

# Tertialrapport 1.tertial 2016

## Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET** |   
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE

 **FINNMARKSSYKEHUSET** |   
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

 **NORDLANDSSYKEHUSET** |   
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE** |   
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU

# Innhold

<b>1</b>	<b>Om rapporteringen</b>	<b>2</b>
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser	3
2.3	Risikostyring og internkontroll	4
2.4	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4
2.5	Anskaffelsesområdet	4
3	Pasientens helsetjeneste	5
-	ventetid, variasjon og effektivitet	5
3.1	Psykisk helsevern og rus	7
3.2	Samhandling	7
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	8
4.1	Kvalitet	8
4.2	Smittevern	8
5	Personell, utdanning og kompetanse	9
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	9
6	Styringsparametere 2016	11
7	Oppfølging og rapportering	11
8	Sak til HF styrebehandling	11
	• Tertilvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.	11

## 1

## Om rapporteringen

Se også Kap. 8.

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2016** til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

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

De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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?

## **2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser**

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

-  
-

## 2.1 Risikostyring og internkontroll

### Mål 2016

- Gjennomførte risikovurderinger<sup>1</sup>, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602).

-

Gjennomføring av risikovurderinger pågår. Det er gjennomført ledelsen gjennomgang av intern styring og kontroll 9.5.16 i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
---

## 2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Mål 2016

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

-

Hva gjelder FDV (forvaltning, drift, vedlikehold) for MTU (medisinteknisk utstyr) og BHM (behandlingshjelpemidler), så er det midt i innfasingen. Vi har konvertert data fra våre gamle MTU-register inn i nye MEDUSA, slått sammen til en DB, og hadde oppstartdato forrige mandag 02.01, men det gjenstår litt vasking og opprydding. Gjelder alle medisintekniske avdelinger i foretaket. BHM skal også etter hvert inn i MEDUSA, men implementeringen er ikke oppstartet enda.
--

FDVU innenfor bygg så har foretaket kartlagt og tilstandsvurdert hele bygningsmassen. Det er utarbeidet et forslag til eiendomsstrategi på personalboliger.
---

Hva gjelder FDV for teknisk/bygg, så pågår ulike prosjekter i HN-regi (eiendomsforum) for å styrke eiendomsforvaltningen i det regionale foretaket. Dette er fortsatt i en utredningsfase.
--

-

## 2.3 Anskaffelsesområdet

### **Samordning**

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

---

<sup>1</sup> Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Helgelandssykehuset har levert underlag i henhold til fristene som er gitt.

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Helgelandssykehuset har levert underlag i henhold til fristene som er gitt. Ulikheter i struktur mellom foretakene gjør at det ikke er grunnlag for å gjøre denne samordningen. Saken er behandlet i innkjøpsforum. Konklusjonen var at grunnlaget for å gjøre fellesanskaffelser gjennomgås i neste møte tertial

### **3 Pasientens helsetjeneste**

#### **4 ventetid, variasjon og effektivitet**

##### Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har i 1. tertial variert mellom 53 og 59 dager, slik at styringskravet er oppfylt.

- Ingen fristbrudd.

Ingen av månedene i 1. tertial har hatt 0 ventende fristbrudd, og ved utgangen av april var det registrert 31 ventende fristbrudd. Andelen avviklede fristbrudd har variert mellom 1,0 og 2,15 %. En stor del av de registrerte fristbruddene er fortsatt ikke reelle, men skyldes manglende etterlevelse av prosedyrer for korrekt registrering av ventetidsperioder. Det skal iverksettes økt kvalitetssikring av dette arbeidet i tråd med tidligere vedtatt plan.

- Ingen korridorpasienter.

Enhet Mosjøen har ingen korridorpasienter. Enhet Mo i Rana og Sandnessjøen har hatt opptil 30 korridorpasienter pr. måned i 1. tertial. Årsakene er overbelegg samt at noe kan forklares av ikke korrekt registrering i Dips. Enhetene jobber med tiltak.

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

Andel pasienter registrert i pakkeforløp er 78% for 1 tertial 2016. Styringskrav oppfylt.

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

Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid fra 1/1-16 til 30/4 - 16 er 65%. Totalt for hele perioden fra implementering av pakkeforløpene er andelen 71%.

- 
- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft). Mål minst 70 %

Andel nye pasienter i pakkeforløp for nevnte forløp er 79% for 1.tertial 2016.

- 
- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %
- 

Andel innenfor standarforløpstid er 55 %.

- 
- Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt). Mål minst 70 %

Se punkt Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

- 
- Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %.
- 

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

- 
- Opprette helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.
- 
- 

Det pågår et arbeid der Helgelandssykehuset og kommunene Brønnøy, Vefsn og Rana samarbeider om å etablere et helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt. Praksis koordinator, frisklivsentraler, samhandlingssjef, LMS og de medisinske poliklinikkene ved sykehusenhetene er med i dette arbeidet. Regional rådgiver ved RSSO har vært rådgiver ved oppstart av dette samarbeidet. Helgelandssykehuset starter med å tilby 2 dagers LMS kurs for denne pasientgruppen ved enheten i Mo i Rana. Samme kurs vil etter hvert kunne tilbys i Brønnøysund, Mosjøen og Sandnessjøen.

- 
- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.
- 
-

Helgelandssykehuset forholder seg til Helse Nord sin kvalitetsstrategi for 2016-2020 der det i kap. 2.5 Pasienterfaringsundersøkelser beskrives en samkjøring av dette arbeidet.

- 
- 
- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- 
- 

Rapporteringstekst 1.tertial

Det har vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern og rus. Gjennomsnittlig ventetid er lavere enn for somatikk.

Rusområdet har hatt en kostnadsvekst på 17% fra i fjor til år. Psykisk helse har hatt en noe lavere kostnadsvekst, også litt lavere enn somatikk. Økning i antall årsverk har vært større i psykisk helse og rus enn somatikk.

Det har vært en forholdsvis høyere vekst for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og rus enn innen somatikk.

*Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?*

## 4.1 Psykisk helsevern og rus

Foretaksspesifikke mål 2016

### **Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset**

- Overta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i eget foretaksområde i 2016. Rapporteres innen utgangen av første tertial.
- 
- 

Samtlige pasienter vil være overført til Helgelandssykehuset innen 1. mai 2016.

Utfordringer med rekruttering av personell har medført at dette har tatt noe lengre tid enn antatt. Gjennom et godt samarbeid mellom fagmiljøet på UNN og

Helgelandssykehuset har pasientgruppen blitt ivaretatt på en faglig forsvarlig måte i overgangsperioden.

## 4.2 Samhandling

- 
- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

-  
-

Tjenesteavtalene er revidert i samarbeid med områdesjefer, avdelingsledere og aktuelle rådgivere ( IKT, forskning etc) Det jobbes med å få laget prosedyre i Doc map som pålegger avdelingsledere å sikre at sjøør seg kjent med elektronisk meldessystem som beskrevet i tjenesteavtale 5. Det jobbes også med å lage et elæringskurs for ansatte som omhandler innhold i tjenesteavtalene

-

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

-

-

Samhandling vedrørende utskrivningsklare pasienter kvalitetssikres via elektronisk meldingsutveksling og dialog med pasientenes hjemkommune. Avvik på tjenesteavtale 5 meldes i avvikssystemet.

-

## 5 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

### 5.1 Kvalitet

#### Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

-

-

HOS-prosjektet har endret mange av sykehusets rutiner for registrering av pasientadministrative data, samt journaldata. For disse endringene her det blitt gitt et gjennomsnitt på 6 timers opplæring til alle ansatte med dokumentasjonsplikt. Opplæringen har en dekningsgrad på 89%.

Generell opplæring i bruk av informasjonssystemene for pasientbehandling er ikke gjennomført strukturert av helseforetaket. Opplæringskoordinator er ansatt og det er en målsetting å få laget opplæringspakker for nytilsatte i løpet av 2016.

-

-

-

-

-

-

### 5.2 Smittevern

-



- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

-  
-

Ved alle tre enhetene i Helgelandssykehuset gjennomføres det NOIS-registrering på nasjonalt utvalgte inngrep.

Oppfølgingsprosent i 2015 er:

- JKA 98,13 %
- MCA10 97,83 %
- JFB 96,36 %
- NFB totalprotese 96,4 %
- NFB hemiprotese 94,6 %

-  
-

## 6 Personell, utdanning og kompetanse

Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.

-

Status uendret ift årlig melding 2015.

Målet vil ikke nåes innen 30. juni. Foretaket holder på å utarbeide egne kurs i arbeidstidsplanlegging for alt personell – også rettet mot legeledere – og der vil man prøve å rette metodikken i planlegging mer mot aktivitetsbasert planlegging/langtidsplanlegging.

- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

-

Helgelandssykehuset har plan for videreutdanning innen ABIOK sykepleie (10 studenter). Det arbeides med å få implementert den nye utdanningsplanen for LIS leger i Helse Nord. Foretaket har videre vedtatt å melde på to kandidater til master i Helseledelse.

-  
-

### 6.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

#### Mål 2016

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

-  
-  
-

- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

-

-

Helgelandssykehuset har deltatt i den regionale arbeidsgruppen som har sett på samordning av tilbud under ferieavviklingen. Helgelandssykehuset har også i år planlagt alternerende stenging av fødeavdeling og fødestuer ut fra samme mal som tidligere år. For øvrig lavdrift i ferieperioden.

-

-

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

-

-

### **Gjennomførte aktiviteter i perioden 01.01.16 - 30.04.16**

- Gjennomført 5 møter i prosjektgruppa
- Gjennomført 1 møte i styringsgruppa, 23.02.16
- Prosjektmandat godkjent 23.02.16
- Presentasjon av prosjektet utarbeidet - Prosjektbeskrivelse
- Interessentkartlegging gjennomført
- Utkast til kommunikasjonsplan utarbeidet
- Utarbeidet utkast til intern nettside som skal informere i tekst og bilde utviklingen i prosjektet
- Informasjon om prosjektet gjennomført i AMU 09.03.16. og 27.04.16
- Informasjon om prosjektet gjennomført i foretakstillitsvalgtmøtet 09.03.16
- Informasjon om prosjektet gjennomført i de lokale ledergruppene 10.03.16
- Informasjon om prosjektet gjennomført til hovedverneombud og plassverneombud i foretaket 15.03.16
- Utkast til søknad om eksterne prosjektmidler utarbeidet (KLP)
- Utarbeidelse av program og organisering av «IA- nærværsdager », i foretaket
- Utarbeidelse av kartleggingsundersøkelse. Mål: Innspill og forankring i lederlinjen, tillitsvalgte og i vernetjenesten
- Gjennomføring av IA – nærværsdagene i foretaket: Mo i Rana 4. april, Sandnessjøen og Prehospitale tjenester 6. april og Mosjøen 11. april. Målgruppen var ledere, foretakstillitsvalgte, vernetjeneste, medlemmer i AMU og AMR' ene, samt deltakerne på lederprogrammet; Ny som leder i Helgelandssykehuset. Totalt deltok 130.Mål: Informasjon om prosjektet og kulturbygging, felles plattform, påvirkningsmulighet og forankring av prosjektet gjennom bla.kartleggingsarbeidet som ble gjennomført som gruppearbeid.
- Skrevet og publisert artikkel og bildet fra IA- nærværsdagene på intranett.

- Lederbistand: Teste ut felles rutine for bestilling av bistand. Felles e-post for bestilling av hjelp og bistand eventuelt få en pådriver i enkeltsaker.

**Sykefraværstall 2016:**

Januar: 7,2%, februar: 7% og mars 7%

## 7 Styringsparametere 2016

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.

## 8 Oppfølging og rapportering

Der er kun offisielle NPR data som er grunnlag for rapportering, og der det er mulig kan NPR data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Andre 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>

*Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer*

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

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

## 9 Sak til HF styrebehandling

9.1.1 Tertilvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

Oppdragsdokument 2016 er operasjonalisert med ansvarshavende for de ulike punktene i dokumentet. I Styremøte 19.05.2016 vil seminardelen omhandle Oppdragsdokumentet med , tiltaksplan inkl økonomiske tiltak.

