



1. tertialrapport 2017

Helgelandssykehuset HF



Innhold

1	Om rapporteringen	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3.2	Somatikk.....	7
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	10
3.5	Kvalitet	11
3.6	Pasientsikkerhet.....	12
3.7	Smittevern.....	12
3.8	Andre områder	14
3.8.1	Personvern og informasjonssikkerhet.....	14
4	Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....	14
5	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	15
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	15
6	Innfri økonomiske mål i perioden	17
6.1	Anskaffelsesområdet.....	17
7	Risikostyring og internkontroll.....	17

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

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

3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Helgelandssykehuset har tatt initiativ til at disse indikatorene prioriteres for utvikling i SAS VA, slik at utviklingen kan måles og følges der. Forvaltningsgruppen er begynt se på dette men indikatorene er ikke tilgjengelig enda. Helgelandssykehuset har ikke hatt et parallelt løp for manuelt å beregne disse for oppfølging.

- Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.

Andel ligger i dashboardet til HSYK i VA men er ikke definert på fagområdet men sykehusnivå og gjelder kun nyhenviste.

- Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

2,1 % av henvisningene mottatt i 1.tertial er avvist med avvistkode ikke medisinsk indikasjon.

- Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

29,6% mottatte henvisninger som ikke er avvist i 1.tertial i forhold til antall polikliniske konsultasjoner.

- Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

Andelen varierer mellom 22% til 28% i 1. tertial. Helseforetaket følger dette opp månedlig i intern kvalitetsrapport.

- Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Ca 2 % av de polikliniske konsultasjonene utføres utenfor fast behandlingssted

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Det foregår et kontinuerlig arbeid, samt dialog i det regionale fagsjefmøtet, der fagsjef i Sykehusapotek Nord presenterer månedlig oversikt over hver forbruk av kostbare legemidler. Det er forøvrig ikke initiert arbeid fra Sykehusapotek Nord.

Helgelandssykehuset har opprettet en intern arbeidsgruppe for kostbare legemidler. Gruppen skal; avklare usikkerheter på området, sørge for enhetlige rutiner, påse at Forskrift om Helseforetaksfinansierte legemidler brukt utenfor sykehus, gjeldende LIS-anbefalinger og at ISF-regelverk/DRG-systemet etterleves.

Overgang til rimeligste Influximab er satt som tiltak i 2017 med en årseffekt på 1mill. Tiltakseffekt i 1. tertial er ca 400.000

3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Helseforetaket har dialog med Helse Nord om hvilke tiltak som evt skal videreføres. Senest avholdt møte 11.05.2017. Endelig avgjørelse om hvilke tilbud som evt. skal videreføres er ikke avgjort enda, men vil holdes innenfor de foreløpige føringene som er gitt i dialogen mellom RHF-ene og HOD.

4. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Mellom helseforetak:

Det er ikke etablert løsninger for samhandling med helseforetak utenfor Helse Nord RHF. Internt i Helse Nord RHF har det etter HOS-prosjektet blitt mulig å samhandle elektronisk i EPJ innen områdene radiologi medisinsk biokjemi, mikrobiologi og til dels patologi. For sistnevnte mottas svar elektronisk, mens rekvisisjoner fortsatt sendes på papir. Innen tradisjonell EPJ (DIPS) er det mulig å samhandle elektronisk på dokumentnivå – dette betyr at epikriser, henvisninger og brev kan utveksles i pasientjournalen, men innholdet kan ikke struktureres hos mottaker og systemet er avhengig av manuelle rutiner. For eksempel må henvisninger opprettes manuelt basert på innhold i dokument som mottas.

Kommunale helse- og omsorgstjenester:

Lab: Helgelandssykehuset HF har etablert elektronisk rekvisirering av laboratorietjenester (ERL) mot de fleste legekantor på Helgeland. 3-4 kontorer har System X fra Hove Medical A/S og disse etableres i løpet av april. Basismeldingene epikrise, lab- og røntgensvar sendes

elektronisk til de fleste rekvirenter. Pleie- og omsorgsmeldinger er implementert for somatiske tjenester, men ikke innen psykisk helsevern og rus. Implementering for sistnevnte er fortsatt ikke planlagt.

E-resept:

E-resept er under bredding i Helgelandssykehuset HF og benyttes av ca. 60%. Antallet er økende og regner med at vi kan sammenligne oss med andre helseforetak innen utgangen av 2017.

Kjernejournal:

Kjernejournal er innført i Helgelandssykehuset HF og målet på 100 oppslag per uke ble nådd i april 2017 med 230 oppslag over en 14 dagers periode. Styringsmål for registrering av kritisk informasjon er fortsatt ikke nådd og det er fortsatt behov for informasjonsarbeid internt.

5. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»¹.

Det har ikke vært kapasitet i helseforetaket til å få startet arbeidet med å etablere en ernæringsstrategi. Arbeidet vil bli startet opp før sommeren 2017 og ferdigstilt ila høsten 2017

6. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Foretaksadministrator for Barn som pårørende har informert om de regionale fagprosedyrene i enhetsdirektørens ledergrupper ved de tre enhetene. Ledergruppene var også utvidet til å omfatte alle lederne ved den enkelte enhet i denne saken. Det er oppfordret til å lage tilpassede prosedyrer ved den enkelte avdeling.

7. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Ingen tiltak iverksatt i HF, men det blir underskrevet avtale om bistand fra Finnmarkssykehuset v/SANKS for å løse/dekke behov for spesialisthelsetjenester. Ingen egen utdypning fra helse Nord. Helgeland har en liten sørsamisk populasjon som ikke praktiserer sørsamisk som språk i det daglige.

8. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Kompetansen innen psykisk helsevern og TSB vurderes å være tilfredsstillende, selv om det i noen tilfeller kan være utfordrende å finne egnet behandlingstilbud, særlig døgntilbud for

¹ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

pasienter som ikke er så krevende at de kvalifiserer for innleggelse i nyopprettet tilbud ved Nordlandssykehuset. Rehabiliteringstjenesten er organisert sammen med psykisk helsevern og TSB og på denne måten kan en gjensidig utnytte hverandres kompetanse. Rehabiliteringstjenesten har i tillegg sørget for egen kompetanseheving blant annet på dette området.

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset:

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser ANS har overført saken skal være mindre enn 8 dager.

Helse Nord har i april en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på **19,4 dager**. Saker til manuell saksbehandling har en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på **23,2 dager**. Av dette er ca 10 dager ledetid til skanning og digitalisering hos Pasientreiser HF. Dette betyr at Helgelandssykehuset ikke leverer i henhold til kravet på dette området. Innleie av 3 personer til Brukerstøtte (besvarelse på telefon) fra Pasientreiser HF skal bidra til at saksbehandlingstiden er innenfor kravet før utgangen av mai måned.

3.2 Somatikk

1. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Alle tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset gir trombolytisk behandling til over 20 % av pasientene med hjerneslag. Det er i 2017 ytterligere fokus og opplæring i rask diagnostikk og riktig behandling av hjerneslag i Helgelandssykehuset.

Data fra april 2016 til april 2017 hentet fra hjerneslagregisteret

Mo i Rana

Trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse N = 5, 40%

Mosjøen

Trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse N = 5, 60%

Sandnessjøen

Trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse N = 11, 54.5%

Anne Ingeborg

2. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

33 dialysepasienter, hvorav 11 har peritoneal dialyse hjemme, dvs. **33% i hjemmedialyse.**

Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere²)

Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp var 80 % i 1. tertial

3. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI³ innen 90 minutter.

Disse dataene må hentes ut manuelt fra data rapportert til Norsk Hjereteinfarktregister for hver sykehusenhet, siden data for 2016 ikke er publisert enda fra registeret enda. Helseforetaket har ikke fått etablert en løsning med en felles uthenting av data for hele HF. Data for 1.tertial 2017 er heller ikke ferdige. Helseforetaket vil søke Hjereteinfarktregisteret om å få hente ut data for hele helseforetaket samlet, og håper å få dette på plass innen utgangen av 2. tertial.

4. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjereteinfarkt.

Justerte rutiner er under innføring i dialog med UNN. Rutinene vil også bli justert i forhold til resultatene av internrevisjon for NSTEMI hjereteinfarkt iverksatt i Helse Nord.

Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid⁴ (skal være minst 70%).

Andel gjennomføring av pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid (OF 4) var 75 % for 1. tertial.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

² Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakraft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekraft, livmorhalskreft, livmorkraft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskraft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkraft, peniskraft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

³ Perkutan koronar intervensjon

⁴ Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkraft, peniskraft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskraft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekraft, livmorkraft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Rapportering på OD 2017

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

I perioden januar – mars 2017 har Helgelandssykehuset hatt 13 færre innlagte på tvang i Nordlandssykehuset enn i samme periode i 2016.

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Helgelandssykehuset er i utgangspunktet ikke godkjent for tvang. Det har imidlertid vært en hendelse i 2015 og en hendelse i 2016 der tvangstiltak er benyttet, dette er registrert. Både i EPJ og tvangsmiddelprotokoll.

3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helgelandssykehuset har tre pasienter av 25 som er registrert med avbrutt døgnbehandling i 1.tertial.

4. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelseser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Helgelandssykehuset leverer komplette og kvalitetssikrede data innen psykisk helsevern. Helgelandssykehuset har ingen tvangsinnleggelseser.

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:

1. Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang innen 1. juni.

Helgelandssykehuset er i gang med prosjekt for etablering av vaktberedskap i foretaket. Nordlandssykehuset deltar i prosjektarbeidet. Det er naturlig å ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang i tilknytning til dette. Helgelandssykehuset har generelt lite tvangsbruk, dette har vært uendret i flere år. Vi ser ytterligere nedgang i årets første tre måneder.

Styringsparametere:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk

(helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"⁵ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

Pr. april	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Snitt ventetid *	47(-13)	27(-6)	17(-4)	30(+11)
Funksjonsregnskapet **	-1,5%	-3,3%	-10,1%	-10,1%
Årsverk – endring ***	1,5%	3,7%		
Aktivitet poliklinikk ***	2,7%	10%	37%	>100%

*tall fra NPR, pr april
 ** Korrigerede kostnader er kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon
 *** sammenlignet med april 2016

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁶.

Helgelandssykehuset har ikke ressurser til å delta i læringsnettverket for gode pasientforløp før i 2018. Helgelandssykehuset har vært pilot for innsatsområdet tidlig oppdagelse av forverret tilsand og deltar i læringsnettverk for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis.

2. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Det har foreløpig ikke latt seg gjøre å etablere slike samarbeidsavtaler pga vakans i stillingen som samhandlingssjef siden januar 2017. Arbeidet vil bli fortsatt etter at ny samhandlingssjef er i funksjon fra 01.05.2017.

3. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Implementering av kjernejournal, E-resept og DIPS medikamentmodul pågår med opplæring av leger.. Forutgående arbeid har involvert EPJ-medarbeidere, praksiskoordinator, praksiskonsulent, overlege og farmasøyt.

⁵ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

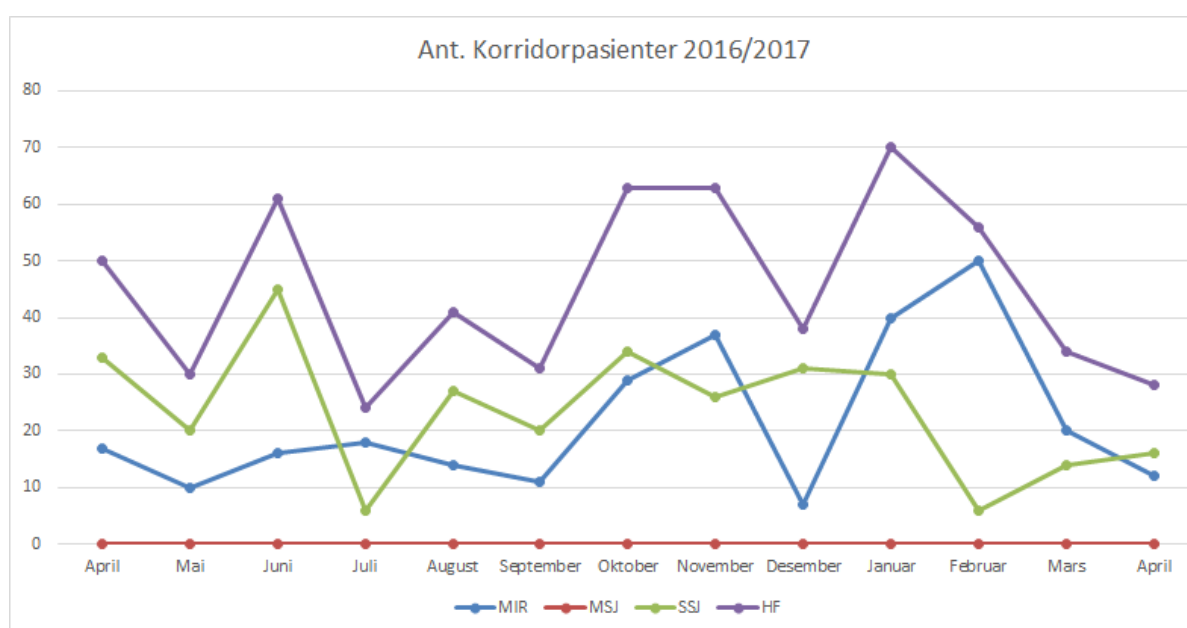
⁶ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Prosedyrer samstemming ved innleggelse og utskrivelse er revidert og til høring i legemiddelkomiteen.
Det er ikke inngått spesielle samarbeidsavtaler med kommunene, og der er ikke initiert et felles regionalt arbeid fra Sykehusapotek Nord i forhold til dette, men etablering av en regional legemiddelkomité er ett tiltak.

3.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Utviklingen i korridorpasienter



Det har vært en nedgang i antall korridorpasienter i 1.tertial 2017. Sykehusenheten i Mosjøen har ikke hatt korridorpasienter de siste årene og heller ikke i 2017, mens enhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen har hatt dette i varierende grad.

2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Analyse av enkelthendelser vil Helgelandssykehuset benytte modellen «5 hvorfor», pilot er under oppstart med enhetsdirektør Sandnessjøen som leder. Klassifikasjonssystemet er implementert i Docmap og tatt i bruk.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT⁷-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

⁷ Global Trigger tool

Helgelandssykehuset har deltatt inn i prosjektet med tigger testing og er klar til opplæring i uke 20 eller 21

- Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.
-

Helseforetaket deltar i de regionale fagrevisjonene på NSTEMI hjerteinfarkt og medikamentell behandling av tykktarmskreft med fagrevisorer. Det har vært gjennomført internrevisjon for NSTEMI ved sykehusenheten i Mo i Rana 10.-11.05. 2017. I januar 2017 ble det gjennomført internrevisjon på fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering med fagrevisorer fra UNN og revisjonsleder fra Nordlandssykehuset.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Lokal programleder for pasientsikkerhetsarbeid er Helgelandssykehusets representant inn i dette arbeidet.

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

HSYK har besluttet å benytte metoden «5 hvorfor» og er i oppstartfasen med det. Det er ikke utført hendelsesanalyser i 1. tertial.

3.6 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Sykehusenhetene i Helgelandssykehuset har en gjennomgang av hva som er relevante avdelinger for de ulike tiltakspakkene i pasientsikkerhets programmet. Etter denne gjennomgangen vil rapportering og oppfølging av de ulike innsatsområdene bli mer korrekt.

3.7 Smittevern

1. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Antibiotikastyringsprogram er vedtatt og innført. A-team har gjennomført to møter 2017. A-team består av leger, sykepleiere, farmasøyter, smittevernsykepleier, smittevernoverlege. Vi deltar på nasjonal work shop om kartlegging av antibiotikabruk (mai 2017) og kartleggingen internt starter etter dette.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

«Pest eller kolera»-rapporten for Helgelandssykehuset forventes publisert innen 15. mai. Forbruket er fordelt på antibiotikagrupper og aktuelle avdelinger. Publiseringen er forsinket pga ikke mottatt tall fra reseptregisteret på forbruk i primærhelsetjenesten.

2. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Helgelandssykehuset gjennomfører prevalens to ganger årlig. Innsamlede data presenteres for ledergruppen etter hver prevalensundersøkelse. Prevalens i Helgelandssykehuset 2. kvartal 2016 var 2 %. Prevalens resultatene blir presentert for sykehusenhetene og områdene.

3. NOIS⁸-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Sykehus	Opr.kode	oppfølgingsprosent
Mo i Rana	MCA	100 %
	JFB/JFC	96,86 %
	NFB	95,39 %
Sandnessjøen	JKA21/JKA20	100 %
	MCA	100 %
	JFB/JFC	100 %
Mosjøen	JKA21/JKA20	100 %
	JKA217JKA20	100 %

Innsamlede data presenteres for ledelse og tas videre til avdelingene.

4. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

NOIS-resultater rapporteres via tertialrapport til Helse Nord. Data som rapporteres, samles inn og leveres tertialvis i etterkant.

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset:

Styringsparametere:

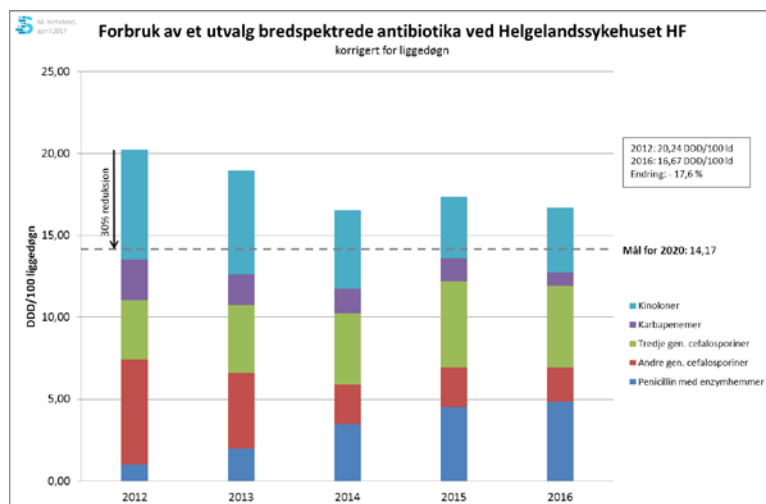
- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

Det er for tidlig å sammenligne tall ned 2017 da det ikke er gjennomført prevalensundersøkelse i 2017. Den gjennomføres 10. mai. NOIS-resultater for 1.tertial 2017 vil ikke leveres før 1. september 2017.

⁸ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012⁹.

Det er vedtatt antibiotikastyringsprogram og opprettet tverrfaglig A-team. Intern kartlegging med utarbeidelse av forbedringspunkter pågår. I hht rapport fra nasjonalt kompetansesenter (KAS) er forbruket i 2016 redusert med 17,6% sammenlignet med 2012. Det er ikke utarbeidet nyere status da det ikke er hensiktsmessig med for hyppige målinger pga tilfeldig variasjon i forbruk (siden forbruket er basert på innkjøp og ikke faktisk bruk).



3.8 Andre områder

3.8.1 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Gjennomføringen av ROS-analysene er gjennomført på alle foruten DIPS og MTU. Dette vil bli gjennomført i løpet av mai/juni.

4 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

⁹ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinolon

1. Følge opp resultatene fra PasOpp¹⁰-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste

På bakgrunn av resultatene i PasOppundersøkelsen 2015 ble det etablert eget prosjekt i sykehusenheten i Sandnessjøen med deltakelse fra kommunen der en har utarbeidet nye prosedyrer for inn og utskrivning av pasienter. Prosjektet er avsluttet og ny prosedyre en under implementering. Prosedyren tar for seg samtale ved innkomst til sykehuset samt oppfølging/informasjon rundt utskrivning.
I tillegg bruker man aktivt tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Rapportering av skadet og uønskede hendelser gjøres og følges opp i kvalitetssystemet Doc.map
I tillegg benyttes NAV skjema: Melding om yrkesskade 13-07.05 i tilfeller som vurderes kan komme inn under definisjonen yrkesskade

2. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Det er iverksatt et nærværprosjekt: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede.

1. Prosjektgruppa planlegger å gjennomføre enhetsvise (Mo. Mosjøen og Sandnessjøen) fellesmøter med ledere i avdelinger som har fravær < 10%. Det vil bli satt fokus på:
 - Standardiseringstiltakene som er iverksatt i prosjektperiode
 - Avdelingenes utfordringer og muligheter, behov og videre arbeide.
2. Innføringen av et obligatorisk e-læringskurs for alle medarbeidere om nærvær, rettigheter og plikter
3. Informasjon ut til bl.a. fastleger og sykehusleger om hvordan sykehuset arbeidere med nærvær

¹⁰ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Resultat:

Sykefraværet for januar 2017 = 8,7%

Sykefraværet for februar 2017 = 8,3%

Å endre kultur tar tid. Fremover ser prosjektgruppa behov for å intensivere samhandlingen med lederne i enda større grad. De verktøyene som er utarbeidet i prosjektperioden må bli enda bedre kjent i organisasjonen. » Slik gjør vi det hos oss»

Det er også under planlegging å se på sammenheng mellom medarbeiderundersøkelsen/MU og sykefravær i avdelingene. Prosjektgruppa mener MU er et godt verktøy, og utgangspunkt, for å arbeide med sykefravær i den enkelte avdeling. Leder tar da utgangspunkt i det medarbeiderne har gitt tilbakemelding om, og tiltaksarbeidet vil da i større grad være forankret hos medarbeiderne.

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset:

1. Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2.

Gjennomførte tiltak i 2016

Planlegging:

- ✓ Prosjektgruppe og prosjektorganisasjon etablert
- ✓ Prosjektplanlegging herunder: Prosjektinitiering, mandat, prosjektplan, interessentkartlegging, kommunikasjonsplan, budsjett, søknader om eksterne midler samt utarbeider rapporteringsrutiner

Tiltak for å bygge felles fundament:

- ✓ IA - nærværsdager – samling for alle ledere, foretakstillitsvalgte og verneombud. Gjennomført Mo, Mosjøen og Sandnessjøen
- ✓ Kartlegging av lederne behov og innspill fra vernetjeneste og tillitsvalgte
- ✓ IA - nærværsdager - Allmøter for alle medarbeidere. Gjennomført Mo, Mosjøen og Sandnessjøen

Utvikle en egen nettside for prosjektet:

- ✓ På nettsiden kommuniseres det som skjer i prosjektet. Lett og oversiktlig finner leder og medarbeidere informasjon, presentasjoner, verktøy og maler samt suksesshistorier

Informasjonsrunder:

- ✓ Informasjon om prosjektet i alle enhetsvise ledergrupper, områdevise ledergrupper, AMU, AMR, Verneombudssamling, stabssamling, avdelinger med mer

Standardiseringstiltak:

- ✓ Brosjyremateriell/elektronisk: Når jeg ikke har det bra hva gjør jeg
- ✓ Hvem gjør hva når?
- ✓ Standard bestillingsfunksjon for ledere ved behov for bistand
- ✓ «Nærværskontrakter» - Mulighet for rask utprøving i annen avdeling

Bistand:

- ✓ Bistått ledere i innmeldte enkeltsaker

- ✓ Bistått i avdelinger med over 10 % sykefravær

Innovasjon:

- ✓ Prosjektgruppa har utviklet et e-læringsprogram om nærværarbeid, rettigheter og plikter, for alle medarbeidere og ledere

Tiltak: Historiefortelling: Suksesshistorier:

- ✓ Prosjektgruppa jakter på de gode historiene i eget foretak og formidler det på prosjektets nettside. Hensikt: Motivasjon og erfaringsdeling

Resultat 2016:

HF 2016	HF 2015	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo	Pre.hosp
6,7%	7,6%	6,9%	6,6%	7,5%	6%

6 Innfri økonomiske mål i perioden

6.1 Anskaffelsesområdet

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Beskrivelse av bestillerrollen er fortsatt under utarbeidelse. Kontinuerlig dialog mellom HN-Sykehusinnkjøp-helgelandssykehuset.

2. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
 - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Det arbeides systematisk med å etablere bedre rutiner på anskaffelser. Plan for anskaffelser i 2018 er en del av dette arbeidet.

Det arbeides kontinuerlig med utrulling av Clockwork i organisasjonen som også vil gi en bedre og mer helhetlig innsikt over vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå.

7 Risikostyring og internkontroll

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹¹.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger¹², i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

09.05.17 blir det gjennomført samla risikostyring av Helse Nord sine 8 delmål av ledergruppa. Dette blir presentert som styresak 23.05.2017

Krav:

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Dette arbeidet er ikke påstartet, men vil også ta utgangspunkt i ledelsens gjennomgang av de øvrige styringskravene.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:
 - Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
 - Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
 - Informasjonssikkerhet.
 - Klima og miljø.

¹¹ 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).

¹² Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Rapportering på OD 2017

- Beredskap.
- Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter.

Pr. 09.05.17 er det gjennomført risikovurdering av Helse Nord sine 8 delmål og blir presentert som styresak 23.05.2017 . De øvrige gjennomgangene blir gjennomført i løpet av mai og juni måned.
--