

2.tertial rapport 2016

Helgelandssykehus

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



Innhold

1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	4
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.....	8
3.2 Samhandling	9
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	9
4.1 Kvalitet.....	9
4.2 Smittevern	10
5 Personell, utdanning og kompetanse	11
5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	11
6 Oppfølging og rapportering	12
7 Sak til HF styrebehandling	13

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.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2016

- Gjennomførte risikovurderinger¹, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602).

Gjennomføring av risikovurderinger pågår.

Det ble gjennomført ledelsen gjennomgang av intern styring og kontroll 09.05.16 i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord og disse er fulgt opp på ledermøtene.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

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

Status er uforandret fra 1. tertial. Behandlingshjelpemidler er ikke i MEDUSA enda pga mangel på personellressurser.

Hva gjelder FDV (forvaltning, drift, vedlikehold) for MTU (medisinteknisk utstyr) og BHM (behandlingshjelpemidler), så er det 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.

2.5 Anskaffelsesområdet

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

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.

Oversikten er oppdatert levert innen aktuelle frister.

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

Plan for anskaffelser er levert innen aktuelle frister.

3 Pasientens helsetjeneste - ventetid, variasjon og effektivitet

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har i 2. tertial variert mellom 52 og 64 dager, slik at styringskravet er oppfylt.

- Ingen fristbrudd.

Ingen av månedene i 2. tertial har hatt 0 ventende fristbrudd, og ved utgangen av august var det registrert 51 ventende fristbrudd. Andelen avviklede fristbrudd har variert mellom 1% og 5 %. utfordringer på fagområdene øye og lunge denne perioden. En stor del av de registrerte fristbruddene er fortsatt ikke reelle, men skyldes manglende etterlevelse av prosedyrer for korrekt registrering av ventetidsperioder. Å opprettholde kvalitet på registrering i sommerferieavviklingen er utfordrende.

- Ingen korridorpasienter.

Sykehusenhet Mosjøen har ingen korridorpasienter. Enhet Mo i Rana har hatt 12 og Sandnessjøen har hatt 24 korridorpasienter pr. måned i snitt 2. tertial. Årsakene er overbelegg samt ønske fra noen pasienter. Enhetene jobber med tiltak. Det startes nå et prosjekt ved enheten i Mosjøen, som har som mål å redusere variasjonen i innleggelser og liggetid mellom sykehusenhetene. De andre enhetene involveres også i prosjektet.

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

I 2.tertial er 82% av nye pasienter registrert i pakkeforløp slik at styringskravet er oppfylt.

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

I 2.tertial er 55% av pasientene registrert innenfor standard forløpstid. Etter sammenslåingen i DIPS får vi ikke fordelt tilbakemeldingene fra NPR pr sykehusenhet slik at arbeidet med kvalitetssikring er stoppet noe opp. Vi er i dialog med NPR og håper de kan omstrukturere tilbakemeldingene slik fremover at vi igjen kan bruke disse.

- 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 92,5% for 2.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 50 %. Se kommentar over (3.0.5)

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

Se kommentar over (3.0.5)

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

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

- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015, målt ved utvalgte indikatorer definert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av indikatorer innen utgangen av mars 2016.

Besvares foreløpig ikke da indikatorene ikke er spesifisert fra Helse Nord RHF.

- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Besvares foreløpig ikke da fagområdene ikke er spesifisert fra Helse Nord RHF.

- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Besvares foreløpig ikke da fagområdene ikke er spesifisert fra Helse Nord RHF.

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

- 1) Sykehusenhetene har hatt en felles gjennomgang og er åpen for å dele på ressursene som trengs for å gjennomføre læring og mestringskurs.
- 2) Læring og mestringsavdelingen har vært i møter med ledelsen i Rana-, Sandnessjøen-, Brønnøysund og Vefsn og lagt frem forslag om samarbeid som skal resultere i at det lages et helhetlig pasientforløp der det er kjent hvilke tilbud som finnes i kommunene til pasientgruppen og hvilke tilbud som finnes i sykehuset. Formål er også at pasientforløpet skal være koordinert.
- 3) Kommunene er invitert med til å stille med ressurser i læring og mestringskurs
- 4) Det jobbes med å etablere et tettere samarbeid mellom sykehusenheten i Sandnessjøen og kommunene med formål å få på plass helhetlige pasientforløp.
- 5) Praksiskonsulentene er involvert
- 6) Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) er involvert og er invitert til å ha et innlegg på samhandlingskonferansen og det vurderes om vi kan få til en samling mellom sykehusleger og kommuneleger der målet er økt kompetanse både for sykehusleger og primærleger i oppfølging av overvektige.
- 7) Det blir satt frister for gjennomføring av tiltakene.

- 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. Kvalitetsleder er med i kvalitetsnettverket i Helse Nord der gjennomføringen av kvalitetsstrategien er hovedtema. Med utgangspunkt i resultatene fra PasOpp-undersøkelsen 2015, er det startet et arbeid med tiltak ved sykehusenheten i Sandnessjøen. Tiltakene fra dette arbeidet vil også bli iverksatt ved de andre enhetene.

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske 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 2.tertial				
Fagområde	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Antall dager*	46	39	43	86
Endring fra 2015	-1,5 dager	- 10,3	+1,7	+ 41,8
Korrigerte kostnader	+5,4%	-0,9%	-2,6%	+3,5%
Årsverk - endring	1,16%	1,51%		
Aktivitet poliklinikk	0,5 %	0,2 %	26%	Ingen data i 2015

*Tall fra NPR pr juli.

Ventetiden innen psykisk helsevern ligger under ventetid for somatikk. TSB-området ligger over antall ventedager både innen somatikk og psykisk helsevern. Forklaringen er sammensatt og gjelder venting til døgnbehandling. Økningen har ikke generert tilsvarende økning i fristbrudd. Avdelingen har nå avviklet alle pasientene som stod på uprioritert venteliste. Etablering av brukerstyrt plass har redusert antall plasser for elektiv virksomhet. Innenfor TSB-området har kostnadene økt med 3,5%, og økning i antall årsverk er også knyttet til TSB. Helgelandssykehuset overtok ansvaret for egne pasienter innen LAR i 2016. Tilbudet er etablert i egne lokaler og ansettelse av personell på alle lokasjoner. Foretaket har i varierende grad ledige spesialiststillinger innen fagområdene på de ulike lokasjonene. Dette gjelder både lege- og psykologspesialister. Kostnadene innen psykisk helsevern er redusert i perioden sammenlignet med i fjor.

Poliklinisk aktivitet har økt betydelig innen psykisk helsevern for barn og unge, mens psykisk helsevern for voksne har hatt en ubetydelig økning. Imidlertid har ventetiden her gått ned med 10 dager sammenlignet med samme periode i fjor.

3.1 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.

Ansvar for legemiddelassistert behandling (LAR) er overtatt fra UNN og egne tilbud er etablert.

3.2 Samhandling

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

Avtalene er revidert for første gang 2016 og vil bli revidert årlig fra 2017. Det jobbes med å få på plass e læring kurs. Og det skal gjennomføres et avdelingsmøte med gjennomgang av avtalene i psykisk helse Mo I Rana i løpet av høsten. Dersom dette synes å være nyttig vil det bli gjennomført lignende møter med alle klinikkene i HSYK. Avtalene tas opp på alle dialogmøter.

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.

Elektronisk samhandling PLO meldinger og meldingsutveksling mellom nivåene overvåkes og følges opp. Samhandlingssjef deltar i samarbeidsutvalg i regi av de samarbeidende kommuner som nå har hovedansvar for systemet. Samhandlingssjef innhenter nødvendig erfaringskunnskap fra avdelingene som bruker tjenesten og jobber også opp mot psykisk helse som også skal kobles på.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

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

- **Det er produsert opplæringspakker til flere profesjoner som ligger tilgjengelig i Campus.**
- **Flere av våre superbrukere bruker vårt utarbeidet opplæringsmaterieill i forbindelse opplæring av nye ansatte/vikarer.**
- **Alle ledere har fått utvidet tilgang til Campus, slik at de kan ta ut rapporter. På samme tid er det produsert en ny rolle for ledere, som gir dem tilgang til å melde opp ansatte på kurs og klasseromskurs som er i Campus. Denne rollen er i en testfase for enkelte ledere. Det er gitt**

tillatelse for at leder kan delegere den "nye rollen" til andre. For eksempel superbruker, ass.avdelingsleder, fagutvikler osv.

- Helgelandssykehuset er først ut i Helse-nord på å bruke klasseroms-funksjonen i Campus. Dette for å dokumentere kurs/intern opplæring som gis internt i HSYK. I dag er det ca 50 forskjellige klasseromskurs tilgjengelig for ansatte i HSYK.
- Helgelandssykehuset skal gjennomføre en bølge 2 med opplæring. HOS-opplæringsgruppen driver kartlegging av alle avdelingene for å produsere tilpasset opplæringsmateriell til hver avdeling. Dette er med på å sikre bedre rutiner og praksis i hvordan den ansatte skal dokumentere/registrere data i pasientjournalen.

Foretaksspesifikke mål 2016

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge

- Legge frem en handlingsplan for utrulling og bruk av ASJ innen andre tertial 2016 sammen med hovedprosjekt for innføring av ASJ, med tertialvis rapportering på status.

Prosjektet er forsinket i henhold til de første fremdriftsplanene, foretaket har ressurs klar til deltagelse når prosjektet har behov og det forventes implementert i henhold til gjeldende fremdriftsplan.

4.2 Smittevern

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset gjennomfører prevalens to ganger årlig. Prevalens i Helgelandssykehuset 2.kvartal er 2,0 %.

- 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.

Helgelandssykehuset leverer inn data til NOIS. Oppfølgingsprosent på ulike inngrep er:

Keisersnitt: 100%

Hofte hemiprotese: 85%

Hofte totalprotese: 97,92%

Kolesystemtomi: 96,49%

Kolonkirurgi: 88,89%

Lavere oppfølgingsprosent enn 95%, kan relateres til følgende: pasienten døde i oppfølgingsperioden, ikke fått svar fra pasient og lite volum på pasienter som inngår i utvalgte inngrep.

5 Personell, utdanning og kompetanse

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

Plan for arbeidet ble utarbeidet og ledergruppebehandlet i 2015. Vi har for tiden under planlegging et arbeidsplankurs for ledere av pleiepersonell og et annet kurs for ledere av leger. Kurs for pleiepersonell gjennomføres i 2016. På grunn av konflikten med Akademikerne er det noe mer usikkert når kurset for legelederne blir avviklet.

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

Helgelandssykehuset har opprettet og tilsatt 10 nye utdanningsstillinger innen videreutdanning ABIOK. Foretaket har to kandidater som startet på master i Helseledelse. Sykehusenhetene vil spille inn behov for fremtidige videreutdanninger i budsjettprosessen for 2017.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

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

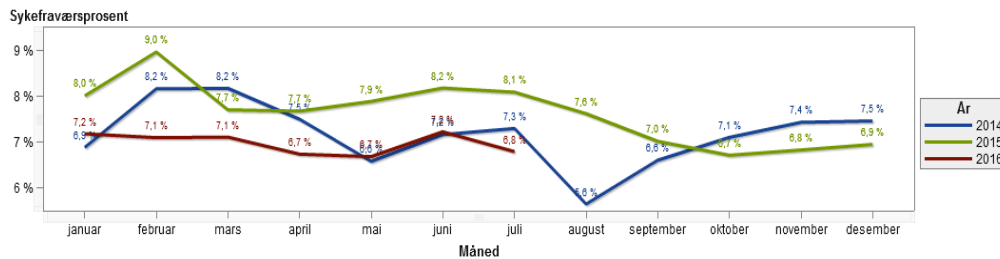
- Gjennomført MU 2015 med oppfølgingstiltak som fortsatt pågår
45 av 64 ledere har fulgt opp rapporten i egen avdeling, og flere vil gjøre det før neste undersøkelse kommer i november
- Deltar i forvaltningsnettverk i Helse Nord
- Lokal plan for 2016 følger forvaltningsnettverkets felles tidsplan for gjennomføring
- Rapportering til foretaksledelse på planer og status
- Rapportering til forvaltningsnettverk på status

- 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 god erfaring med å samordne ferieavviklingen mellom sykehusenhetene. Alternierende ferieavvikling på psykiatrisk døgnavdelinger, på fødeavdelingene og samarbeid for å ha tilgjengelig gastroskopi kompetanse eksempler på tiltak vi har lyktes med.

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

Gjennomsnittlig sykefraværet i Helgelandssykehuset de første 7 månedene av 2016 er 6,9%



Gjennomførte tiltak:

Nærværprosjektet er etablert: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede med ei målsetting om 6,5% sykefravær.

Følgende 7 tiltak er gjennomført:

- Oppstartmøtet i prosjektgruppa
- Prosjektmandatet godkjent
- Prosjektsøknaden/ prosjektplanen sendt til KLP
- Kommunikasjonsplanen ferdigstilt
- Prosjektets nettside ferdigstilt og lansert
- IA- nærværstidene inkl. kartlegging gjennomført
- IA- nærværstidene allmøter gjennomført

Ytterligere 9 tiltak er planlagt gjennomført i løpet av prosjektperioden

6 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 kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

7 Sak til HF styrebehandling

Tertialvis 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 omhandlet seminardelen Oppdragsdokumentet med tiltaksplan inkl. økonomiske tiltak. Tilsvarende gjennomgang blir gjort ifbm behandling av tertialrapport 2. tertial i styremøte 03.10.2016.

