (økning fra 142 til 153), og omentrent samme antall innleggelser på akuttpost (økning fra 30 til 33).

Opptaksområde og antall senger i Avd. Sør

Tilleggsnotat til diskusjonen i klinikkledelsen 10.09.2020

Dette notatet er et tilleggsnotat til internt notat klinikkledelsen av 12.02.2020 for å oppdatere informasjonen som ligger til grunn for videre beslutninger (premisser og datagrunnlag).

Premisser som er blitt tydeligere

- 1) Planer for NUN er mere klare.
 - a. Det er beregnet med 9 ordinære døgnplasser (+ 4 akutte utredningsplasser i samarbeid med TSB – hvorav 2 er i tilknytning til døgnenheten SPHR Ofoten)
 - b. Opptaksområdet: Narvik, Evenes, Gratangen, Salangen, Lavangen. Bufferområde for Bardu og Målselv.
- 2) På Sjøvegan har vi over år nå slitt med å bygge opp et stabilt og robust nok kompetansemiljø. Det vurderes derfor om man heller skal bygge opp fagmiljøet Silsand (eller evt Narvik) for å betjene befolkningen i denne delen av opptaksområdet.
- 3) Behov for refordeling av ressurser internt i avdelingen går over to akser:
 - a. Mellom seksjoner: Avd.Sør må refordele ressurser internt mellom seksjoner fordi kommunesammenslåinger har resultert i to store opptaksområder og et noe mindre. Befolkningsgrunnlaget harmonerer ikke med ressursfordeling.
 - b. Fra døgn til dag: Vi strever fortsatt med å få til ønsket drift i poliklinisk virksomhet og trenger ytterligere ressurser der for å bedre tjenestetilbudet.
- 4) Nødvendig å vurdere *ønsket* bruk av senger på SPHR og ikke bare dimensjonere ut fra dagens bruk.
 - a. UNN har høye tall mtp akuttinnleggelser – bør vi jobbe ytterligere for å få ned disse?
 - b. Kan pasienter på sikkerhet overføres raskere til SPHR?
 - c. Annet?

Mulige endringer av opptaksområde

- Nye Narvik sykehus skal ha opptaksområde som også inkluderer Salangen og Lavangen (hos oss tilhører det Midt-Troms). Endring i tråd med dette vil si at Ofoten får et opptaksområde på 22 267 og Midt-Troms 25 155.
- Spørsmålet blir om man også skulle ta med Bardu over til Ofoten. Ofoten blir da 25 425 og Midt-Troms 21 970
- Når det gjelder lbestad vil det være aktuelt å vurdere om det skal flyttes tilbake til Sør-Troms eller fortsatt tilhøre Midt-Troms som nå.

Prosess i Avdeling Sør og aktuelle modeller

På ledernivå i Avd.sør har det over tid vært drøftet nedtak av antall senger og en endret bruk av ressurser. Konkrete modeller har kun vært diskutert i avdelingsledelsen. Avdelingsledelsen ønsker at vi skal gå videre med varianter av de to modellene som i vedlegg til notat av 12.2.20 ligger under pkt 4.1.3 og 4.2.2. Disse modellene er her justert og oppdatert med befolkningstall fra 2020.

Sak 12/2021 - orienteringssak 8 - vedlegg

Vedlegg 2 til notat «Utvikling av Avd.Sør - Endring av døgnkapasitet og opptaksområder. Historikk og mandat fra klinikkledelsen»

Modell 1 (jfr pkt 4.1.3 i notat fra desember 2019)

Denne modellen tar utgangspunkt i dagens opptaksområde og justering av senger. Den tar ikke høyde for planer NUN.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	3,61
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	8	Narvik, Evenes, Gratangen,	19 690	4,06
Avd.Sør	28		74 697	3,75

Modell 2

Modell er justert med utgangspunkt i NUN sitt opptaksområde og antall senger beregnet der

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	9	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv, Bardu	25 155	3,58
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen	22 267	4,04
Avdeling sør	28		74 697	3,75

Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

Modell 3 (jfr pkt 4.2.2 i notat fra desember 2019)

Justering av opptaksområdet hvor Bardu dras sørover og sengeplasser per 10 000 blir mer likt i opptaksområdet.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	21 970	3,64
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen, Bardu	25 452	3,54
Avdeling sør	27		74 697	3,62

Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger