



Møtedato: 22.02.2023

Vår ref.:
2023/43-2

Saksbehandler:
Ingrid L. Mathiasen

Dato:
10.02.2023

Styresak 18-2023

Orienteringssaker til styremøte 22.02.2023

Forslag til vedtak

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

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

1. Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie - *mundlig*
2. Orientering om budsjett og omstillingsbehov i UNN per februar 2023 – *skriftlig og muntlig*
3. Klinikkpresentasjon – Psykisk helse- og rusklinikken - *mundlig*
4. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
5. Oppfølging fra internrevisjon Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne – *skriftlig*
6. Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport – *skriftlig*
7. Orientering knyttet til manglende måloppnåelse i forhold til anbefalte forløpstider for pakkeforløp for kreft – *skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 16.02.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 22.02.2023

Vår ref.:
2023/40-3

Saksbehandler:
Øverås/Bugge mfl.

Dato:
15.02.2023

Styresak 18-2023/2

Orientering om budsjett og omstillingsbehov i UNN per februar 2023

Bakgrunn

Den økonomiske situasjonen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har hatt en negativ utvikling siste året i likhet med de øvrige sykehusforetakene i Helse Nord. Selv om den økonomiske utviklingen gikk noe i riktig retning mot slutten av 2022, er styringsfarten i foretaket inn i 2023 vesentlig høyere enn budsjett. Underskuddene i regionen de siste årene har «tæret» på likviditeten og dermed investeringsmulighetene. I budsjettprosessen for 2023 ble det fastslått at det ikke er realistisk å gå i økonomisk balanse for 2023, men at foretakene må bruke to år på å komme i balanse.

For budsjettet i 2023 var omstillingsutfordringen på 412,4 mill. kroner. Av dette utgjorde inngangshastigheten fra desember 2022 374,5 mill. kroner, mens ny omstilling var 37,9 mill. kroner. På grunn av store ulikheter i klinikkens utfordringer knyttet til pris- og kostnadsøkning valgte vi å redusere utfordringen til de klinikkene som var hardest rammet av dette med til sammen 47,6 mill. kroner. Mål og foreløpig vurdering er at denne summen skal dekkes inn av strategiske endringer i UNN som skal la seg realisere i løpet av 2023. Til resten av omstillingen er det utarbeidet klinikkvise tiltak for 335,3 mill. kroner etter risikovurderingen i henhold til Helse Nords oppsett.

I tråd med UNNs overordnede strategi og også signaler fra helse- og omsorgsministeren har UNN stort fokus på at vi gjør riktige prioriteringer rundt de helsetjenester vi tilbyr og hvordan vi disponerer våre ressurser. Status i deler av dette arbeidet omtales senere i denne saken.

Formål

Formålet med saken er å informere styret om status for oppfølging av budsjett- og tiltaksarbeidet i 2023.

Saksutredning

Risikovurdering av budsjett 2023

Da budsjett 2023 ble fremlagt for Styret i UNN i styresak 101/2022 i desember 2022 ble det i saksfremlegget konstatert at budsjettet har høy risiko. For ytterligere å konkretisere dette ble det primo februar gjennomført klinikkviserisikovurderinger av budsjett 2023 inklusive prognosevurdering. Prognosevurderingene ble gjort basert på uløste omstillingsutfordringer og risiko for manglende måloppnåelse av klinikkens planlagte omstillingstiltak.

Risikovurderingen ble vurdert i henhold til følgende kategorier:

- A1 = ISF (tilsvarer art 3200/3203)
- A2 = Øvrige inntekter (hovedpost 3)
- B1 = Innleie (fra firma – art 4681/4682)
- B2 = Øvrige driftskostnader (Hp 4)
- C1 = Nedbemanning (fast lønn, art 5000)
- C2 = Overtid (artene 511*)
- C3 = Øvrige personalkostnader (rest HP 5)
- D1 = Drift (hovedpost 6-7)

Arbeidet har resultert i gode indikasjoner på hvor de store risikoområdene er for 2023. Oppsummert viser tabell 2 hvor mange kategorier hver klinikk har i de enkelte feltene i risikomatrisen.

Tabell 2

SAMNSYNLIGHET	5 Svært stor > 90 % sannsynlighet for at budsjettet overskrides		DK (1)	BUK (1)	K3K (1)	DK (4)
	4 Stor 61-90 %		Akutt(1) K3K (2) BUK (1) MK (1)	Akutt (1) BUK (1) MK (2) DES (1)	Akutt (1) HLK (1) PHRK (2) MK (1) K3K (1)	MK (1) OPIN (1) MK (1) NOR (1)
	3 Middels 31-60 %	HLK (1)	HLK (1) DES (2)	PHRK(2) BUK (2) Akutt (2) Opin (1)	HLK (2) OPIN (1) K3K (1)	K3K (2) OPIN (1)
	2 Lav 11-30 %	Akutt (1) NOR (1)	BUK (1) DES (2) DK (1) Akutt (1)	NOR (1)		
	1 Svært lav < 10 % sannsynlighet for at budsjettet overskrides	NOR (5) MK (1) HLK (2) PHRK (1) MK (2) BUK (1)	DES (1) OPIN (1)			
KONSEKVENNS		1. Ubetydelig	2. Lav	3. Moderat	4. Alvorlig	5. Svært alvorlig
Negativt avvik fra årsbudsjettet		Negativt årlig avvik < 1 million	Negativt årlig avvik mellom 1- 3 millioner	Negativt årlig avvik mellom 3- 5 millioner	Negativt årlig avvik mellom 5- 10 millioner	Negativt årlig avvik > 10 millioner

Matrisen viser at Diagnostisk klinikk har størst utfordring i 2023. Her er 4 kategorier beskrevet med svært stor sannsynlighet for manglende måloppnåelse og med svært alvorlig konsekvens (negativt avvik over 10 mill. kroner). I den andre enden er Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) med 5 kategorier på feltet for svært lav sannsynlighet og ubetydelig konsekvens.

Resultatet og sammenfatningen av risikovurderingene ble presentert og diskutert på Virksomhetsplankonferanse 9. februar 2023. På bakgrunn av dette ble det justert på uløst omstillingsutfordring for 2023. Tabell 3 viser ny prognose for 2023. Prognosen for 2023 basert på opprinnelig budsjett er nå vurdert til 261 mill. kroner i negativt budsjettavvik.

Tabell 3

Prognose 2023 UNN							
Klinikk	Klinikk (T)	Omstilling 2023	Tiltak jfr. Liste (vektet beløp)	Mangler tiltak	Prognose klinikk (risikovurdering)	Prognose etter gjennomgang	Resultat 2022
10	Akuttmedisinsk klinikk	46 811 882	35 240 000	- 11 571 882	- 30 000 000	- 37 000 000	- 70 155 907
12	Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	77 591 919	54 986 547	- 22 605 372	- 35 500 000	- 35 500 000	- 89 012 214
13	Hjerte- og lungeklinikken	46 491 405	46 440 000	- 51 405	- 30 000 000	- 25 000 000	- 51 789 123
15	Medisinsk klinikk	40 376 916	46 636 100	-	- 30 000 000	- 30 000 000	- 52 499 323
17	Barne- og ungdomsklinikken	14 288 251	13 613 000	- 675 251	- 8 000 000	- 8 000 000	- 14 581 807
18	Operasjons- og intensivklinikken	60 096 417	43 513 864	- 16 582 553	- 38 000 000	- 42 000 000	- 83 472 228
19	NOR klinikken	33 419 183	35 849 000	-	-	-	- 11 510 466
22	Psykisk helse- og rusklinikken	20 564 818	21 300 000	-	- 15 000 000	- 15 000 000	- 23 504 535
30	Diagnostisk klinikk	68 458 204	23 533 000	- 44 925 204	- 56 000 000	- 83 000 000	- 97 139 454
45	Drifts- og eiendomssenter	1 974 651	11 850 000	-	-	-	- 16 046 350
46	Fag- og kvalitetscenteret	129 686	130 000	-	1 320 571	1 320 571	3 301 428
48	Kvalitets- og utviklingssenteret	324 985	325 000	-	3 996 546	3 996 546	9 991 366
49	Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	896 049	900 000	-	4 097 100	4 097 100	10 242 749
50	Direktøren	199 618	200 000	-	1 059 513	1 059 513	2 648 783
51	Personal- og organisasjonssenteret	258 063	258 000	-	598 097	598 097	1 495 243
53	Kommunikasjons- og kultursenteret	69 726	70 000	-	702 977	702 977	1 757 444
55	Økonomi- og analysesenteret	455 636	456 000	-	2 535 218	2 535 218	6 338 045
62	Felles					-	
Totalsum		412 407 409	335 300 511	- 96 411 668	- 228 189 977	- 261 189 977	- 441 843 649

I Helse Nord RHF's styremøte 8. februar 2023 vedtok RHF-styret å tildele 170 mill. kroner til foretakene for å lette på foretakenes omstillingsutfordring. For UNNs del utgjør dette 77 mill. kroner. Ny prognose for UNN medregnet denne budsjetttilførselen er da 184 mill. kroner i negativt budsjettavvik.

Pågående omstillingsarbeid i UNN

Det er arbeidet systematisk for å sikre at vi oppnår nødvendige effekter av omstillingstiltakene. I tillegg til tidligere identifiserte omstillingstiltak har vi foreløpig beskrevet syv prosesser som omhandler mer overordnede tiltak i UNN. Disse er fremstilt i nedenstående tabell, der status for vurdering og oppfølging også er beskrevet.

Tiltak	Beskrivelse	Vurdering/status
Optimalisere utnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN	<i>Flytte mindre ressurskrevende prosedyrer til enklere behandlingsnivåer</i> a. Etablere endoskopistue for gastrokirurgi og urologi i C-00. Flytter nesten 1000 prosedyrer ut fra innsuset operasjon og frigjør mye kapasitet. b. Etablere ny, mindre operasjonsstue/ «skiftestue» på ortopedisk poliklinikk i UNN Breivika og øke utnyttelse av to eksisterende operasjonsstuer samme sted. Frigjør kapasitet på dagkirurgi og øker samlet kapasitet for mindre inngrep. c. Flytte enklere prosedyrer på barn fra innsuset operasjon til Barne- og ungdomsavdelingens dagenhet. Frigjør kapasitet på innsuset operasjon.	Besluttet gjennomført. Følges opp i K3K og OPIN, forventet oppstart medio 2023. Besluttet gjennomført. Følges opp i NOR og OPIN. Forventet oppstart ca. 1.5.23. Under utredning/planlegging, ikke endelig besluttet.
	<i>Øke UNNs totale operasjonskapasitet ved omrokking mellom lokalisasjonene</i>	Større prosess som ledes av K3K. Økt standardisering av inngrep og riktig fordeling mellom lokalisasjonene forventes å medføre lavere ressursbruk og noe økt kapasitetsutnyttelse. Tidsperspektiv 6 – 12 mnd.
	<i>Øke utnyttelse/kapasitet i UNN Narvik.</i> Justering av øyeblikkelig hjelp drift og tiltak for å bedre drift. Utdanningsstillinger for operasjons- og anestesipersonell til Narvik prioritert for å sikre mulighet for utnyttelse av kapasiteten i Nye UNN Narvik fra innflytting høsten 2024	Tiltakene til nå har medført vesentlig flere inngrep i UNN Narvik i januar 2023 enn tidligere, uten økt ressursbruk.
	Øvrig funksjonsfordeling somatikk i UNN – Tromsø/Harstad/Narvik	Stort arbeid pågår, usikkert tidsperspektiv. Vil kunne påvirkes av kommende regionale prosesser.
Gjennomgang struktur DPS	Besluttet tatt inn som en del av en større prosess med gjennomgang og justering av strukturen i Psykisk helse- og rusklinikken.	
Gjennomgang struktur BUP-er	Vurdert i Barne- og ungdomsklinikken, ikke sannsynlig at det gir økonomisk effekt.	Besluttet ikke gjennomført/tatt videre p.t.
Legenes tjenesteplaner og vaktordninger	Ledermøtesaker for beslutning om videre prosess under utarbeidelse, ledet av ØAS.	Omfang av eventuelle endringer vil klarlegges i

		videre prosess, totalt tidsperspektiv 6-12 mnd.
Rekruttering og stabilisering	En rekke tiltak i alle klinikkenes og sentra, dialogavtaler mm.	
Hente tilbake HELFO-pasienter	Kartlegging gjennomført. Aktuelle tiltak på flere fagområder – PHV, ØNH, håndkirurgi, gastromedisin, øyesykdommer mfl. Stort potensiale avdekket i PHV, der prosjektpoliklinikk med netto tilførsel av 3,5 mill. kr er beregnet å gi innsparing på ca. 18 mill. kr.	Videre detaljering og gjennomgang av beregninger pågår. Prosjektpoliklinikk for PHV forventes besluttet i nær fremtid.

Målsetningen er at disse overordnede prosessene skal dekke inn tildelingene som omhandlet prisvekst og medikamenter på 47,6 mill. kroner.

I Virksomhetsplankonferansen i november tematiserte ledergruppen og tillitsvalgte også «hva er plan B?» hvis de hittil identifiserte tiltakene ikke strekker til for å løse UNNs økonomiske utfordringer. Omorganisering, kutt i tjenestetilbud, nedbemanning og outsourcing av tjenester ble diskutert uten at vi foreløpig har besluttet å gå videre med noen av disse mer drastiske forslagene.

Eventuell endring i intern organisering av UNN?

En eventuell prosess med mer omfattende endringer av UNNs organisasjonsstruktur har vært tematisert ved en rekke anledninger de siste fire årene, uten at det har vært gjort noen mer strukturert vurdering av om vi bør planlegge for en slik prosess. Direktøren ønsker nå at vi gjennomfører en prosess for i første omgang å lande hvorvidt det er riktig å gjennomføre en større eller mindre organisasjonsendring. Ledergruppen gjennomførte i januar en workshop med idémyldring, der mulige organisatoriske endringer ble foreslått. Forslag om alt fra minimale justeringer, via endringer i klinikktilhørighet for enkelte avdelinger/enheter til en stor organisasjonsendring med etablering av divisjonsstruktur ble løftet frem.

En organisasjonsendring skal kun gjennomføres hvis den forventes å bidra vesentlig til bedret måloppnåelse i forhold til særlig økonomi og tilgjengelighet. Ledergruppen gjennomførte som neste ledd i slutten av januar en workshop der åtte mulige organisatoriske endringer ble vurdert opp mot effekt på en rekke indikatorer av betydning for økonomisk resultat og tilgjengelighet, herunder effekter på ressursbruk, stabilisering/rekruttering, arbeidsmiljø, pasientforløp med mer.

Arbeidet planlegges fulgt opp med ny workshop for foretakstillitvalgte/-verneombud og ledergruppen der vi får med ekstern kompetanse på organisasjoner og endringer. Direktøren ønsker å få landet en beslutning om hvorvidt vi skal gå videre med større eller mindre endringer i UNNs organisatoriske struktur i løpet av de kommende månedene.

Prioriteringer - kloke valg

Gjør kloke valg-kampanjen er en norsk versjon av den internasjonale Choosing wisely-kampanjen som startet i USA i 2012. Hensikten har vært å redusere overbehandling og

overdiagnostikk i helsevesenet. UNN startet arbeidet med Kloke valg våren 2021, og det ble igangsatt et prosjekt knyttet til overforbruk av laboratorietjenester – *Ikke stikk meg uten grunn*. En helhetlig systematisk tilnærming til videre utrulling av Kloke valg i UNN ble satt på pause som følge av omdisponering av nøkkelpersonell til arbeid med pandemien.

Fremtidens bemanningsutfordringer presentert i Helsepersonellkommisjonens rapport og en krevende økonomisk situasjon i UNN og i hele Helse Nord stiller skjerpede krav til prioriteringer i vårt helsetjenestetilbud framover. Vi skal levere et faglig forsvarlig og best mulig tilbud til flest mulig pasienter innenfor den rammen vi har til rådighet. Det blir viktig å se kritisk på etablerte tilbud, og få på plass systemer for å avslutte tilbud som det ikke er sannsynlig at gir helsegevinst. For å styrke en prosess med økt fokus på prioriteringer er det naturlig å gjenoppta og forsterke det systematiske arbeidet med kloke valg i UNN.

Til tross for at arbeidet med kloke valg fra et helhetlig og overordnet nivå i UNN har vært satt på vent, har det vært aktivitet ved flere fagmiljøer i UNN som har vært eller er helt i tråd med kloke valg, og som understøtter gode prioritering innenfor vår virksomhet. Dette er blant annet:

Gjennomgang og monitorering av 17 unødvendige inngrep

NOR og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken(K3K) har de siste årene flere ganger gått igjennom sin praksis for de 17 inngrep som den gang helseminister Bent Høie ba helseforetakene vurdere om de kunne gjøre mindre av. I UNN gjøres en kontinuerlig vurdering av antallet gjennomførte operasjoner på de nevnte inngrepene, og tilbakemeldingen er at praksis i både NOR, K3K og Hjerter- og lungeklinikken (HLK) har et sterkt fokus på at både disse og andre inngrep utføres innenfor indikasjon jf. nasjonal og internasjonal standard.

Etablering av kirurgisk fagråd

Kirurgisk fagråd i UNN skal sikre at praksisendringer som gjøres innenfor operasjonsvirksomheten skjer på vitenskapelig dokumenterte grunnlag, at kost-/nytteeffekt vurderes fortløpende og at pasientsikkerheten ivaretas. Kirurgisk fagråd er i gang med å utarbeide en prosedyre for kirurgisk utprøvende behandling. Et av formålene med prosedyren er å styrke oppmerksomheten til våre fagmiljøer omkring behandling med dokumentert effekt, og hva det er som skal ligge til grunn for hvilke kirurgiske inngrep som gjøres og prioriteres i UNN gjennom kloke valg.

Styrket arbeid på legemiddelområdet

Det er gjort et systematisk oppfølgingsarbeid på legemiddelområdet i UNN de seneste årene. Legemiddelfaglig rådgiver i Fag- og kvalitetssenteret holder tett kontakt med fagmiljøer og følger opp deres overholdelse av nasjonalt legemiddelinnkjøpssamarbeid-anbud og medikamentbytter til rimeligere alternativer. Implementering av prosedyre for *Utprøvende medikamentell behandling utenfor kliniske studier* pågår per i dag. Prosedyren forankrer utprøvende behandling med legemidler både i fagmiljø og ledelse. Prioritering i henhold til effekt og kostnad vil bidra til at flest mulig pasienter mottar et best mulig behandlingstilbud samtidig som at hver pasient vurderes individuelt. Vi vil i det videre arbeidet med utprøvende behandling utenfor kliniske studier søke å få en oversikt over kostnader og utviklingen av disse i tiden framover.

Kurs i klinisk kommunikasjon og implementering av samvalg

Kun gjennom god kommunikasjon mellom pasient og behandler vil det være mulig å ta kloke valg og samvalg sammen med pasienten. Ved å utforske pasientperspektivet får behandler kunnskap om hva som er viktig for pasienten. UNN har de siste årene gjennomført regelmessige kurs i klinisk kommunikasjon etter metoden *Fire gode vaner* for leger i spesialisering. Kurset har fått svært gode tilbakemeldinger. Satsningen på samvalg har gjennom flere år vært sterk i UNN, og kurset i klinisk kommunikasjon inneholder praktisk ferdighetstrening i utøvelsen av samvalg.

Ikke stikk meg uten grunn

Det er innført flere tiltak i forbindelse med *Ikke stikk meg uten grunn*, blant annet:

- Mai 2021: kun leger skal bestille blodprøver, ikke sykepleiere. Diagnostisk klinikk følger i 2023 opp med kontroll av om dette overholdes.
- Høsten 2021 ble antallet prøvetakningsrunder redusert fra 6 til 3 runder i døgnet. Det meldes om god effekt av dette tiltaket intern i UNN, men at det er et økende antall rekvisisjoner fra primærhelsetjenesten.
- Laboratiemedisin, Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og Medisinsk klinikk (MK) samarbeider nå om utarbeiding av kampanje for riktig rekvisirering (2023). Arbeidet er igangsatt med støtte fra kommunikasjonsavdelingen.

Det planlegges flere konkrete tiltak i dette arbeidet for 2023.

Radiologi

UNN har en stor og vedvarende utfordring med kapasitet på radiologiske undersøkelser, og en svært alvorlig mangel på radiologer. Det er derfor av stor betydning å ha fokus på de radiologiske undersøkelser som rekvireres kan forventes å ha nytte for pasienten. Det gjelder særlig ressurskrevende undersøkelser som CT- og MR-undersøkelser. Riksrevisjonen har tidligere påvist stor variasjon i antall slike undersøkelser mellom sykehusområdene i Norge, og det er sannsynlig at det er et potensial for riktigere prioriteringer på dette området. I UNN har vi til nå ikke funnet kapasitet til et systematisk kloke valg- arbeid på dette området, og vil prioritere å etablere dette i 2023 så langt mulig. Det vil eksempelvis kunne gjøres etter en erfaringsutveksling med Helse Bergen, som gjennom prosjektet Ve Ra Vest søker å øke kvaliteten i legers henvisingspraksis slik at de radiologiske tjenestene brukes best mulig til nytte for pasientene. Kunstig intelligens vil også kunne understøtte radiologers arbeid med å beskrive undersøkelser, og mulighetsrommet her vil kunne kartlegges som en del av arbeidet med kloke valg og prioriteringer i UNN i 2023.

Behandlingstilbud som kun finnes på UNN

Det vil være mulig å gjøre en kartlegging av hvilke behandlingstilbud UNN som eneste sykehus i Norge tilbyr. Det må så vurderes om disse behandlingstilbudene skal videreføres.

Poliklinikkprosjektet

I det pågående poliklinikkprosjektet inngår regelmessig gjennomgang av aktiviteten på den enkelte poliklinikk («Ta pulsen på poliklinikken»). Her vurderes blant annet om alle pasientene hadde behov for konsultasjonen, om den har foregått på riktig nivå etc.

Vurdering

Det er høy risiko i budsjettet for 2023, og ny prognose etter siste budsjetttilførsel fra Helse Nord RHF er på 184 mill. kroner. Det pågår et omfattende arbeid på en rekke områder for å oppnå ønskede og helt nødvendige effekter i løpet av året, men også for 2024. For å oppnå et resultat i tråd med den prognosen som nå fremlegges er det kritisk at det arbeides systematisk og kontinuerlig med tiltakene i hele foretaket slik det beregnede potensialet realiseres. Risikovurderingene av klinikkens budsjetter og drift vil videreutvikles og gjentas månedlig utover året, og nye tiltak vil også måtte identifiseres og gjennomføres.

Helse- og omsorgsministeren har helt nylig varslet en styrking av sykehusbudsjettene inneværende år, tilsvarende den engangsbevilgningen for 2022 foretakene fikk i desember 2022. I hvilken grad denne tilleggsbevilgningen til Helse Nord RHF vil bli videreført til sykehusforetakene i regionen er ikke kjent, men det forventes at dette vil redusere omstillingsbehovet noe. Det er også positivt at finansministeren har varslet at sykehusene vil få kompensasjon for økt lønns- og prisstigning inneværende år, utover det som var bakt inn i statsbudsjettet som ble vedtatt i desember. Det er imidlertid svært viktig å være klar over at UNN uansett har et stort økonomisk omstillingsbehov, og at tiltaksarbeidet må fortsette med uforminsket styrke.

Befolkningen blir eldre, og mulighetene innenfor diagnostikk og behandling stadig flere. Vi lever lengre med våre helseutfordringer samtidig som vi ikke kan forvente at antall helsepersonell blir flere. Prioriteringer gjennom kloke valg av hvilke tjenester som skal tilbys, i hvilket omfang, og på hvilken måte blir dermed stadig viktigere. Det å spørre pasienten «hva er viktig for deg» støtter opp under prioritering og dimensjonering av våre tjenester og bidrar til en bærekraftig utvikling gjennom pasientsentrerte, proaktive og helhetlige pasientforløp.

Denne saken inneholder et utsnitt av tidligere gjennomført arbeid som er i tråd med kloke valg i UNN i tillegg til noen nye innsatsområder som kan styrke arbeidet med gode prioriteringer og god bruk av de ressursene vi har til rådighet. Det som er beskrevet er ikke fullt ut dekkende for hva det videre arbeidet vil inneholde, men løfter frem mulige innsatsområder det vil være mulig å se nærmere på dersom det kan settes av ressurser til et slikt arbeid.

Styret vil bli holdt orientert om både tiltaksarbeidet og arbeidet med gode prioriteringer utover i 2023.

Tromsø, 16.02.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 22.02.2023

Vår ref.:
2020/8199-12

Saksbehandler:
Stellander/ Henriksen

Dato:
08.02.2023

Styresak 18-2023/5

Oppfølging av internrevisjon - *Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord- Norge HF*

Bakgrunn

Internrevisjonen i Helse Nord RHF skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Internrevisjonen i Helse Nord RHF gjennomførte i perioden september 2020 til januar 2021 internrevisjon knyttet til ventetid og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Tilsvarende revisjoner ble gjennomført i de øvrige helseforetakene i Helse Nord. Formålet med revisjonen var å bekrefte at UNN har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Internrevisjonen ble gjennomført ved gjennomgang av dokumenter og indikatorresultater, intervjuer, journalgjennomgang, dataanalyser og spørreundersøkelse.

Internrevisjonen publiserte 12.02.2021 rapporten *Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*. Internrevisjonen konstaterte at ventetidene innen psykisk helsevern for voksne i UNN er betydelig lengre enn måltall, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Det er ikke etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

Internrevisjonen anbefalte UNN å:

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.

5. Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.
6. Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.
7. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

Flere av internrevisjonens anbefalinger omhandler forhold i Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK). Det ble gitt et oppdrag til Kontinuerlig Forbedring (KF) fra administrerende direktør om å bistå klinikken i å gjennomføre risikovurdering som skulle bidra i utarbeidelsen av en samlet tiltaksplan (handlingsplan) for reduksjon i ventetid/variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne. Planen ble behandlet og vedtatt av klinikkledelsen i møte 11.03.21. Hovedmålene i tiltaksplanen var gjennomsnittlig ventetid under 40 dager for psykisk helsevern voksne og ingen fristbrudd, jfr. oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF 2021. Risikovurderingen viste at målene med stor sannsynlighet ikke ville innfris i 2021 og at konsekvensene ville være alvorlige til svært alvorlige. Hovedfokuset i tiltaksplanen var derfor rettet mot områder med høyest risiko basert på sannsynlighet og konsekvens av å ikke nå målene i 2021.

Tiltaksplanen inneholdt følgende tiltak:

- Økt antall stillingshjemler (4 stk.)
- Behandlingsplan til alle
- Gruppeterapi (utvikle tilbud)
- Pakkeforløp (styrke koordinatorfunksjonen)
- OCD-team – større satsing fra regionen
- Vurderingssamtale/førstegangssamtale med spesialist
- Videreutvikling/etablering av Vurderings-team
- Implementering av predefinert timebok
- Etablering av faglige strukturer (mikroteam)
- Rekruttering/stabilisering: Etablere introduksjonsopplegg for nyansatte
- Bedre ressursplanlegging av kapasitet- og behov. Delta på workshop med BUPA

Tiltak med høy effekt og stor evne til gjennomføring ble gitt høyest prioritering i 2021. Disse tiltakene var økning i antall faste stillingshjemler for behandlere, implementering av predefinert timebok, etablering av faglige strukturer (mikroteam) og bedre ressursplanlegging.

Formål

Orienterer styret ved UNN om oppfølgingen av anbefalinger i internrevisjon *Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.*

Saksutredning

Tiltaksarbeidet startet opp i mars 2021 med småskallatesting ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø. Det ble i etterkant av småskallatesting stilt spørsmål ved om de foreslåtte tiltakene ville ha tilstrekkelig effekt for å få ned ventetid, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelse. Det ble også stilt spørsmål om tiltakene i handlingsplanen i tilstrekkelig grad svarte ut funnene/konklusjonen i internrevisjonsrapporten. Tiltaksplanen ble på bakgrunn av dette revidert for å tydeliggjøre begrunnelsene for de prioriterte tiltakene, og bedre beskrive hvordan klinikken skal jobbe for å systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttende tiltak gjennomføres og evalueres, samt hvordan klinikken skal øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet. En revidert tiltaksplan ble godkjent av klinikkledelsen 17.06.2021.

Funnene og anbefalingene i internrevisjonsrapporten og klinikkens oppfølging av disse ble presentert i felles Kvalitetsutvalgsmøte og Arbeidsmiljøutvalgsmøte 28.09.2021. I tillegg til den reviderte tiltaksplanen ble det da presentert en overordnet *Utviklingsplan poliklinisk virksomhet i Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF 2021-2023* som gir føringer for hvordan klinikkens voksenpsykiatriske poliklinikker bør utvikle, organisere og innrette seg for å sikre gode tjenestetilbud, bedre rekruttering og stabilisering, tilstrekkelig tilgjengelighet og bedre kapasitetsutnyttelse med mindre grad av variasjon.

UNN styret ble 10.11.2021 i egen sak (2021/3208-1) orientert om funnene i internrevisjonsrapporten og tiltaksplanen for å følge opp internrevisjonens anbefalinger. Det ble dokumentert effekt av handlingsplanen på antall fristbrudd, men ikke bedring av gjennomsnittlig ventetid. Det ble bemerket at arbeidet med å bedre ventetid og kapasitetsutnyttelse innebærer et langsiktig kulturendringsarbeid, samt at arbeidet med å bedre tilgjengelighet utfordres ytterligere av vansker med å rekruttere og stabilisere behandlere, spesielt ved de distriktspsykiatriske sentrene.

Det ble i desember 2021 gitt tilbakemelding til Helse Nord om oppfølgingen av internrevisjonens rapport (ref. 2021/8934-3). Oppfølgingen av internrevisjonen ble styrebehandlet i Helse Nord RHF (18/2022). Styret i Helse Nord RHF gav da administrerende direktør i oppdrag å sikre at sykehusforetakene har fulgt opp alle anbefalinger fra internrevisjonsrapporten innen utgangen av 2022.

Internrevisjonens anbefalinger vedrørende PHRK

Flere av internrevisjonens anbefalinger omhandler som sagt forhold i PHRK. Klinikken har gjennomført risikovurdering med utgangspunkt i belyste risikoområder i internrevisjonsrapporten. Klinikken har på bakgrunn av risikovurderingen utarbeidet en samlet tiltaksplan (handlingsplan) for arbeidet med å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen ved klinikkens voksenpsykiatriske poliklinikker. Klinikken har tatt i bruk gjennomgående tavlemøter på alle ledernivåer for å sikre en systematisk og styrket lederoppfølging av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres. Tavlemøtene er utviklet i samarbeid med Kontinuerlig forbedring og bygger på systematisk forbedringsmetodikk, inkl. bruk av driverdiagram, definering av tydelige mål og utvikling av styringsindikatorer. Klinikken har i økende grad benyttet data fra DIPS og HN-LIS i forbedringsarbeidet, samt utviklet egne styringsindikatorer som viser forholdet mellom pasienter tatt inn til behandling og avsluttede pasienter og andel pasienter med behandlingsplan. Målet er å oppnå balanse

mellom inntak og avslutning av pasienter og at alle pasienter skal ha behandlingsplan. Indikatorene erfares som nyttige i arbeidet med å følge opp tiltakene for å redusere ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.

Effekten av tiltaksplanen for klinikkens voksenpsykiatriske poliklinikker har ikke vært tilstrekkelig for å nå kravene for tilgjengelighet. Klinikken jobber derfor kontinuerlig med å forbedre allerede etablerte tiltak, samt utvikle og iverksette nye tiltak som kan bidra til å redusere ventetiden og redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse. Dette inkluderer blant annet bruk av kveldspoliklinikk, ytterligere styrking av antall faste stillinger for å redusere bruken og konsekvensen av midlertidige stillinger (som ofte innebærer høy turnover og et stort antall refordelinger av pasienter i stedet for avslutninger), kontinuerlig arbeid for å bedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet, økt satsning på gruppeterapi, utvikling av vurderings-team for raskere avklaringer og kortere behandlingsforløp (etter modell fra DPS Tiller ved St. Olavs Hospital), og løpende fokus på og etterlevelse av behandlingsplaner. I tillegg til dette pågår det et forbedringsarbeid "God avslutning" som skal bidra til å hjelpe behandlere med å begrense antallet konsultasjoner per pasient og redusere variasjon i kapasitetsutnyttelse.

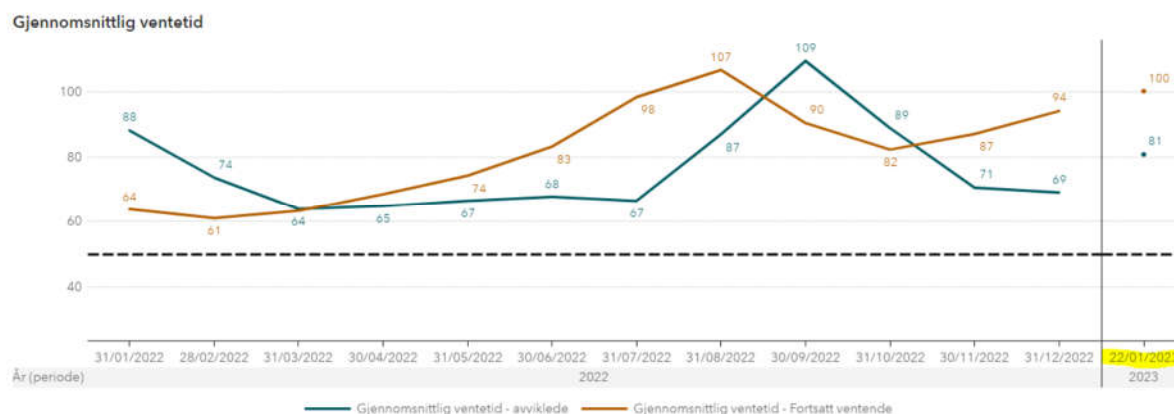
Til tross for dette så ser vi igjen et stigende antall fristbrudd og en økning i ventetid. Antall fristbrudd fortsatt ventende er per 23.01.2023 på 314 (figur 1). Klinikken har nå et økende antall fristbrudd ved flere poliklinikker, både i Avdeling Nord og Avdeling Sør. Det totale antallet pasienter som for tiden mottar behandling i regi av HELFO er nå 531. Fristbrudd innebærer at pasienter som har blitt vurdert med rett til behandling i spesialisthelsetjenesten ikke får innfridd denne rettigheten innen den fristen spesialisthelsetjenesten selv har satt. Det er svært uheldig at et stort antall pasienter ikke får behandling innen fristen. Disse pasienten vil i slike tilfeller få tilbud om behandling i regi av HELFO, noe som innebærer ofte kostbare behandlingsforløp hos private aktører. Helseforetakene har ingen påvirkning på eller kontroll over disse pasientforløpene, noe som potensielt kan medføre betydelige utgifter for UNN i lang tid framover. Det er derfor avgjørende at klinikken raskt greier å øke tilgjengeligheten slik at ytterligere fristbrudd unngås. Utfordringsbildet er kjent også i andre fagområder i UNN, og det videre oppfølgingsarbeidet sees samlet.

Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende var per 31.12.2022 på 94 dager og gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter var per 31.12.2022 på 69 dager (figur 2). Antall polikliniske konsultasjoner var per 31.12.2022 på 63897, en økning på 2,1 % sammenlignet med i 2021. Det er viktig å bemerke at voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø (som har det høyeste antallet fristbrudd) har opplevd en betydelig pågang av henvisninger i løpet av 2022. Poliklinikken i Tromsø gav i 2022 behandling til et rekordhøyt antall pasienter. Antall henvisninger tatt til behandling ved VPP Tromsø har steget fra 943 pasienter i 2018, til totalt 1329 pasienter i 2022 (figur 3).

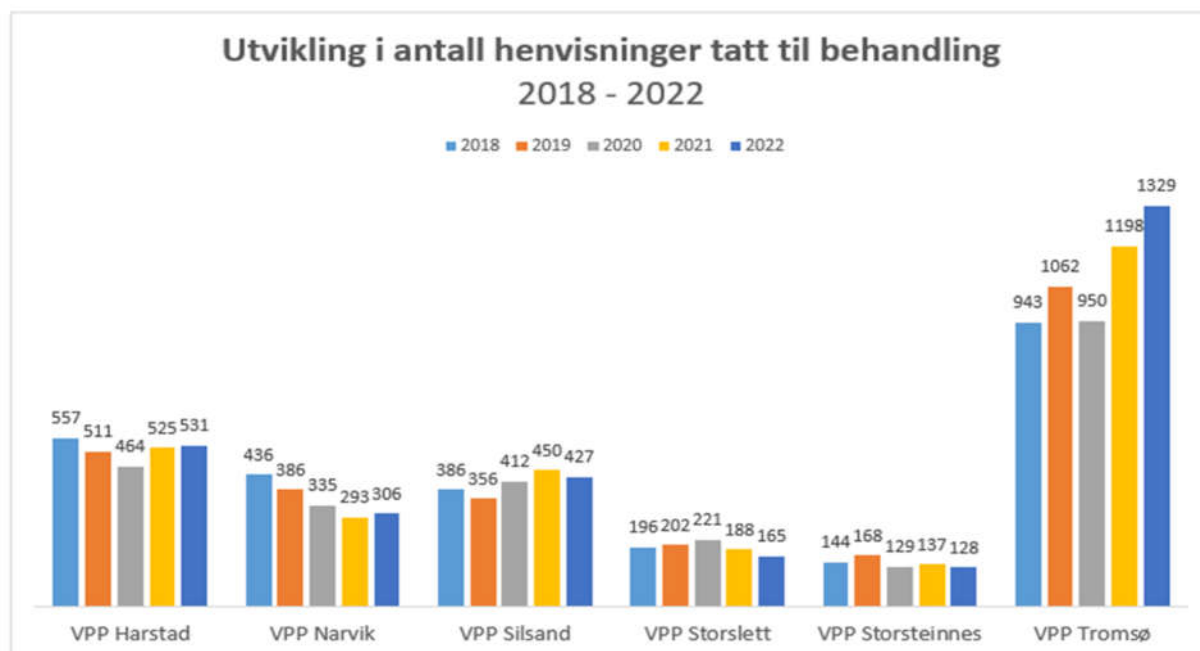
Figur 1: Antall fristbrudd fortsatt ventende (turkise søyler) og andel fristbrudd fortsatt ventende (oransje linje) pasienter i Psykisk helsevern Voksne 31.01.22 til 31.12.22.



Figur 2: Gjenomsnittlig ventetid fortsatt ventende (oransje linje) og avviklede (mørkeblå linje) pasienter i Psykisk helsevern Voksne 31.01.22 til 31.12.22.



Figur 3: Utvikling i antall henvisninger tatt til behandling 2018 – 2022 ved voksenpsykiatriske poliklinikker i Psykisk helse- og rusklinikken



Anbefalinger på foretaksnivå

Flere anbefalinger i internrevisjonen omhandler forhold ved UNN på foretaksnivå og involverer styret. Dette gjelder anbefalingene om å iverksette en helhetlig risikostyringsprosess i samsvar med retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, samt å gi

styret informasjon om resultater fra disse risikovurderinger og status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

Helse Nord er per i dag i prosess med å utarbeide nye regionale retningslinjer for risikostyring. Så snart disse er ferdigstilt og besluttet innført i regionen vil de danne grunnlaget for videre oppfølging av helhetlig risikostyring i UNN.

Vurdering

Klinikken har ennå ikke greid å oppnå ønsket ventetid eller en klar reduksjon i variasjon i kapasitet. Til tross for utarbeidelse og iverksettelse av tiltaksplanen ser vi nå igjen en stigning i antall fristbrudd og en økning i gjennomsnittlig ventetid. Samtlige av klinikkens voksenpsykiatriske poliklinikker har gjennomsnittlig ventetid som er høyere enn kravet gitt i oppdragsdokumentet (ventetid < 40 dager), og flere av poliklinikkene har et økende antall fristbrudd. Utfordringsbildet er noe ulikt avhengig av lokalisasjon. Ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø er utfordringen med tilgjengelighet særlig knyttet til høy turnover, høyt sykefravær og stor pågang av pasienter. Ved poliklinikkene i Avdeling Sør er det primært vansker med rekruttering og mangel på spesialister som bidrar til økende ventetider og fristbrudd.

PHRK erkjenner derfor at det er nødvendig med ytterligere tiltak for å få kontroll på ventetid og fristbrudd. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som krever endring av både struktur og kultur. Tiltak som vil ha tilstrekkelig effekt må derfor være rettet mot begge disse forholdene. Reduksjon av variasjon i kapasitetsutnyttelse og økt tilgjengelighet vil utfordre lange faglige tradisjoner i psykisk helsevern hvor behandlere har hatt (og fortsatt har) stor autonomi til selv å bestemme antallet pasienter vedkommende har i behandling og lengde på behandlingen. Det vil derfor ta tid å få til en dreining i retning av mere standardiserte behandlingsforløp og en tydeligere styring av aktiviteten og hvordan kapasiteten skal utnyttes for å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og redusert uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen.

Selv om klinikken ennå ikke har oppnådd målene som ble satt i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplanen (ingen fristbrudd og ventetid under 40 dager), så betyr ikke dette at tiltakene så langt ikke har hatt noe effekt. Tiltaksplanen har bidratt til å skape en faglig og verdimessig forankring for forbedringsarbeidet blant ledere og ansatte. Tiltaksplanen har bidratt til en mer hensiktsmessig faglig struktur ved VPP Tromsø. Det systematiske arbeidet med å redusere ventetid og uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse har bidratt til en kulturendring i retning av større aksept for at ledere kan bidra til å styre aktiviteten. Og summen av alle tiltakene har ført til økt kapasitet og økt effektivitet ved VPP Tromsø.

Klinikken har i budsjettnotat 2023 presentert flere nye tiltak som skal bidra til bedre tilgjengelighet og bedre kapasitetsutnyttelse i løpet av 2023. Tiltaksplanen som ble utarbeidet i 2021 fungerer som fundament for de nye tiltakene. Klinikken vil blant annet se på forholdet mellom beredskap og elektiv drift og muligheten for å få til en forskyvning av behandlerressurser for å styrke den polikliniske aktiviteten, samt opprettelse av en "prosjektpoliklinikk" som i en begrenset periode skal jobbe målrettet for å redusere antallet

fristbrudd. For å realisere målene skissert i dette prosjektet etableres midlertidige stillinger som finansieres ved reduksjon av gjestepasientkostnader UNN i dag betaler for pasienter som går til Helfo. Dette tiltaket vurderes fra klinikkens side å være det viktigste tiltaket for å raskt bedre tilgjengeligheten og få kontroll på fristbruddproblematikken.

Klinikken vil videre se på muligheten for en ytterligere styrking av behandlerkapasitet, ha økt fokus på rekruttering og stabilisering for å sikre tilstrekkelig kompetent helsepersonell med tilstrekkelig beslutningskompetanse, utforske muligheten for oppgaveglidning i form av tilsetninger av behandlere med 3-årig utdanning i stedet for psykologer, sikre tettere og mer systematisk lederoppfølging av behandlere, utarbeide felles prosedyrer for utredning og behandling og legge til rette for økt bruk av digitale konsultasjoner for å redusere antallet "ikke møtt" gjennom bedre utnyttelse av behandlerkapasitet på tvers av lokalisasjoner (stedsuavhengig poliklinikk). Klinikken planlegger i tillegg å gjøre benchmarking mot andre helseforetak for å utarbeide felles føringer for hva som forventes av kapasitet hos hver enkelt behandler (i tråd med nasjonale anbefalinger og snitt). Disse føringene vil bli forankret i klinikkledelsen, tydeliggjort i ansettelsesprosesser og i retningslinjer og kvalitetshåndbøker ved poliklinikkene og fulgt opp av ledere på alle nivåer.

På foretaksnivå anbefaler internrevisjonen at det etableres helhetlig risikostyring i UNN. En plan for implementering av helhetlig risikostyring i UNN vil forelegges styret i en egen styresak etter at Helse Nords retningslinjer for risikostyring er vedtatt.

Tromsø, 10.02.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 22.02.2023

Vår ref.:
2020/9729-4

Saksbehandler:
Marte L. Henriksen

Dato:
08.02.2023

Styresak 18-2023/6

Statusrapport interne revisjoner UNN - årlig rapport

Bakgrunn

Internrevisjon er en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å avklare om aktiviteter og resultater er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, eller sykehusets interne dokumenter. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører internrevisjoner både på foretaksnivå, klinikk- og senternivå.

Styret orienteres årlig om status på internrevisjoner som er gjennomført på foretaksnivå.

Formål

Orienterer styret om funn og oppfølging av internrevisjoner i 2022.

Saksutredning

For 2022 var det vedtatt ni internrevisjoner på foretaksnivå. Tre av disse ble gjennomført. En internrevisjon er videreført fra 2021 og ferdigstilt i 2022 (se vedlegg). De øvrige lot seg ikke gjennomføre som følge av mer presserende oppgaver i forbindelse med pandemien, samt sykefravær blant nøkkelpersoner. R06/22 om *Pasientadministrativt arbeid i poliklinikk* ble besluttet å ikke gjennomføre på grunn av sammenfallende tema med *Poliklinikkprosjektet*.

4 internrevisjoner er ferdigstilt:

- Rapport etter internrevisjon 2021: R07/21: Ledelse i UNN
- R01/2022: Stoffkartotek (HMS-revisjon)
- R04/2022: Kompetansestyring i akuttmttakene
- R08/22: Medisinsk koding

6 internrevisjoner er ikke gjennomført:

- R02-03/22: Riktig tilberedning av antibiotika og riktig bruk av antibiotika profylakse
- R05/22: Oppfølging patologisvar
- R06/22: Pasientadministrativt arbeid i poliklinikk
- R07/22: Pakkeforløp
- R09/22: Dokumentasjon i pasientjournal

I tillegg gjennomføres internrevisjoner på klinikknivå. Revisjoner på klinikknivå inngår ikke i rapportering til styret.



Vurdering

Gjennomføringsgraden for internrevisjonsprogrammet i 2022 var for lav på foretaksnivå. Det var ulike årsaker til dette, men det forventes at situasjonen vil normaliseres for internrevisjonsprogrammet i 2023.

Tromsø, 10.02.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styrerapport internrevisjon, foretaksnivå 2022

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN 2022

Rapport etter internrevisjon 2021: R07/21: Ledelse i UNN

Elements saksnr	2023/1035
Status	Under oppfølging av kliniksjefer/senterledere
Revisjonskonklusjon	Ingen avvik, fem anbefalinger
Internrevisjon	
Melding sendt	3. mai 2021
Revisjonstema	Enhetlig ledelse i UNN
Revisjonshandling	Metodikk: dokumentgjennomgang og intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	Ukene 25-35 (2021) ble revisjonshandlingene gjennomført.
Revisjonsgrunnlag	• Spesialisthelsetjenesteloven • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten • Rundskriv 1-2 2013 HOD, Lederansvar i sykehus • UNN-boka • RL8493 Ansvar myndighet og oppgaver for å sikre opplæring i UNN • UNN-interne prosedyrer og lokale prosedyrer som revisjon gjøres kjent med
Involverte klinikker/senter	Medisinsk klinikk og Hjerne- og lungeklinikken
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 10.11.22 (forsinkelse grunnet langtids sykefravær)
Revisjonskonklusjon	Revisjonshandlingene ble gjennomført juni 2021 og rapporten er en oppsummering hvor funn som beskrives, med få unntak, er fra gjennomføringstidspunktet. Derav gis det ingen avvik eller merknader i revisjonen. Følgende fem anbefalinger er gitt: 1. Sikre versjonsstyring av dokumenter, sjekklister, maler etc som tydeliggjør ledelse og forventning til ledelse. Eksempel fra revisjon: generisk stillings- og funksjonsbeskrivelse. 2. Klinikksjefer og senterledere bør undersøke etterlevelse i egen klinikk for profesjonsnøytrale titler i lederlinje og at der er en leder for hvert nivå med enhetlig ansvar for fag, personell og økonomi. 3. Klinikksjefer og senterledere bør sikre bruk av mal for organisasjonskart slik at disse følger mal jf. beslutning i Leder møtesak 176/13. 4. Det anbefales at navn på leder og koststed for organisatorisk enhet blir vurdert lagt inn i organisasjonskart på alle nivå. 5. Det anbefales at funn i denne rapport tas med i forarbeid til foretakets internrevisjoner som omhandler virksomhetsstyring i 2023.
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Frist for godkjenning av handlingsplan	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Kommentar	Revisjonsrapport er ikke presentert for Kvalitetsutvalget (KU) på grunn av stort tilfang av saker til KU. Rapporten er sendt til medlemmer av KU som orientering. Anbefalingene etter revisjon følges opp av kliniksjefer og senterledere lokalt.

2. januar 2023

Revisjonsleder

Hege Signete Fredheim-Kildal

Rådgiver, Kvalitetsavdelingen, Fag- og kvalitetssenteret

Rapport etter internrevisjon 2022

R01/2022 Stoffkartotek (HMS-revisjon)

Elements saksnr	2023/775
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	Det er funnet grunnlag for 3 avvik og 2 merknader
Internrevisjon	
Melding sendt	26 september 2022
Revisjonstema	Stoffkartoteket: I årsprogram – internrevisjon foretaksnivå (MS1040) 2022 er det besluttet at det skal gjennomføres internrevisjon for revisjonsområdet Helse-, miljø- og sikkerhet: Ecoonline- opplæring i bruk av systemet- og rutiner for vedlikehold.
Revisjonshandling	Egenrapportering, gjennomgang av forskrifter, prosedyrer og retningslinjer, samt intervju.
Tidspunkt for revisjonshandling	8-24 november 2022/ 4 kvartal 2023
Revisjonsgrunnlag	RL3617 Opplæring av ansatte som arbeider med kjemikalier- video lastes ned
	PR13039 Sikkerhetsdatablader- ansvar, risikovurdering og oppdatering Ecoonline
	RL8493 Ansvar, myndighet og oppgave for å sikre opplæring i UNN
	RL8882 Obligatorisk opplæring i UNN
	Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (<i>Internkontrollforskriften</i>)
	Forskrift om Ledelse og Kvalitetsforbedring i Helse og omsorgstjenesten
	Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)
Involverte klinikker/senter	OPIN og K3K
Revisjonsrapport	Helse-, miljø-sikkerhet R01-22 Stoffkartotek
Revisjonskonklusjon	Avvik nr 1: «Manglende bruk og oppdatering av stoffkartotek (EcoOnline)» Revisjonen finner at det gjennomgående ikke er oppdaterte stoffkartotek/EcoOnline. Bevissthet til bruk av stoffkartotek eller revidering av opplysninger som allerede er lagret i stoffkartoteket er manglende. Papirutgaver er gjennomgående ikke oppdatert. Vi finner i revisjonen ingen systematisk tilnærming til stoffkartotek arbeidet. (Dette avviket gir følgefeil i fht substitusjonsvurdering, manglende tilgang for viktige opplysninger for ansatte, mulighet for manglende vernetiltak ol.). (Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) Kap 2 §2.2, kap 2 §2-3) Avvik nr 2: «Manglende opplæring av ansatte» Revisjonen finner ingen systematisk opplæring av ansatte. Et ikke-fungerende stoffkartotek fører også til at ansatte ikke har tilgang til opplysninger om stoffer de eksponeres for, risiko de utsettes for og vernetiltak som skal iverksettes. Dette er utgangspunktet for å arbeide trygt og forsvarlig. (PR13039 Sikkerhetsdatablader- ansvar, risikovurdering og oppdatering Ecoonline, RL8493 Ansvar, myndighet og oppgave for å sikre opplæring i UNN, Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) Kap 3§3-4)

	Avvik nr 3: «Mangler Eksponeringsregister» Gjennom forskriftene har det tilbake fra juni 2012 vært et krav om register over ansatte som eksponeres for kreftfremkallende, mutagene kjemikalier, bly og blyforbindelser i hht gitt oversikt i forskriften. De reviderte enheter har ikke et slik register. Det finnes heller ikke på overordnet nivå i UNN. (Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) Kap 31 §31-1) Merknad 1: «Behov for revisjon av prosedyrer og retningslinjer for arbeid med stoffkartotek og kjemikalier» Det synes som at retningslinjer og prosedyrer innen dette området er noe utdatert og burde revideres. Det bør også vurderes utarbeidelse av andre retningslinjer som ikke finnes, eksempelvis om stoffkartotekansvarliges rolle. I tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, samt internkontroll forskriften skal rutiner og prosedyrer jevnlig revideres og oppdateres. (Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter) Merknad 2: «Behov for å synliggjøre tilbudet om opplæring i stoffkartoteket» Som vist til tidligere i revisjonen oppleves det utfordrende å få opplæring. I den tid opplæringstilbudet er lite kjent er dette forståelig. Relativt enkle grep kan gjøres for å få tilbudet kjent. Eksempelvis bruke kurs kalenderen, verneombuds apparat og gjennom KVAM utvalg og grupper. Denne opplæringen er grunnlaget for å kunne forstå og vedlikeholde et stoffkartotek. Arbeidsgiver plikter å gi opplæring i stoffkartoteket. Diagnostisk klinikk har ressurs som månedlig arrangerer opplæring for ansatte i UNN. Det arbeides med en digital læring om stoffkartoteket som kan tildeles ansatte fra sin leder (ikke ferdig pr d.d).
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Frist for godkjenning av handlingsplan	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Kommentar	Rapporten legges frem i AMU og KU i februar 2023

17.01.2023

Revisjonsleder

Karina Fredheim HMS-rådgiver

Personal sentret, Lederstøtte og organisasjonsutviklings avdeling

R02-03/22: Riktig tilberedning av antibiotika og riktig bruk av antibiotika profylakse	Ikke gjennomført, nedprioritert som følge av redusert begrenset ressurs hos SANO
--	--

R04/2022 Kompetansestyring i akuttmottakene

Elements saksnr	2022/2795
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	Det er gitt to merknader og to anbefalinger på foretaksnivå
Internrevisjon	
Melding sendt	4. april 2022
Revisjonstema	Kompetansestyring i akuttmottakene
Revisjonshandling	Metodikk: dokumentgjennomgang, intervju og egenrapportering
Tidspunkt for revisjonshandling	19-25. mai 2022
Revisjonsgrunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten RL8493: Ansvar, myndighet og oppgaver for å sikre opplæring i UNN RL8882: Obligatorisk opplæring UNN PR43645: Medisinsk mottaksteam (MMT) UNN Tromsø PR38695: Medisinsk mottaksteam PR43983: Mottak av pasient i Akuttmottak
Involverte klinikker/senter	Akuttmedisinsk klinikk, Medisinsk klinikk, Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 26.9.2022
Revisjonskonklusjon	Merknad 1: Mer systematisk opplæring for leger som skal ha vakt i akuttmottakene Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. sier at ledelsen skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Det blir under revisjonen uttrykt behov for en minimumsopplæring som gjennomføres og dokumenteres før legene går selvstendige vakter i akuttmottaket. Merknad 2: Skriftliggjøring av samarbeidet mellom klinikker, herunder medisinsk faglig rådgivning for akuttmottakene Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6a være beskrevet. Akuttmedisinsk klinikk og medisinsk klinikk samarbeider tett om driften i akuttmottakene. Revisjonen finner at det er en omforent forståelse for hvordan det felles ansvaret løses i praksis, men finner ikke at det er nedtegnet i dokumenter eller avtaler. Anbefaling 1: Beskrive ansvar, oppgaver og myndighet for akutt- og mottaksmedisinsk enhet Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innebærer plikten til å planlegge at virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering beskrives. Det er behov for en tydeliggjøring av ansvar, oppgaver og myndighet for akutt- og mottaksmedisinsk enhet. Anbefaling 2: Utvide metode i planlagt internrevisjon

	I forbindelse med revisjonen av kompetansestyring i akuttmottakene hadde flere ledere verdifulle erfaringer og synspunkter når det gjelder veiledning og godkjenning av læringsmål for LIS2/3. Det anbefales at man utvider revisjonen til å gjelde intervjuer av ledere og/eller veiledere.
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Ledere i linje ved reviderte klinikker
Frist for godkjenning av handlingsplan	Ikke aktuelt, se kommentar
Kommentar	Ledere i linje har ansvar for å følge opp funnene. Det var ikke møtekapasitet til å presentere saken i kvalitetsutvalget (KU) høsten 2022. Rapporten er sendt KU til orientering. Revisjonsleder har fått tilbakemelding om at flere av funnene er fulgt opp eller er under oppfølging. Dokumentasjon er arkivert i Elements.

2. januar 2023

Revisjonsleder

Anja Kjærland

Rådgiver, Kvalitetsavdelingen, Fag- og kvalitetssenteret

R05/22: Oppfølging patologisvar	Ikke gjennomført, nedprioritert som følge av redusert ressurs KA
R06/22: Pasientadministrativt arbeid i poliklinikk	Utsatt pga igangsatt poliklinikkprogram, tema inngår i programmet.
R07/22: Pakkeforløp	Nedprioritert som følge av redusert ressurs KA

R08/22: Medisinsk koding

Elements saksnr	2023/807
Status	Under behandling
Revisjonskonklusjon	To avvik, en merknad og to anbefalinger
Internrevisjon	
Melding sendt	14.10.22
Revisjonstema	Medisinsk koding i UNN HF
Revisjonshandling	Dokumentgjennomgang og intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	5.-9 desember 2022, sluttmøte 5. januar 2023
Revisjonsgrunnlag	- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren - ISF-regelverket, Helsedirektoratet; Innsatsstyrt finansiering 2022 - Regler og veiledning for kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten, Direktoratet for e-helse - Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister. - Journalforskriften - RL Standardiserings håndbok for bruk og forvaltning av EPJ DIPS - PR49247 Koding i UNN overordnet prosedyre - PR49245 Koding av diagnoser og prosedyrer i UNN - RL7238 Innhold-tema kodeundervisning ulike personell grupper

	• FB 2008-Kodeansvarlig lege - funksjonsbeskrivelse • FB 2007-Koderådgivere i klinikken UNN - funksjonsbeskrivelse • RL 1040-Praktiske tips ved bruk av kodeark I UNN • OL22665 Tipsliste korrekt koding UNN • Implementeringsplan prosedyrer for koding i UNN
Involverte klinikker/senter	Medisinsk klinikk og Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken
Revisjonsrapport	24. januar 2023
Revisjonskonklusjon	Avvik 1: <u>Ansvar, myndighet og oppgaver for å sikre at foretaket har system medisinsk koding fremgår ikke i overordnet prosedyre.</u> <i>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6-a sier at det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten. Forskriftens §6c sier at en skal ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.</i> • Økonomi- og analysesenteret, ved DRG-rådgivere, ivaretar oppgaven for opplæring overfor kodekontrollere uten at denne oppgaven er tydelig beskrevet/delegert i prosedyrene. I tillegg ivaretas obligatorisk klasseromsundervisning for LIS1. • Forsknings- og utdanningssenteret ivaretar oppgaven for tildeling av kompetanseplaner for LIS1 i deres utdanningsløp. E-læringen (utarbeidet av Direktoratet for E-helse) inngår som kompetansekravene. • Ulike ledernivå og funksjoner har beskrevet oppgaver knyttet til sine funksjoner Avvik 2: <u>Mangelfull systematisk opplæring og kjennskap til gjeldende prosedyrer for koding i UNN.</u> <i>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6-f sier at ledelsen skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Svært få av de intervjuede hadde kjennskap til at prosedyrer fantes og innhold i disse. Dette avviket har sterk sammenheng med avvik 1, referanse til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6c og implementeringsplan. Det er tydelig at implementeringsplan etter ISF-prosjektet ikke er tilstrekkelig gjennomført. Manglende systematisk opplæring og kjennskap fører til underliggende avvik:</i> - Manglende kjennskap til funksjonsbeskrivelse for kodeansvarlig lege og leder - Manglende oppnevning av kodeansvarlig lege - Opplæring/re-opplæring/bevisstgjøring er ikke satt i system for å sikre rett koding i UNN - Usikkerhet blant personell som koder knyttet til koding for pasienter med sammensatt behov og kompleksitet i helsesituasjon. Merknad 1: <u>Det er manglende samsvar mellom prosedyrer og praksis for bruk av begreper</u> <i>Praksis samsvarer ikke med prosedyre ifht bruk av benevnelser for kodekontroller (registreringskontroller) og for koderådgiver.</i> <i>Feilinformasjon i prosedyrene ettersom UNN har gått over til DIPS-arena etter at prosedyrene ble besluttet og prosedyrene er ikke oppdatert etter implementeringen.</i> Anbefaling 1: Lederlinjen anmodes om å vurdere forbedringsforslag for opplæring og oppfølging som fremkommet i revisjon.

	<i>Klinikkssjefer i samarbeid med aktuelle DRG-rådgivere/koderådgivere bør vurdere aktuelle tiltak i egen klinikk. Hensikten er å styrke og dyktiggjøre helsepersonell for korrekt koding samt sikre opplæring på arena som gir merverdi for den enkelte ansvarlige for koding.</i> Anbefaling 2: Det anbefales at det gjøres vurdering av om etablert kontrollprosess er hensiktsmessig, spesielt med vekt på å se mulighet for oppgavegliding mellom lege og koderådgiver i klinikk. Anbefalingen ses i sammenheng med øvrige avvik, merknader og anbefalinger. Hensikten er å vurdere oppgavegliding mellom helsepersonell som koder og koderådgiver i klinikk. Oppgavegliding begrenses til kontroll og korrigering av avvik for medisinsk koding i godkjente epikriser. Slik endring vil sannsynligvis medføre behov for økt ressurs av koderådgivere i klinikk. Det anbefales vurdere behov koderådgivere ved de ulike sykehuslokasjoner. Koderådgiver sitt nærvær i klinikk vil bidra til oversikt over praksis, mengdetrening, samt at de vil kunne være «tettere på helsepersonell som koder», både for opplæring, veiledning og korrigering av koder.
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Frist for godkjenning av handlingsplan	Ikke besluttet/fremlagt for beslutning
Kommentar	Rapport fremlegges for Kvalitetsutvalget 21. februar 2023

31.1.2023

Hege Signete Fredheim-Kildal

Rådgiver, Kvalitetsavdelingen, Fag- og kvalitetssenteret

R09/22: Dokumentasjon i pasientjournal	Nedprioritert som følge av redusert ressurs KA
---	--



Møtedato: 22.02.2023

 Vår ref.:
 2023/1125-1

 Saksbehandler:
 Marte Lødemel Henriksen

 Dato:
 08.02.2023

Styresak 18-2023/7

Orientering knyttet til manglende måloppnåelse i forhold til anbefalte forløpstider for pakkeforløp for kreft

Bakgrunn

Et kreftpakkeforløp er et standard forløp for kreftpasienter. Et kreftpakkeforløp beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp består av faser med hver sin forløpstid. Disse forløpstidene legges sammen i én samlet forløpstid: fra henvisning er mottatt til behandling er startet. Det er ulike forløpstider for ulike kreftformer. Det nasjonale målet er at 70 % av pakkeforløpene gjennomføres innen normert forløpstid.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) hadde i 2020 god måloppnåelse, men andelen kreftpakkeforløp innenfor standardisert forløpstid var under måloppnåelse i 2021 og 2022. Utviklingen er en del av en nasjonal trend der kun to av seks norske universitetssykehus nådde målet i 2022, men der UNN var dårligst med 63 % (Figur 1).

Figur 1. Andel kreftpakkeforløp innenfor standardisert forløpstid ved norske universitetssykehus 2022

Helseforetak			
HF	Andel	Antall innen standard forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp
1 Helse Stavanger HF	73 %	1 196	1 630
2 Oslo universitetssykehus HF	71 %	2 167	3 073
3 St. Olavs Hospital HF	69 %	865	1 248
4 Helse Bergen HF	68 %	1 823	2 664
5 Akershus univ.sykehus HF	67 %	1 596	2 377
6 Univ.sykehuset N.-Norge HF	63 %	652	1 042

Formål

Orienterer styret om hvordan UNN jobber for å nå målet om at 70 % kreftpakkeforløp er innen standardisert forløpstid.

Saksfremstilling

På overordnet nivå har oppfølgingen av kreftpakkeforløpene vært fulgt tett av ledelsen. Alle pasienter med behov for kirurgi har blitt operert og behandlingen har vært forsvarlig, likevel har flere måtte vente utenfor forløpstidene. En underliggende utfordring er at operasjonsressursene er begrenset og fordelt mellom klinikker og fagområdet for året som

helhet. Det ble i 2022 besluttet å gjennomføre en mer dynamisk fordeling av operasjonsressursene etter modell fra Akershus universitetssykehus, men det tok tid å operasjonalisere modellen og dette ble innført først fra høsten 2022. Det har i løpet av 2022 blitt utarbeidet flere prosedyrer som skal sikre prioritering av kreftpasienter. Et viktig satsingsområde har vært å frigjøre operasjonskapasitet ved Seksjon *Innslusa* og Seksjon *Dagkirurgi* i Tromsø ved å flytte pasienter til et lavere omsorgsnivå (poliklinisk nivå). Etablering av en ekstra poliklinisk operasjonsstue i Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken, og en skopilab for gastro- og urokirurgi er to prosjekter som vi forventer effekt av i løpet av 2023. Ved å gjøre dette kan kapasitet frigjøres til fordel spesielt for kreftkirurgi.

Som beskrevet i *Kvalitets- og virksomhetsrapportene* har den manglende måloppnåelsen for 2021 og 2022 i stor grad vært knyttet til pakkeforløpene i brystkreft, lungekreft, prostatakreft, samt tykk- og endetarmskreft. Årsaken til utfordringene er sammensatt og varierer mellom de ulike kreftformene:

Brystkreft

Noe av utfordringene har vært relatert til utredningskapasitet på Brystdiagnostisk senter, herunder tilgang på radiolog. En annen viktig årsak har vært at antallet pasienter som skulle opereres for brystkreft i perioder oversteg de avsatte operasjonsressursene til brystkreftkirurgi.

Det har i 2022 vært utført forbedringsarbeid ved Brystdiagnostisk senter. Videre er operasjonsstuekapasiteten til brystkreft blitt forsterket. Dette bedret situasjonen, og andelen pakkeforløp for brystkreft var høsten 2022 over 70 %.

Lungekreft

Utfordringene ligger i hovedsak på de to første delene av pakkeforløpet (OF1: tid fra henvisning til start utredning og OF2: tid fra start utredning til klinisk beslutning). Undersøkelse med positronemisjontomografi (PET) inngår i dag i utredningen hos en stor andel av pasienter med lungekreft. Antallet henvisninger til PET for ulike diagnoser har økt vesentlig de siste tre årene. Dette har oversteget undersøkelseskapasiteten, og medført noe ventetid på PET også hos pasienter med lungekreft. Henvisninger til PET-senteret gjennomgår en nøye prioritering og inngår i en fleksibel planlegging som har som formål å optimalisere pakkeforløpene. Det jobbes med å styrke kapasiteten på PET, og UNN etablerte i september 2022 egenproduksjon av radioaktiv isotop som kan bidra til det.

På grunn av mangel på radiologer har det vært ventetid på å få gjennomført CT-veiledet vevsprøvetagning. Dette er en forutsetning for å stille diagnosen. Det jobbes med å tilsette flere radiologer og dermed kapasiteten til å gjennomføre slike undersøkelser. Det er identifisert flere utfordringer i logistikk i forbindelse med utredning. Det pågår arbeid med å bedre dette, blant annet styrke sekretærressurser og innføre koordineringsmøter to ganger i uken.

Prostatakreft

Etter en tid med lav måloppnåelse for forløpstidene innen pakkeforløp prostatakreft er det siden høsten 2022 en viss bedring. Det er startet et forbedringsprosjekt for å øke produktiviteten ved *Robotassistert laparoskopisk prostatektomi* (RALP) fra 2 til 3 operasjoner per dag. Et stadig tettere samarbeid med Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken om felles ressursutnyttelse er forventet å gi bedret måloppnåelse gjennom 2023.

Tykk og endetarmskreft

Gjennom høsten 2022 har andelen pasienter behandlet i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innen standardisert forløpstid vist en positiv utvikling. En systematisk tilnærming og et tett samarbeid med øvrige klinikker om prioritering av ressurser til kreftkirurgi gir en bedret måloppnåelse i siste halvdel av 2022. I november 2022 var andelen tett opp mot måltall på 70 %. Tildeling av ekstra operasjonskapasitet til behandling av pasienter med tykk- og endetarmskreft forventes å gi en videre positiv utvikling i 2023.

Vurdering

UNN nådde ikke målet om at 70 % av kreftpakkeforløpene skal gjennomføres innen standardisert forløpstid i 2022. Årsaken til dette er sammensatt. Det pågår en rekke tiltak for å styrke måloppnåelsen. Direktøren forventer at UNN gjennom økt tildeling av operasjonskapasitet til kreftkirurgi, dynamisk omprioritering av operasjonskapasitet, og oppfølging av pakkeforløpenes første del, vil nå målet om 70 % kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid i løpet av 2023. Direktøren bemerker at alle kreftpasienter har fått behandling, og at denne vurderes som forsvarlig.

Tromsø, 10.02.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør