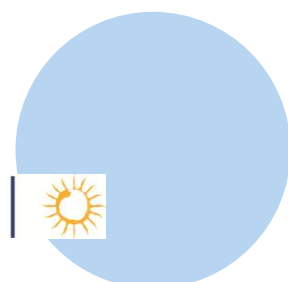
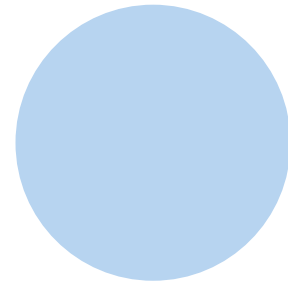
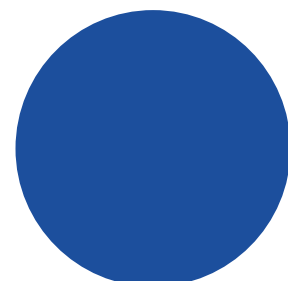


Helgelandssykehuset HF

1.tertialrapport 2015



 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



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



Innhold

(Punktene i innholdsfortegnelsen følger punktene i oppdragsdokumentet)

1	Om rapporteringen	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3	Risikostyring og internkontroll	4
2.5	Innkjøp	5
3	Pasientens helsetjeneste.....	6
3.1	Somatikk	8
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	9
4.1	Kvalitet.....	9
7	Styringsparametre 2015.....	9
7.1	Styringsparamete.....	9
7.2	Rapporteringskrav	10
9.2	Sak til HF styrebehandling.....	11

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Det er i tillegg lagt inn nummerering på rapporteringskravene.

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 kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

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

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

2.3 Risikostyring og internkontroll

2.3.1 Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:

- ROS- analyser
- gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
- oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
- status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger ble presentert for styret i styresak 28/2015 i styremøtet 30.04.2015. Denne gjennomgangen beskrev hvordan ledergruppen 14.04.2014 gikk gjennomgått Oppdragsdokumentet 2015 med risikovurdering og ansvars plassering knyttet til de enkelte punktene, etter at det har vært gjort en tilsvarende gjennomgang i ledergruppene ved de 3 sykehusenhetene. Ved disse gjennomgangene er også alle de aktuelle regionale hovedmålene og delmålene gjennomgått og risikovurdert ift. pasientperspektiv og foretaksperspektiv.

Hvert punkt i Oppdragsdokumentet har fått prosjekteier og prosjektansvarlig for oppfølging og denne oversikten ble presentert for styret i saken. Styret vil jevnlig bli orientert om status i oppfølgingen av de enkelte punktene i Oppdragsdokumentet.

Ledelsens gjennomgang 14.04.2015 omfattet også Sikkerhetsrevisjonen ift. informasjonssikkerhet med utgangspunkt i faktaark nr 6 fra Norm for informasjonssikkerhet.

Videre er det også gjort en gjennomgang og risikovurdering av 2014 - resultatene for sentrale avsnitt i kvalitetsrapportene + et punkt vedr bygningsmessige og tekniske forhold. Disse punktene omfatter også meldte avvik, interne revisjoner og rutiner for behandling av eksterne revisjoner og tilsyn. Vurderingene ble gjort ift. 3 risikonivå, grønt, gult og rødt, og beskrevet tiltak for alle punktene. Det var ingen punkter som ble gitt høyeste risikonivå (rødt).

I det samme styremøtet ble rapporter fra eksterne revisjoner og tilsyn i 2014 forelagt styret i styresak 27/2015.

Resultatet av pågående prosjekter for miljøsertifisering av helseforetaket og revisjoner av beredskapsplaner blir forelagt styret når disse tiltakene er gjennomført.

2.5 Innkjøp

2.5.1 Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel.

Helgelandssykehuset følger Helse Nord's overordnede strategiplaner og handlingsplaner. Foretaket har i 2015 fokusert på å øke avtaledekning og omsetning i innkjøpsløsningen. Resultatene er påvirket av flere tiltak som er iverksatt:

- Kontrakter etter anbudssamarbeid med Helse Finnmark og Nordlandssykehuset er implementert
- Det er etablert praksis for å registrere enkeltanskaffelser i innkjøpsløsningen
- Avdelingene benytter økende grad innkjøpsløsningen ved avrop på rammeavtaler
- Økt kapasitet på innkjøpssiden fom. 01012015
- Økt kvalitet i planprosessen (strategi, investeringer, samordning og langsiktighet)

I tillegg er innkjøp og etisk handel kommet med i lederprogrammet for Helgelandssykehuset. Dette er gjennomført for 2 puljer i 2015.

2.5.5 Innfri målkrav i bølge 2[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

Resultater 1. tertial 2015 (2014):

KPI 1 Avtaledekning: **65,7%** (44,4%)

KPI 2 Andel omsetning – varer i innkjøpssystemet: **22,9%** (16,8%)*

KPI 3 Andel omsetning varer og tjenester i innkjøpssystemet: **8,5%** (6,3%)*

KPI 4 Måloppnåelse – bruk av innkjøpssystemet: **54,7%** (30,8%)*

*Resultatet og sammenligninger er basert på kvartalstall da regnskapstallene ikke er tilgjengelige i CWL før 15. april.

Resultatet av gjennomførte tiltak er tilfredsstillende. Den nominelle økningen i omsetning er **77%** sammenlignet med samme periode i 2014. Effekten av tiltakene er merkbar også i 1.tertial:

- Registrert kontrakter på enkeltanskaffelser: **kr. 979 722,50** (kr.0,-)
- Innkjøpsservice – bistand til avdelinger: **kr. 1 339 628,-** (kr.245 227,-)
- Økt bruk av innkjøpsløsningen i avdeling: **kr.3 257 680,-** (kr.2 376 386,-)

Tiltakene gir ønsket effekt og videreføres, men ytterligere tiltak vil bli vurdert. Hovedutfordringen er avdelingenes kapasitet da det pågår mange IKT-prosjekter samtidig som krever ressurser.

^[2] Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

3 Pasientens helsetjeneste

3.0.1 Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

Det har i 2015 først og fremst vært arbeidet med standardiserte pasientforløp innen kreftsykdommer, for å imøtekomme de nasjonale ventetidskravene og kravene i de nasjonale pakkeforløpene. Det har ikke vært kapasitet til å utarbeide øvrige standardiserte pasientforløp, men dette arbeidet vil bli styrket i 2015 i forbindelse med økte ressurser til kvalitetsarbeid. Kvalitetsrådgivere ved sykehusenhetene er imidlertid ikke tilsatt enda.

3.0.3 Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS1.

Det er ansatt forløpskoordinatorer, 2 x 0,5 stillinger, ved alle sykehusenhetene i helseforetaket. Disse har fått opplæring og ansvar for koding av pakkeforløp. Foretaket bidrar med ressurs i henhold til regionalt prosjekts krav og bidrar slik til å utvikle rapporteringsløsning.

3.0.5 Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

Systemene er tilpasset til registrering av pakkeforløp jfr. registerendringene fra 1/1-15 og det er ansatt forløpskoordinatorer, ved alle sykehusenhetene (se pkt. 3.0.3). Det planlegges også en oppdatering av DIPS 12.juni -15, som tilpasser EPJ til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og vurderingsforskriften.

3.0.12 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Det har ikke vært kapasitet til å gjennomføre egne pasienterfaringsundersøkelser hittil i 2015 pga andre store prosjekter. PasOpp-undersøkelsene offentliggjøres og gjennomgås i sykehusenhetene og innen områdene når resultatene foreligger.

3.0.15 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet 2015.

¹ Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem

2015

Månedlige as values			Januar	Februar	Mars
Helgelandssykehuset HF	Gjenn v.tid avvirket	Psykisk helsevern	65	40	46
		Rus	183	65	79
	Ant fristbrudd avvirket	Psykisk helsevern	3	1	1
		Rus	0	0	1

2014

Månedlige as values			Januar	Februar	Mars
Helgelandssykehuset HF	Gjenn v.tid avvirket	Psykisk helsevern	47	50	41
		Rus	63	74	34
	Ant fristbrudd avvirket	Psykisk helsevern	0	0	2
		Rus	0	2	0

Aktivitet: Voksenpsykiatriske poliklinikker i foretaket har en økning på 2,5 % i 2015 sammenlignet med 2014. Aktivitetsøkningen er likevel 7% mindre enn hva som ligger i plantallene for 2015. Innenfor BUP er aktivitetsøkningen på 6 % sammenlignet med 2014 og 2,5 % bak plantall. Ventetid og fristbrudd: lite fristbrudd i 2015 innen for psykisk helse og rus. Ventetid i henhold til prioriteringsveiledere.

Rus: Opphold og liggedøgn på samme nivå som 2014 og i tråd med plantall. Kjøp av eksterne RUS behandlingssplasser er økt fra 3,8 mill.kr i 2014 til 5,2 mill.kr i 2015

Ventetid og fristbrudd: lite fristbrudd i 2015 innen for psykisk helse og rus. Ventetid i henhold til prioriteringsveiledere.

Ambulant akutteam (AAT) er på plass i helseforetaket fra januar 2015.

Funksjonsregnskap

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201504						
Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	Awik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk inkl lab/rtg	367,9	410,5	404,9	5,6	11,6 %	1 222
Psykisk helse	74,6	85,7	88,8	(3,1)	14,9 %	275
Rusomsorg	12,2	13,9	10,4	3,5	13,9 %	30
Prehospitaltjenester	100,7	108,3	104,3	4,0	7,5 %	318
Personal	1,8	2,1	0,9	1,2	13,3 %	6
Sum driftskostnader	557,3	620,5	609,3	11,2	11,3 %	1 851

Funksjonsregnskapet viser samme tendens som tidligere måneder med en økning på alle områder i forhold til i fjor. Størst økning er det på rus og psykisk helse.

3.0.19 Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid pr md:

Jan	Feb	Mars
21,5	12,8	12,2

I forbindelse med jul og årsskifte er saksinngangen høyere enn normalt, samtidig som det er flere høytidsdager. Dette skaper lengre saksbehandlingstid enn normalt. Saksbehandlingstiden er redusert ved at det er mindre antall saker inn tidlig på året i kombinasjon med overtid.

3.1 Somatikk

- 3.1.1 Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Helgelandssykehuset er kjent med at det pågår arbeid i en faggruppe Helse Nord/Nordlandssykehuset der man utarbeider forslag som skal bidra til at samisk kultur og språk er ivaretatt. Helgelandssykehuset er oppfordret til å delta i dette arbeidet.

- 3.1.2 Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15.

Det er kartlagt eksisterende tilbud i kommunen, og det kartlegges volum på pasientgruppe i samarbeid med justissektoren. Kommunene på Helgeland bruker Helgelandssykehusets akuttmtottak og BUP/VOP samt overgrepstilbud etablert i Bodø inkludert Barnas Hus. Det har vært gjort en kartlegging av etablert tjeneste i kommunene. Det er rapportert til Helse Nord RHF v/fagdirektør 12.05.15 om arbeidet så langt og plan videre, inkludert spørsmål som må avklares. Det er anbefalt etablering av en arbeidsgruppe for å få på plass nødvendige rutiner og opplæringsplan. Rutinene som er etablert ved sykehusenheten i Mo i Rana vil bli brukt som utgangspunkt.

- 3.1.4 Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

Utkast til handlingsplan er utarbeidet og vært på høring i Helgelandssykehuset HF med høringsfrist 30.04.15. Handlingsplanen er godkjent av ledergruppen 19.05.15 og blir presentert for styret som vedlegg til virksomhetsrapporten pr. april. De største utfordringene mtp fristen innen utgangen av 2. tertial, er lukking av åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

- 4.1.7 Innen 30.04.15 skal det legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF.

Helseforetaket deltar i regionalt prosjekt for implementering ASJ for GTT i SAS og vil forholde seg til de vedtak som skjer fra direktørmøtet. Handlingsplan avventes til endelig vedtak for teknisk løsning.

7 Styringsparametre 2015

- 7.1. Styringsparametre** 7.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Helseforetaket har 3 av 4 mnd i 1 tertial hatt ventetid under 65 dager. I april ser vi en økning i ventetiden da flere langtidsventende pasienter er behandlet. Det er iverksatt tiltak for fristbrudd som vil ha effekt på gjennomsnittlig ventetid.

- 7.1.2 Ingen fristbrudd².

Helseforetaket har i 1 tertial hatt økning i antall fristbrudd. Gjennomførte tiltak har ikke hatt tilstrekkelig effekt til å få ned antall fristbrudd. Det jobbes med videre tiltak for å få situasjonen under kontroll. Utfordringene er spesielt store innen hudsykdommer, der tidligere tiltak som økt innleie og bruk av fritt sykehusvalg ikke har vært mulig i like stor grad som i 2014.

- 7.1.3 Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Forløpskoordinatorer ved alle 3 sykehusenhetene har fått opplæring og har startet koding av pakkeforløpene. Arbeidet med oppfølging og kontrollrutiner for koding er under utvikling. Test-data for 1. tertial er mottatt fra NPR, men etter avtale med Helse Nord skal ikke disse data kommenteres før etter 2. tertial.

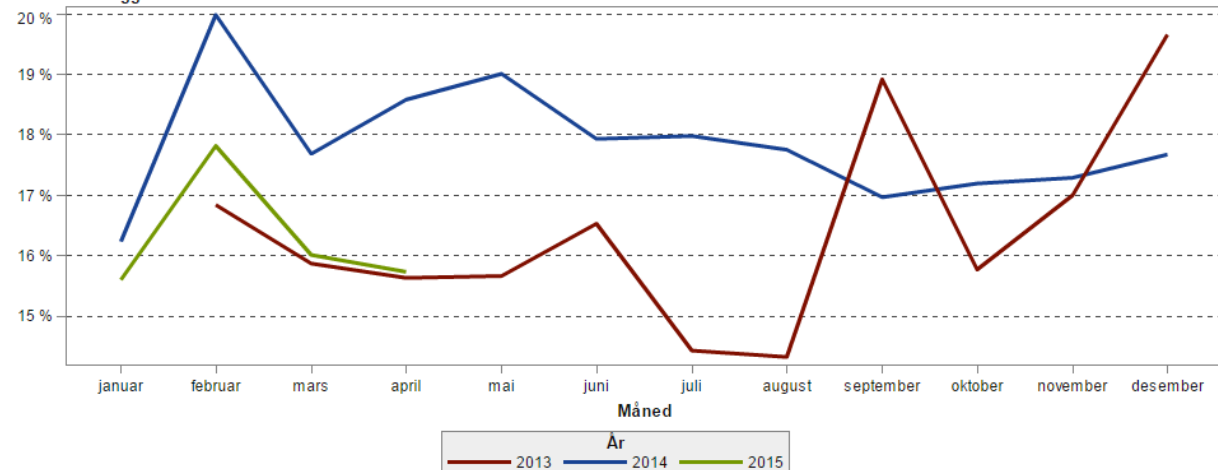
- 7.1.4 Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

² Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

Forløpskoordinatorer ved alle 3 sykehusenhetene har fått opplæring og har startet koding av pakkeforløpene. Arbeidet med oppfølging og kontrollrutiner for koding er under utvikling. Test-data for 1. tertial er mottatt fra NPR, men etter avtale med Helse Nord skal ikke disse data kommenteres før etter 2. tertial.

7.1.5 Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose.

Reinnleggelser 2013 - 2015 fordelt på måned
Andel reinnleggelser



Andel reinnleggelser i 1.tertial 2015 er 16,2 % innen somatikk. Dette er høyest i Helse Nord, der UNN har lavest andel med 13,6 %. Internt i Helgelandssykehuset varierer tallene med Mosjøen 17,7 %, Mo i Rana 16,3 % og Sandnessjøen 15,4 %. Reinnleggelser vil bli vurdert ift høyt sykehusforbruk spesielt i Mosjøen

Kilde: VA, datasett aktivitet.

7.2 Rapporteringskrav

7.2.3 Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Mål 20 %.

Trombolysbehandling ved hjerneslag er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Data fra alle sykehusenhetene er hentet fra Norsk hjerneslagregister. Totalt har 30 % av pasientene med hjerneslag fått trombolytisk behandling.

7.2.4 Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet.

Andelen pasienter med hjerneslag som er lagt direkte inn i slagenhet variere noe fra de tre enhetene: Mosjøen 25 %, Sandnessjøen 100 % og Mo i Rana 100 %. Det er totalt bare registrert inn noen få pasienter pr. sykehusenhet og det blir derfor stor prosentvis variasjon.

7.2.11 Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Farmasøyt deltar fast i ortogeriatrisk team ved avd Mo i Rana. Legemiddelgjennomganger utføres

etter Integrated Medicines Management (IMM) modellen. Det er gjennomført 20 legemiddelgjennomganger.

7.2.12 Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Ansvar for samstemming ved innleggelse og utskrivelse er plassert hos lege jmf prosedyrer for samstemming. Samstemming dokumenteres i eget felt i legemiddelkurven. Gjennomsnittlig andel pasienter med dokumentert samstemt legemiddelliste ved innleggelse og utskrivelse er hhv 60% og 76%. Lege kan henvise til farmasøyt ved behov for hjelp til samstemming. Det er utført 7 samstemminger etter henvisninger fra lege. Farmasøyt har i tillegg gjennomført 37 legemiddelsamstemminger i forbindelse med kvalitetsmålinger i regionalt prosjekt SamStem. Farmasøyt utfører samstemming etter Integrated Medicines Management (IMM) modellen.

9.2 Saker til HF styrebehandling

9.2.8 Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.

Det vises til punkt 2.3.1.

Hvert punkt i Oppdragsdokumentet er risikovurdert ift betydning for pasienter og helseforetaket og ansvarig for oppfølging av de enkelte punktene er angitt. Dette ble presentert for styret i i styresak 28/2015 Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger. Styret vil jevnlig bli orientert om status i oppfølgingen av de enkelte punktene i Oppdragsdokumentet, senest tertialvis.