

01_Tertialrapport 2018 for Helgelandssykehuset

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORRLANDSSYKEHUSET**
NORRLÁANDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCIEVIESSOAPOTEHKA



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



 **HELSE NORD IKT**

Innhold

1	Innledning	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.....	5
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	6
3.4	Samhandling med kommuner	7
3.5	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	7
3.6	Kvalitetsutvikling.....	7
3.7	Pasientsikkerhet	8
3.8	Smittevern	9
4	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	11
4.1	Sikre gode arbeidsforhold	11
4.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell	12
5	Innfri økonomiske mål i perioden	12
5.1	Anskaffelsesområdet	12

1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

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. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	Administrativt utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 Styrebehandlet Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 6. februar 2019. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

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

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

Aggregert ventetid pr april 2018 er på 55 dager, ventetiden for 2017 var også på 55 dager. Ventetider følges kontinuerlig opp og har lenge vært et fokusområde i foretaket.

2. Ikke ha fristbrudd.

Foretaket har 69 ventende fristbrudd pr april 2018. Sykehusenhetene har tiltaksplaner for fristbrudd, det jobbes videre med å håndtere utfordringer innenfor små fagområder slik at vi når mål innen frist i sommer.

3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017¹.

Foretaket har ikke kommet i gang med å tiltak for å redusere median tid til tjenestesart. Foretaket deltar i regionalt prosjekt «variasjons team».

4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Rapporten fra RHF'et er publisert på foretakets dashboard i HN-LIS. Det skal arbeides fremover med å ta denne rapporten i bruk nedover i foretaket. Det er uavklart hvilke tiltak det er behov for å nå mål. Etter kartlegging vil tiltaksarbeidet kunne begynnes.

5. Ha 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) og aktivitet (polikliniske opphold).²

Rapporteringstekst 1. tertial				
Pr. april	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Ventetid*	56	40	55	27
Funksjonsregnskapet**	6 %	12 %	1 %	8 %
Aktivitet poliklinikk	7 %	-1 %	-2 %	4 %
* aggregert ventetid				
** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon pr. mars				
*** Sammenlinget med i fjor				

¹ Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

Aggregert ventetid er oppgitt i tabellen, disse vil være mindre sårbare for tilfeldige variasjoner. Ventetidene er lavere innen PHV og TSB enn somatikk. Funksjonsregnskapet viser tall fra mars som viser høyere vekst innen PHV/TSB enn somatikk. Aktiviteten innen poliklinisk behandling er høyere innen somatikk enn PHV/TSB jf. plantall

Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.

Rutinen for registrering av kontaktleger er gjort kjent i organisasjonen gjennom informasjonsmøter og med tilbud om opplæring. Registreringen er ikke påbegynt.

6. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.

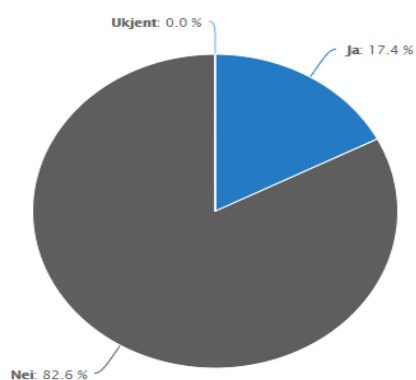
Ved månedsskifte mars/april var digitaliseringsgraden i Helgelandssykehuset 56,2%. Digitaliseringsgraden pr 30.april er ikke oppdatert i tilgjengelige statistikker. Trenden har vært svakt stigende siden årsskifte.

3.2 Somatikk

Krav for 2018

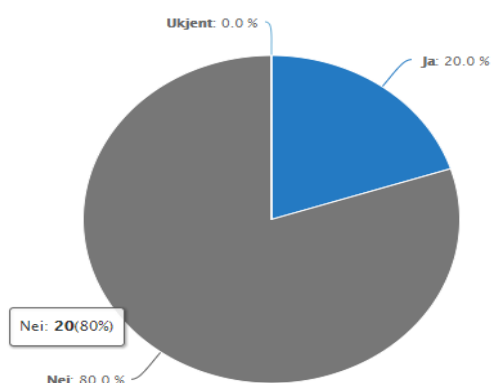
1. Gi intravenøs trombolysebehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Trombolytisk behandling, Alder <= 80

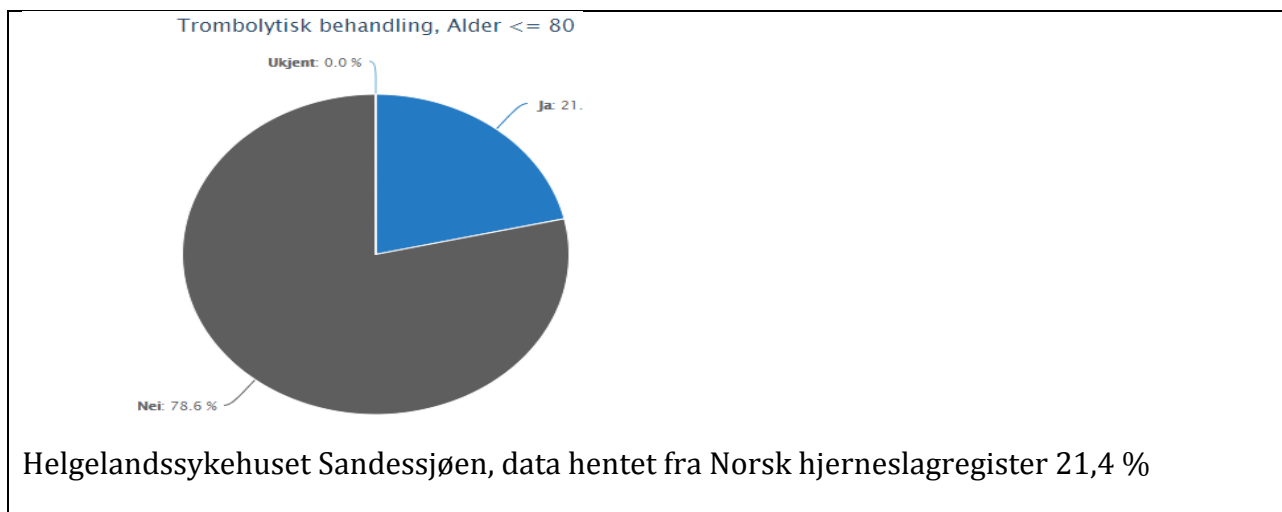


Helgelandssykehuset Mo i Rana data hentet fra Norsk hjerneslagregister 17,4 %

Trombolytisk behandling, Alder <= 80



Helgelandssykehuset Mosjøen, data hentet fra Norsk hjerneslagregister



2. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Data hentet fra Norsk Hjerneslagregister viser at:

Ved enheten i Mo i Rana har 75 % av pasientene fått trombolysse innen 40 siste 12 måneder
Ved enheten i Sandessjøen har 50 % av pasientene fått trombolysse innen 40 siste 12 måneder
Ved enheten i Mosjøen har 66 % av pasientene fått trombolysse innen 40 siste 12 måneder

3. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Per mai 2018 er det 30 dialysepasienter i Helgelandssykehuset. Det er ingen av disse pasientene som får hemodialyse i hjemmet. I tillegg er det 9 pasienter på Helgeland som får peritoneal dialyse i hjemmet. Det er NLSH som har behandlingsansvaret for disse pasientene. Det er planer om å utrede muligheten for hemodialyse i hjemmet til noen få pasienter høsten 2018. 23 % av dialysepasientene i Helgelandssykehuset har hjemmedialyse.

4. Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.

Per mars 2018 er 82% av nye kreftpasienter i pakkeforløp.

5. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

66% av pakkeforløpene er innenfor standard forløpstid. Overgang til DIPS Arena for pakkeforløp og turnover blant forløpskoordinatorene gjorde at fokus har vært på tiltak innenfor opplæring. Videre jobbes det nå med prosedyrer og avviksrapportering.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.

Helgelandssykehuset har ikke egen akuttpost som kan ta imot pasienter til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold. Helgeland har over år hatt relativt få innlagte på tvang i Nordlandssykehuset. SAMDATA-tall fra 2017 viser at vi har en lav andel av døgninnleggelser som er registrert som ø-hjelp, og vi ligger under det nasjonale snittet på antall tvangsinnleggelser, til tross for at forekomsten av alvorlige psykiske lidelser er den samme som for landsgjennomsnittet. Så langt vi har oversikt over er ikke dette tallet redusert, og i 2017

hadde vi 204 postopphold hvorav 61 innleggelser på tvang. Det kan være naturlige variasjoner fra år til år, i 2016 var 59 innlagt på tvang.

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

Det er registrert ett behandlingsavbrudd hittil i 2018 av 37 utskrivninger pr 7.mai -18. Vi tror det blant annet kan ha sammenheng med at det gjøres en betydelig innsats i forkant av behandlingsoppholdene overfor hver pasient slik at denne er godt forberedt før innleggelse.

3.4 Samhandling med kommuner

Krav for 2018

1. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
 - Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.

Saken har vært inne til diskusjon i OSO i forbindelse med arrangement av Samhandlingskonferansen på Helgeland i 2018.

I den forbindelse har Seksjonsleder i Helsetjenesteutvikling, Kvalitets- og utviklingscenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF blitt invitert for å holde foredrag under Samhandlingskonferansen.

Tema er -Hvordan Skype kan brukes i forbindelse med samhandling mellom sykehusene, mellom foretak og kommunene, samt mellom pasient, foretak og kommuner. Hun har også blitt bedt om å forelese om bruk av «Normen», og hvordan vi sikrer taushetsplikt og personvern ved bruk av videokonsultasjoner.

3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

Krav for 2018

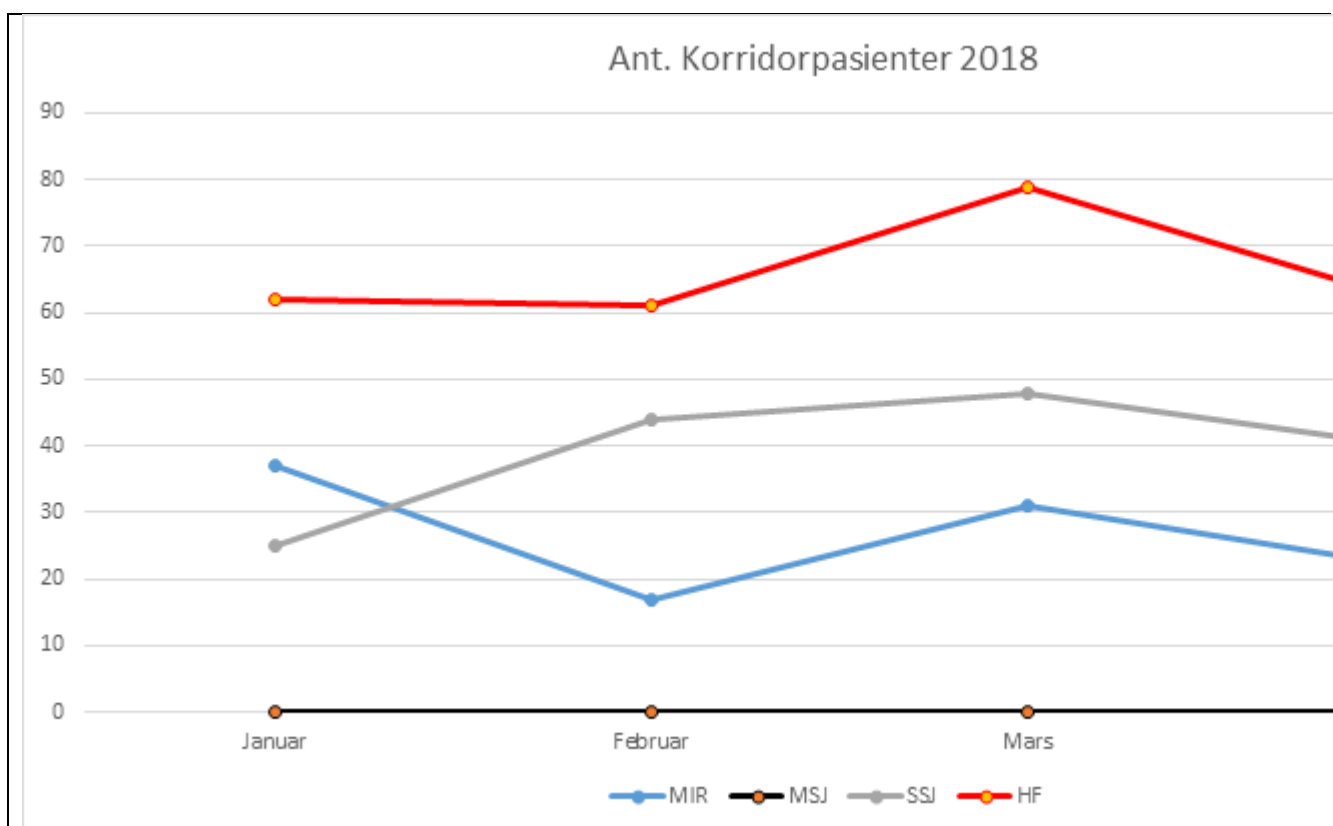
1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

Det er sendt ut avtaler til alle aktuelle avtalespesialister. 5 av 7 er signert og de øvrige 2 ønsket avklaring med sin organisasjon før signering.

3.6 Kvalitetsutvikling

Krav for 2018

1. Ikke ha korridorpasienter.



Krav er at vi ikke skal ha korridorpasienter.

Utskrivningsklare pasienter er en årsaken til korridorpasienter. Det er daglige møter mellom sykehuset og omsorgstjenesten i kommunene for å planlegge utskrivning og redusere antall utskrivningsklare pasienter.

3.7 Pasientsikkerhet

Krav for 2018

1. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Implementerte tiltakspakker

Foretak/sykehus	Forebygge selvmord	Forebygge overdose	Trygg kirurgi	Samst. Legemiddellister	Hjerne-slag	UVI	SVK	Trykksår	Fall	Ledelse av pas. sikkerhet	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Tidlig oppdagelse av sepsis i akuttmottak
Helgeland – Mo i Rana		1/1	1/1	4/9	1/1	1/1		2/3	2/3		2/2	1/1
Helgeland – Mosjøen			1/1	1/1	1/1	1/1		1/1	2/2		1/1	1/1
Helgeland – Sandnessjøen			1/1	4/4	1/1	2/3		1/1	1/1		1/2	1/1

Farge	Betydning
GRÅ	Tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten
RØDT	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken
GUL	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderer også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderer også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
GRØNN	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.

Alle tre akuttmottakene i Helgelandssykehuset har deltatt i læringsnettverk for sepsis og har implementert tiltakspakken i egen enhet.

Alle tre sykehusenhetene er i implementeringsfasen for tidlig oppdagelse av forverret tilstand

For fall og trykksår er tiltakspakkene innført på de fleste avdelinger. Intensivavdelingen i Mo og Sandnessjøen gjenstår.

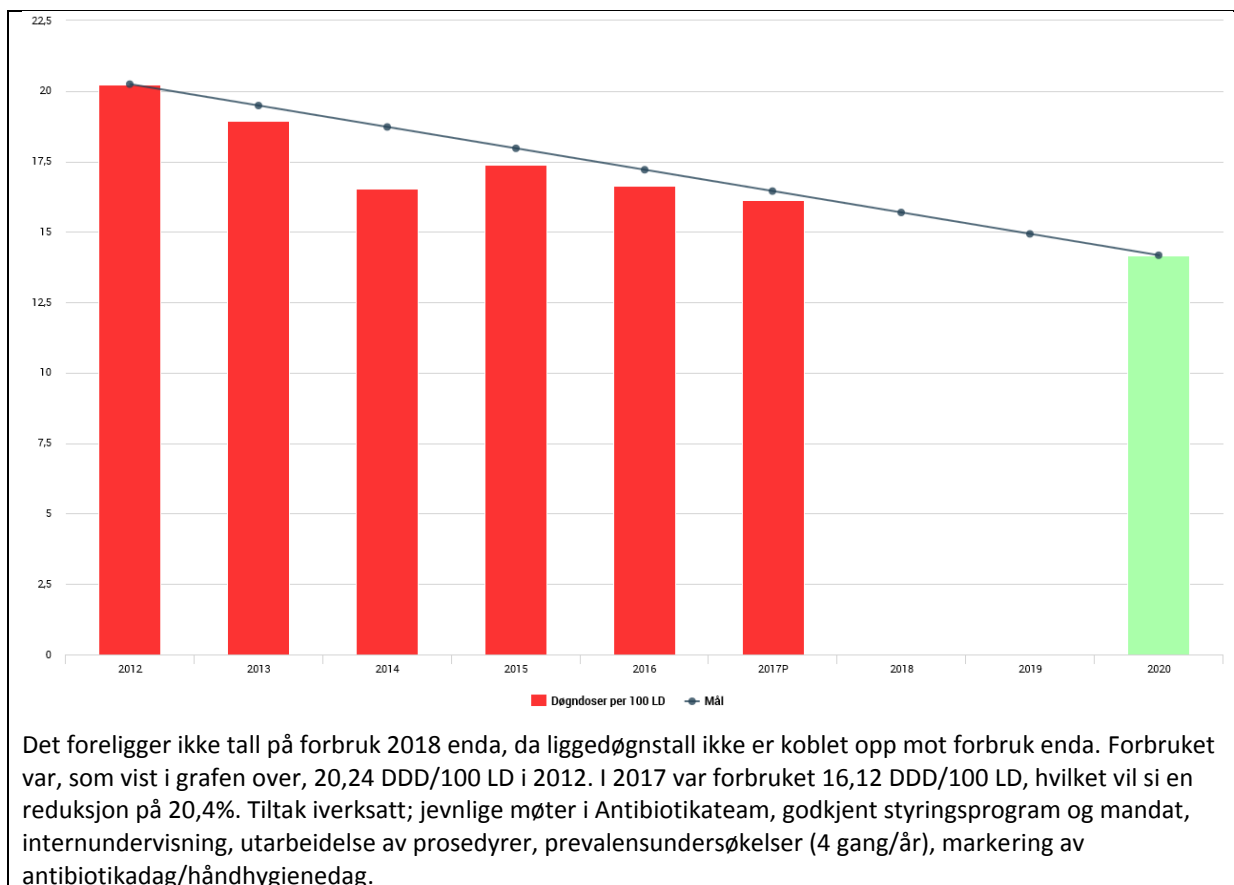
3.8 Smittevern

Krav for 2018

1. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.³

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

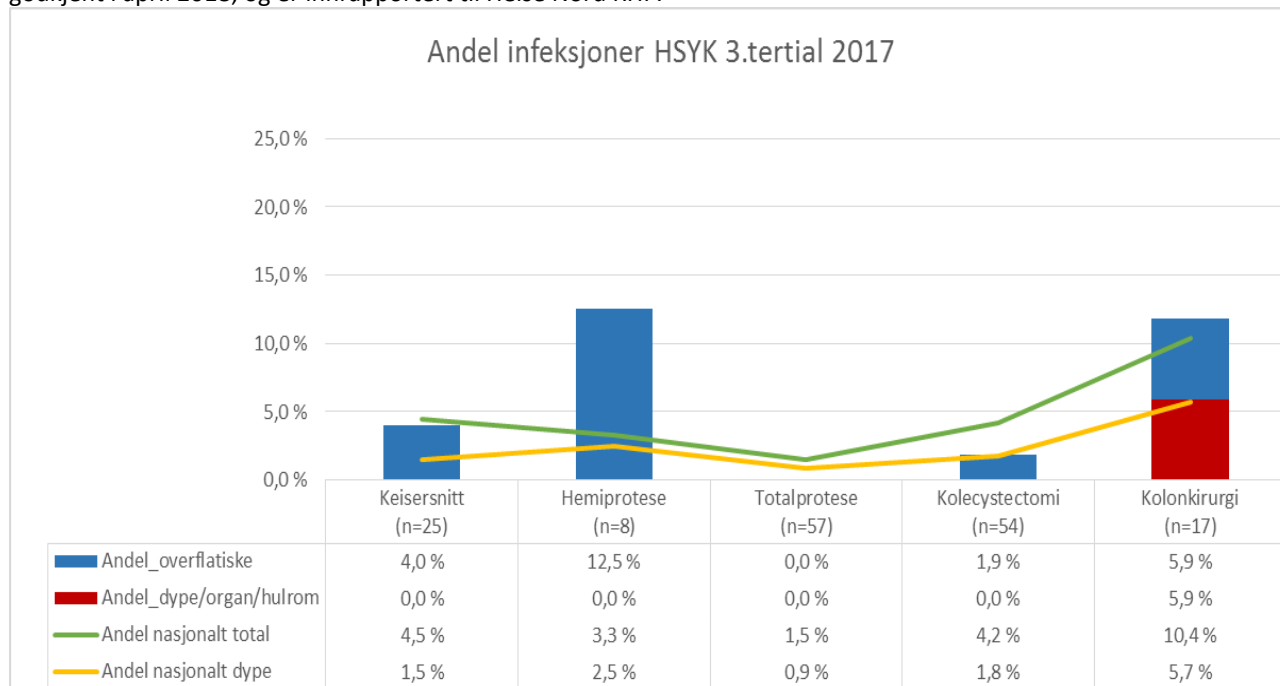
Tertialrapport og Årlig melding 2018



2. Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

HSYK HF utfører NOIS-POSI av pålagte operasjonskoder.

Tallene for 1. tertial 2018 rapporteres inn til Folkehelseinstituttet 1. august 2018. Tallene for 3. tertial 2017 ble godkjent i april 2018, og er innrapportert til Helse Nord RHF.



4 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

4.1 Sikre gode arbeidsforhold

Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.

Det er foreløpig ikke utarbeidet en konkret plan på dette område. Det vi imidlertid løpende følger opp, er følgende:

- Muligheter for å øke deltidsstillinger gjennomgås i behovsvurdering når foretaket har ledige stillinger.
- Ansatte som over lengre tid har jobbet fast deltid og tilnærmet fast utover deltidsstillingen, får økt sin stilling når slike konkrete saker gjennomgås.
- Problemstillingen vil bli behandlet i et pågående prosjekt angående fremtidig rekrutteringsstrategi
- De ansatte skal registrere i personalportalen dersom de jobber uønsket deltid. På denne måten har vi oversikt over den reelle problemstillingen.

2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

Tiltak:

- Nærværprosjektet, Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede er vedtatt forlenget ut 2018
- Informasjon om nærværprosjekt i avdelinger – et tiltak i å utvikle en helsefremmende nærværskultur
- To ledersamlinger er under planlegging. Fokus på tiltaksmuligheter og den viktige samtalen
- Avdelinger over 10%: Avdelingsvis oppfølging hvor sykefraværstall og avdelingens Forbedringsundersøkelse legges til grunn for vurdering av tiltak

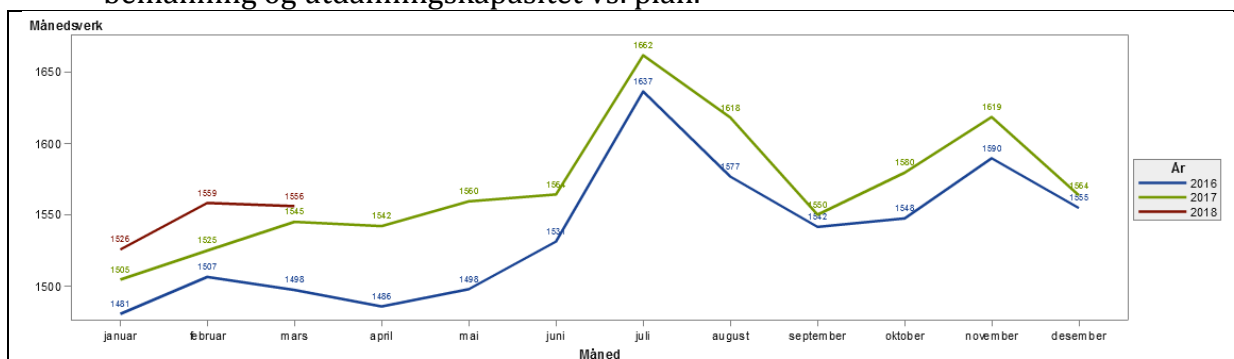
3. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.

- Det er gått ut skriv som viser til retningslinje, og bruksanvisning for hvordan registrering i Personalportalen skal gjøres. Dette er sendt ut i flere omganger til alle ledere.
- Det er tatt med som eget punkt i alle arbeidsavtaler
- Det er gitt informasjon/opplæring i møter med ledere og foretakstillitsvalgte.
- Det er informert om flere ganger på intranett og i mail til alle ledere.
- Ledere er anmodet om å sjekke status når de gjennomfører utviklingssamtaler, og i samtaler ved nyansettelse.

Målet er i liten grad nådd. Det er behov for å ha tettere oppfølging av at registrering skjer.

4.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

1. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.



Forbruk av fastlønn har i starten av året ligget noe under plantall. Ca 22 årsverk under forventet gjennomsnitt for året er nødvendig mtp hvordan utvikling av årsverk utover året vanligvis ser ut. Utover året kan vi forvente at forbruket stiger noe, med en topp gjennom sommeren – om alle enhetene følger den forventede trenden bør både enhet Mo i Rana og Sandnessjøen være oppmerksomme siden de allerede ligger tett på budsjettet forbruk av fastlønn. Forbruk av variabel lønn er høyere enn budsjettet pr mars. Det største merforbruket i fhI til budsjett er i Sandnessjøen og kommer innen forbruk av timelønnede:

Periode: januar mars

Enhet	Fastlønn			Variabellønn			Totalt		
	Budsjett	Forbruk	Awik	Budsjett	Forbruk	Awik	Budsjett	Forbruk	Awik
MIR	467,27	465,17	2,10	39,37	41,39	2,02	506,64	506,55	0,09
MSJ	253,66	242,42	11,24	17,20	18,96	1,76	270,86	261,38	9,48
SSJ	368,17	365,63	2,54	30,42	39,70	9,28	398,59	405,33	6,74
Drift & eiendom	105,26	106,13	0,87	17,51	13,41	4,10	122,77	119,55	3,22
Prehospitale tjen	168,78	163,77	5,01	28,69	29,74	1,05	197,47	193,51	3,96
Fellesområdet	62,69	60,32	2,37	0,65	0,23	0,42	63,34	60,55	2,79
Foretaket	1425,83	1403,43	22,40	133,84	143,43	9,59	1559,67	1546,87	12,80

5 Innfri økonomiske mål i perioden

5.1 Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

Krav for 2018:

1. Samordning
 - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
 - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
 - Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Helgelandssykehuset vil oversende anskaffelsesplan for 2019 innen fristen.

Det jobbes nå med kartlegging av behov over investeringsanskaffelser både på medisinteknisk område og drift/byggeteknisk. Det forventes at en helhetlig plan over investeringsanskaffelser i 2018 er klar innen 1.

2. Systembruk

- Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
- Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.
- Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

Helgelandssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

1.

Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet en plan or implementering av Clockwork, men har i samarbeid med både sentrallagene og avdelingene for øvrig jobbet med å gi opplæring til nye brukere i CWL, samt inkludere nye avdelingene. Dette er imidlertid behov for å etablere en mer systematisk oppfølging av dette og det vil innen 1. juli bli utarbeidet en plan over full implementering av systemet. Videre har vi i løpet av 1. kvartal identifisert at interne tjenestekjøp fra HN IKT vil bli registrert via CWL, samt HSYK deltar med en ressurs i prosjektet for etablering av vikarkjøp i CWL.

3. Samhandling internt

- Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
- Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

Helgelandssykehuset bidrar i all hovedsak med fagkompetanse til relevante anskaffelsesprosjekter

4. Samhandling eksternt

- Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1.juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.

HSYK har avtalt møte med Sykehusinnkjøp hvor fokus er prosjektoppfølging og kommende behov Midlertidig samarbeidsavtale er ikke inngått og etablering av permanent avtale er ikke planlagt i 1. kvartal.