

# 1. tertial 2014

## Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



## Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2014** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal være konkret og konsis, og inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

### ***Lenkene under må kvalitetssikres;***

*(skal de erstattes med helsenorge.no og kvalitetsregistrene.no?)*

Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer: <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

Lenke til månedlige ventelistestatistikk: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

Rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter for spesialisthelsetjenesten vil bli publisert her: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

I denne offisielle rapporteringen er det kildene fra Vedlegg 2– Styringsparametere 2014 i oppdragsdokumentet som skal stå som grunnlag. Dersom det brukes grunnlag fra andre tall for å forklare utviklingen må dette presiseres.

## 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

### Mål 2014:

- Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2014 jf. styresak 111-2013 Budsjett 2014 foretaksgruppen, rammer og føringer, styresak 138-2013 Budsjett 2014 - endringer i finansiering og konsekvenser for helseforetakene og styresak 72-2013 Plan 2014–2017 inkl. rullering av investeringsplan. Helseforetakene skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Resultatet pr. april viser et akkumulert overskudd på 3,9 mill. kr. Dette er 0,6 mill. kr. bedre enn plan for å oppnå styringskravet på pluss 10,0 mill. kr.

- Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2014 og i planperioden (2014–2017).

Foretaket har et måltall på reduksjon i totale årsverk. Dette hadde stort fokus i 2013 og årsverksforbruket ble redusert, selv om måltallet ikke ble nådd. Dette tiltaksfokuset fortsetter i 2014. For øvrig er tiltaksplan utarbeidet for å oppfylle styringskrav.

### 2.1 Risikostyring og internkontroll

#### Mål 2014:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Ledelsens gjennomgang av informasjonssikkerhet, kvalitetssystem og oppdragsdokumentet er gjennomført, men oppsummeringen avventes ift. vedr. gjennomgang av risikostyring i fagsjefmøte 15.05.14. Gjennomgangen blir forelagt HF-styret i juni og ettersendes til Helse Nord RHF.

### 2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

- Rapportere tertialvis fremdrift, kostnadsoppfølging og organisasjonsutvikling på store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Ingen store pågående byggeprosjekter.  
Utviklingsplan 2025 går etter fastsatt plan

## 2.3 Innkjøp

- I løpet av 2014 ha nådd delmål om totalt 1 mrd i omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemer. Hvert HF utarbeider innen 31. mars plan for hvordan dette målet skal nås for sin andel av omsetningen av denne milliarder, der anslagsvis nøkkel er: UNN HF (50 %), NLSH HF (30 %), Helgelandssykehuset HF (10 %) og Finnmarkssykehuset HF(10 %).

Helgelandssykehusets arbeid med å øke bruken av innkjøpsløsningen er basert på følgende utgangspunkt:

### **Avtaledekning** (ref. HN strategiplan for innkjøp):

Grunnlaget for bruk av innkjøpsløsningen er at det ligger avtaler i bunn for det enkelte innkjøpet. Dette gir den mest effektive bruken av løsningen og øker andelen daglige innkjøp som er basert på anbud (LOA/FOA). Foretaket har økt sine innkjøpsressurser for å nå målet om 100% avtaledekning.

Basert på innkjøp i Clockwork er denne økt fra 0% i 2012 til 52% 1.kvartal 2014.

### **Delmål 2014** -100 mill. i omsetning:

Pr. 3. tertial 2013 var måloppnåelsen for foretaket 32%. Tendensen er at omsetningen øker. Hvis vi framskriver denne utviklingen i 2014, vil resultatet bli ca. 38-40% av målkravet. For å øke omsetningen i innkjøpsløsningen ytterligere, vil foretaket gjennomføre følgende tiltak:

- Utarbeide forslag til plan for kartlegging og opplæring i CW for den enkelte enhet og avdeling. Fortrinnsvis enheter med høy omsetning.
- Oppstartsmøter med ledelsen representert for å sikre god forankring. Framdriftsplan avtales med den enkelte enhet.
- Utprøving av modell med utvidet innkjøpservice for avdelinger som har behov for innkjøpsbistand.
- Registrere enkeltanskaffelser gjennomført i hht. LOA/FOA hvor pris, leveringsbetingelser og leverandør er fastsatt (ref. HN strategiplan for innkjøp).

## 3 Aktivitet

Ikke rapportering 1. tertial.

## 4 Tilgjengelighet og brukerorientering

### **Mål 2014:**

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i 3. tertial 2013 var 68 dager (NPR), i 1- tertial 2014 har gjennomsnittlig ventetid vært under 65 dager (Helse Nords virksomhetsportal). For pasienter med rett til prioritert helsehjelp har ventetiden i 1. tertial vært ca 50 dager  
Innen psykisk helse for voksne var gjennomsnittlig ventetid 49 dager i 3. tertial 2013. Helse Nord's virksomhetsportal gir ikke akkumulerte ventetider pr fagområder, men i april måned 2014 var gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse for voksne 50,9 dager. Innen psykisk helse for barn og unge var gjennomsnittlig ventetid i 3. tertial 35 dager. I april måned 2014 var gjennomsnittlig ventetid 32,6 dager.

- Ingen fristbrudd.

Mål om ingen fristbrudd er ikke nådd for 1.tertial 2014. I fagområdene hud og nevrologi har foretaket hatt utfordringer i perioden. Nye tiltak forsøkes i 2.tertial for å oppnå resultat, blant annet endret oppfølging av venteliste, og ytterligere ressurser for bedre oppfølging og kontroll innenfor arbeidet.

- Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft (*punktet gjelder ikke Finnmarkssykehuset HF*).

Fastsatt frist er 1. juni 2014. Status på gjennomføring  
Ingen pasienter på venteliste for brystrekonstruksjons- operasjon. 4-6 ukers ventetid for operasjon fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese pr. 01.05. Vi har operert 1 pasient med permanent protese, det var en pasient som hadde fått midlertidig protese hos oss i fjor. Dersom vi får henvisninger, vil de kunne bli operert innen 4-6 uker. Kapasitet til å operere 30 rekonstruksjonsoperasjoner, men pga manglende henvisninger vil vi ikke kunne nå måltall.

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.

Fritt sykehusvalg oppdateres etter mål, tiltak iverksatt.

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen to uker.

Kravet er en saksbehandlingstid innen 14 dager. H.t .i år har saksbehandlingstiden vært:

Jan	Feb	Mar
18,9	14,4	13,5

I januar skyldes den lange saksbehandlingstiden normal høyere saksinnngang ved årets slutt i kombinasjon med redusert saksbehandlingsskapasitet som følge av fridagene i forbindelse med jul. I januar ble saksmengden redusert ned til det normale gjennom bruk av overtid. Siden februar har saksbehandlingstiden vært under målet på 14 dager.

## 5 Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

- Sikre at det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring av kostnader, ventetid og aktivitet.

Aktivitet: Voksenpsikiatriske poliklinikker i foretaket har en økning på 6% i 1.tertial 2014 sammenlignet med 1.tertial 2013. Aktivitetsøkningen er likevel lavere enn hva som ligger i plantallene for perioden.

Innen for BUP er aktivitetsøkningen på 44,8% sammenlignet med perioden i 2013 og i henhold til plantall. Noe av den lave aktiviteten i 2013 skyldes utfordringer med nytt datasystem, dette er ordnet for 2014.

I forhold til tiltak er det utviklet ny styringsrapport innenfor psykiatrien som tiltak for bedre oppfølging og kontroll innenfor blant annet aktivitet og ventetid. Ambulante akutteam er i drift på alle enhetene.

Ventetid:  
Se pkt 3 ventetid

Kostnader:

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201404						
Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB 2013
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	353,7	367,9	369,0	(1,1)	4,0 %	1 135
<b>Psykisk helse</b>	68,8	74,6	80,9	(6,3)	8,4 %	244
<b>Rusomsorg</b>	10,1	12,2	9,8	2,4	21,4 %	29
<b>Prehospitale tjenester</b>	96,5	100,7	96,8	3,9	4,4 %	293
<b>Personal</b>	2,2	1,8	2,3	(0,4)	-16,1 %	4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>531,3</b>	<b>557,3</b>	<b>558,8</b>	<b>(1,4)</b>	<b>4,9 %</b>	<b>1 705</b>

Funksjons regnskapet viser en økning på alle områder i forhold til i fjor. Størst økning er det på psykisk helse og rus.

- Registrere og rapportere månedlig på Helse Nords egne aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det er ikke levert og registrert aktivitets og nye kvalitetsindikatorer for TSB i foretaket for 1.tertial 2014

- Følge opp prosessen med funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS.<sup>1</sup>

Foretaket har ikke sykehusfunksjoner, dvs. avdelinger som tar imot akutt-psykiatriske innleggelser.

- Iverksette tiltak i Helse Nords regionale tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetakene skal utarbeide lokale planer for voksne, barn og unge innen 01.06. 2012. (Oppdrag fra 2012 som ikke er gjennomført).

Innhold i plan er beskrevet og oversendt HN. Stikkordsmessig: AAT, brukerstyrte senger, DBT (dialektisk atferdsterapi).

- Opprette rusteam ved samtlige DPS, og styrke kompetansen innen rusbehandling. Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern. (Tidligere krav som ikke er gjennomført).

Det er etablert russtillinger ved samtlige poliklinikker, tilbudet er integrert i den øvrige virksomheten.

<sup>1</sup> Jf. krav i OD 2012, med bakgrunn i tilrådninger fra Nasjonal strategigruppe 2

- 80 % av kreftpasienter skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

*Tiltak som er iverksatt:*

- Etablert et prosjekt med prosjektledelse. Prosjektgruppe ikke endelig etablert.
- Satt fokus på alle elementer som kan påvirke pasientforløpet, herunder avklaring av tidspunkt for ansiennitetsdato (søknad mottatt). For eksempel en kontrollpasient der cancer blir oppdaget. Når er "søknaden" mottatt? DIPS kan generere dato flere år tilbake i tid.
- Utredningsforløpet er kortet kraftig ned når diagnosen først er stilt (CT, MR, tverrfaglig vurdering og operasjonsplanlegging).

*Er målet nådd:*

- Målet er ikke nådd. Antallet pasienter i tertiale er lite. Manuell telling viser fem tilfeller, derav to pasienter er oppstart behandling henholdsvis 23 og 24 dager etter mottatt henvisning. De øvrige var det medisinske grunner til at utredning / operasjon måtte ta lengre tid.

*Målet er ikke nådd fordi:*

- Medisinske grunner til utredning før operasjon måtte ta noe tid.
- Definisjon av dato for mottatt henvisning er ikke alltid helt klarlagt, for eksempel ved tilfeldig funn ved kontroll for en pasient som har vært fulgt opp med coloskopi over flere år.

*Kommentar:*

- Selv om ikke målet er nådd mener vi at behandlingen av disse pasientene uten tvil har vært forsvarlig.
- Som eksempel anføres at Helgelandssykehuset Mo i Rana har øremerket onsdager til slike operasjoner. Dette for å ha optimale ressurser på alle nivå tilgjengelig. I noen tilfeller kan for eksempel to dager forskyvning "ødelegge" statistikken. Vår organisering er likevel medisinsk forsvarlig.

- Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.

I 2013 var andelen 42,9 % (variasjon i tertialene 38,5 – 50 %)

Tiltak: Se punktet over

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager

På grunn av få pasienter er det ikke offentliggjort tall for siste periode

Prosjektet for å sikre at vi får mer enn 80% innen 20 dager er i gang og en detaljert prosjektplan er utarbeidet og arbeidet er kommet godt i gang. En felles arbeidsgruppe med deltagelse på tvers av foretaket er nedsatt, og det arbeides også opp mot Nordlandssykehuset med tanke på telemedisinske diskusjonsmøter. Lokale retningslinjer er under utarbeidelse, og forventes ferdigstilt innen 1. juli og hvil iverksettes umiddelbart etterpå. Disse retningslinjene skal deretter utprøves ut året, og evalueres innen 31/12 - 14

Det har vært holdt informasjonsmøter med kommuneleger i regionene.

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager

Ikke aktuelt. Pasientene henvises og behandles ved Nordlandssykehuset.

- Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse

I 2013 var andelen i de 3. tertialene 16,7 – 19,2 – 9,1 %. Små tall gir store prosentvise endringer.  
Helseforetaket deltar i dette innsatsområdet i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

## 6 Helse, miljø og sikkerhet

- Utarbeide mål og handlingsplaner for reduksjon av sykefravær innen 01.04.14

### Mål

	FELLES-OMRÅDET	PREHOSPITALE TJENESTER	SSJ	MSJ	MIR
Resultat 2013	2,4	Pasientreiser 9,1 Ambulanse 7,4	5,9	7,2	8,3
Mål 2014	Plan for å forebygge sykefravær	6,5	5,5	6,5	7,5

### Handlingsplaner

- For å klare å oppnå ovennevnte målsetning har foretaket i løpet av våren reorganisert arbeidet med støtte til lederne på HMS- området. Dette forventes å ha effekt fordi et større fokus på HMS generelt og IA og sykefravær spesielt vil påvirke ledernes prioriteringer. Utover dette:
  - Deltar hovedverneombudet også i FTV møter jevnlig. Dette bidrar også til at fokus opprettholdes.
  - Tett samarbeid med NAV i sykefraværsoppfølging.
  - Lederne har utpekte ressurspersoner som kan veilede/støtte de i arbeidet med sykefravær med mer.
  - Gjennomført HMS- undersøkelse
  - Gjennomført HMS- opplæring av verneombud og ledere
- Lederne har avtalt følgende i lederavtalene med overordnet leder
  - Jobbe systematisk med arbeidsmiljø innen egen enhet
  - Vernerunde gjennomføres en gang pr. år
  - Det avholdes møte med lokalt verneombud før samtlige avdelingsmøter der man avklarer eventuelle tema som skal tas opp med samtlige ansatte på den enkelte avdeling (avdekke/forebygge).
  - Sørge for at "lov og avtaleverk innen personalområdet" etterleves herunder at systematikken innenfor sykefraværsarbeid følges
  - Årshjul HMS følges. Dette følges opp 6 ganger i året i AMU
  - Møter med tillitsvalgte / vernetjenesten i forkant av hvert personalmøte der leder sjekker ut om det er ting/forhold som bør tas opp – dokumenteres gjennom referat
  - Foretaket vil utvikle og iverksette tiltak for lederopplæring fra og med høsten 2014. Temaer i tiltakene vil blant annet være ledernes rolle i arbeidet med HMS.