

Type styring: Ledelsens gjennomgang samt oppfølging av krav i RL1602 – Retningslinjer for risikostyring i Helse nord.

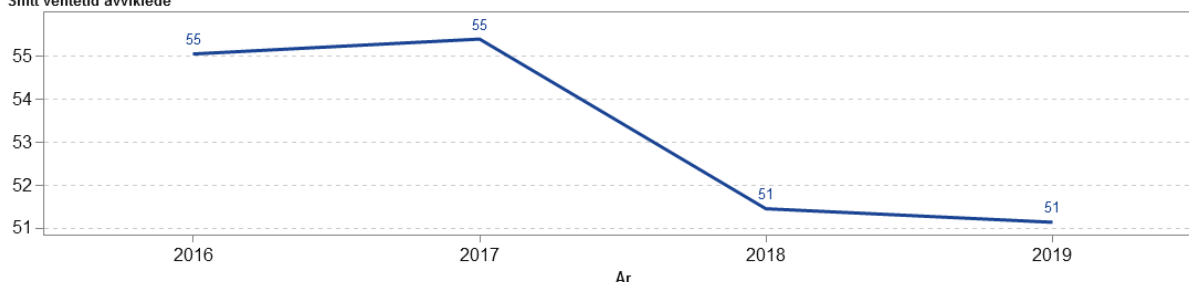
Bakgrunn: Styringsparametere for 2019 nasjonale mål og regionale mål beskrevet i brev fra Helse Nord 08.02.2019, samt 2 HSYK mål.

Hensikt: Vurdere om fastsatte mål oppnås i god nok grad. Angi begrunnelse for risikonivå samt tiltak.

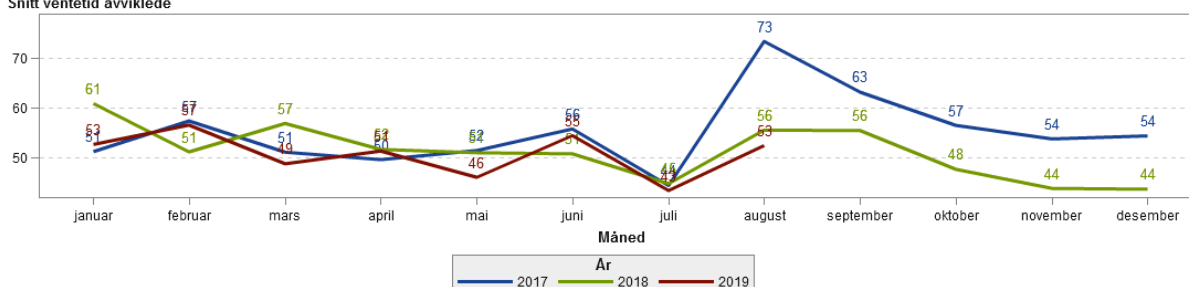
1. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021

(Se mål 2.1.1.a fra ledelsens gjennomgang mars 2019 samt virksomhetsrapportene)

Snitt ventetid alle
Snitt ventetid avviklede



Snitt ventetid alle
Snitt ventetid avviklede



Gjennomsnittlig ventetid for Helgelandssykehuset i august er 53 dager. Dette er under målkravet på 60 dager, samt under gjennomsnittlig ventetid på landsbasis som utgjør 68 dager. Ventetiden vår for august er noe lavere enn for samme tid i fjor, men noe høyere enn forrige måned.

Hittil i år er gjennomsnittlig ventetid 51 dager.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021 | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- God måloppnåelse allerede. Har fortsatt driftsmøter, og har utvidet dette møtet for å få bedre koordinering med arbeidsplanlegging for legene på.

MSJ:

- Innen 2021 vil vi trolig ha kontroll innenfor de få områdene vi ligger høyt i dag

SSJ:

- Opprettet timekontor, gode retningslinjer for årsplanene for legene, tett samarbeid mellom inntak og behandlere

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Det er ønskelig å få på plass en gjennomgang av vurderingspraksis ift nasjonal prioriteringsveileder innen alle fagområder. *(på tvers av enhetene, bør gjennomføres i regi av medisinsk direktør)*
- Vi må redusere omfanget av kontroller og nærmere avklare hvilke pasienter som skal til kontroll *(på tvers av enhetene, i regi av medisinsk direktør)*
- Rydding/vasking av ventelister

MSJ:

- Kontinuerlig oppfølging av ventelister videreføres.
- Rekruttering

SSJ:

- Neste tiltak er samlokalisering av medisinsk og kirurgisk inntak for å gi det stødigere med tanke på fravær av merkantil personell

- 2. Median tid til tjenestestart.** Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.

[Link: Tid til tjenestestart øker](#)

Mål: Redusert i regionen sammenliknet med 2018.

Somatikk, tall fra Helsedirektoratet **2018: 35, 1. tertial 2019: 36**

Psyk. helse barn og unge, tall fra Helsedirektoratet **2018: 41, 1. tertial 2019: 43.5**

Psyk. helse voksne, tall fra Helsedirektoratet **2018: 35, 1. tertial 2019: 35**

Psyk. helse TSB, tall fra Helsedirektoratet **2018: 25, 1. tertial 2019: 18**

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Median tid til tjenestestart. | | X | |

Begrunnelse for risiko valg:

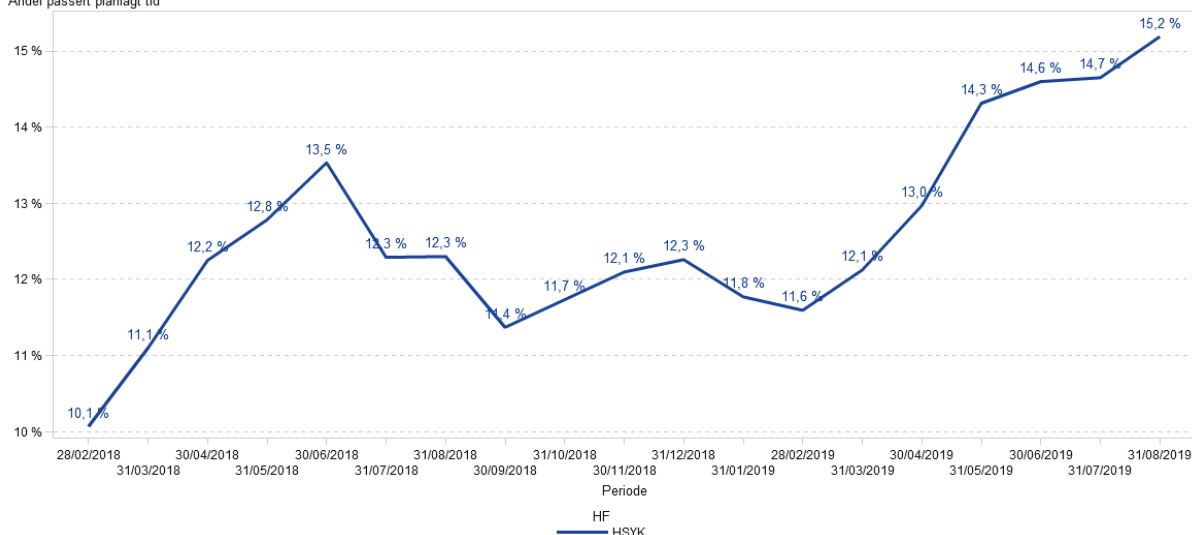
Utfordringer innen PHBU, noe variasjon mellom DPS-ene. Utfordringer med kapasitet ved familieavdelingen.

Tiltak som iverksettes:

- Gjennomgang av rutienr og behandlingsforløp
- Vurdering av mulighet for økning av kapasitet ved familieavdelingen
- Ansettelse i vakante stillinger

- 3. Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter.** Må måles med samme uttrekksdato som året før. Mål: Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Andel passert planlagt tid



| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. | | X | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- 1400 – 1700 pasienter har i 2019 ikke fått time innen «frist».
- Andel kontrollpasienter som ikke har fått time er økende. Det svinger mellom hvilke fagområder som har utfordringer. Likevel er det svært problematisk med kapasitet til colonscopi. Samtidig har fagområdene hjerte og lunge, flere hundre pasienter etterslep, og har hatt det over tid. Revma har fra i vår redusert sitt etterslep betydelig.
- Svært utfordrende å sortere / prioritere alvorlig syke pasienter på DIPS venteliste. Det er ikke gode HF rutiner på hvordan pasientene skal merkes i f h t alvorlighetsgrad

MSJ:

- Vi ligger høyt på øye og nevrologi

SSJ:

- Gode rutiner

Tiltak som iverksettes:

HF :

- Bruk av erfaringer fra Helse Finnmarks kvalitetsforbedringsprosjekt ved BUP («Sluttrapport passert planlagt tid – BUP Finnmarkssykehuset»)

MIR:

- Rydding/vasking av ventelister
- Det må etableres en HF-rutine for hvordan pasienter skal sorteres på venteliste
- Samme tiltak som under pkt. 1 & 2. Felles rutiner for prioriteringer på tvers av foretaket.

MSJ:

- Ventelister er gjennomgått og ryddet, kontinuerlig fokus på dette
- Skaffe vikar og rekruttere flere faste leger

4. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål: Minst 70 %. Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.

(Se mål 2.1.1.c fra ledelsens gjennomgang mars 2019)

Tall fra Helsedirektoratet **akkumulert pr. 2. tertial 2019: 61%**

- Tykk og endetarm 71 %
- Lunge 68 %
- Prostata 42 %

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Kapasitetsutfordring innen colonscopi og bronchoscopi.
- MED område har ansvar for planlegging av all scopiutredning og her er vi i større grad avhengig av bistand KIR LEGER. Har avtale med MSJ og SSJ om bistand.
- Avhengighet til NLSH / UNN til ulike prosedyrer, eks PET scan og EBUS og patologisvar.

MSJ:

- De fleste pasientene kommer innen maksimal anbefalt forløpstid.

SSJ:

- Ventetid på eks PET, generelt når pasientene blir henvist ut av foretaket

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Lære opp flere ressurser lokalt til scopi prosedyrer (oktober)
- KIR leger bør prioriteres mer til scopi. Nytt planleggingsmøte settes opp ila okt.

MSJ:

- Gjennomføre MR prostata i Mosjøen når ny radiolog er på plass

SSJ:

- Registrer avvik.
- Forløpskoordinator følger opp.

HF:

- Kontakte andre sykehus enn NLSH og UNN pga. lang ventetid

5. **Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Mål: Minst 60 %.**

Tall fra Dips HSYK målt fra 27.09.18 – 27.09.19 ligger HF på **48%**

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Etablert rutiner som skal sikre hurtig gjennomføring av pasient mottak.
- Etablert LIS 2 i aktiv vakt (istf LIS 1 som første pasient kontakt, sept. 2019)
- Avhengig av at pasienter tar kontakt i tide. Tidligere har gjennomsnittstid fra pasient får symptomer til det tas kontakt med helsevesen vært opptil 14 timer!

MSJ:

- Feil tall for Mosjøen. Riktig tall 50%. Tar tid før røntgen/lab.diagnostikk og vurdering indikasjon til trombolys er gitt

SSJ:

- Når pasienter får hjerneinfarkt inhospitalt begynner «trombolysetid» å gå allerede fra symptomdebut, eller tiden vi erkjenner hjerneslaget. Når pasienter kommer utenfra, regnes tiden fra de er kommet inn «døra» på CT lab.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Har nettopp iverksatt LIS 2 i aktiv vakt (Kompetanse i front)
- Opprettholde kvalitetsregistermøtet for hjerneslag

MSJ:

- Økt fokus på raskere diagnostikk og påfølgende trombolys ved indikasjon.
- Teamtrening.

SSJ:

- Vi jobber med å forbedre prosedyren vår, men alt i alt en stor endring mot den første tilbakemeldingen som ble gitt på 2. tertial.
- Tertialvis kvalitetssikring av tallene.

6. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet. (Se virksomhetsrapport aug 2019)
(Se mål 2.2.6 fra ledelsens gjennomgang mars 2019 og virksomhetsrapportene)

| Pr. august | Somatikk | PHV | PHBU | TSB |
|--|----------|--------|--------|-------|
| Ventetid* | 53 | 45 | 78 | 52 |
| Funksjonsregnskapet** | 4,7% | 7,5% | 9,6% | 7,1% |
| Aktivitet poliklinikk*** | -3,3% | -2,4 % | 14,6 % | 1,3 % |
| * Aggregert ventetid | | | | |
| ** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon, sammenlignet med i fjor | | | | |
| *** Sammenlignet med i fjor | | | | |

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Noe skyldes reduksjon i somatikk
- Pakkeforløp innført i 2019
- Flere tilsetninger (psykiatere og kodekontrollere)

MSJ:

- Innenfor poliklinikk barn og unge er vekst høyere, når det gjelder psykisk helse voksen er vekst lavere.

SSJ:

- Aggregert ventetid er urovekkende for PHBU, her vil nok de ulike klinikkene i foretaket variere noe. For YH er risiko beskrevet og forklart under punkt 2.
- Aktivitet poliklinikk sammenlignet med 2018 viser en økning på over 14 % for PHBU. Dette er nok en gjenspeiling av økt mengde henvisninger, og god aktivitet hos de ansatte.
- PHV ligger under, dette kan forklares med vakante stillinger, men også tidvis vansker med å holde målkravet om 3 konsultasjoner pr dag ved vop. TSB ok

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Ny psykiater ila høsten
- Ny enhetsdirektør pr desember
- Ny struktur i psykiatri

MSJ:

- Bedre kapasitet bl.a ved ansettelse i ledige stillinger

SSJ:

- Ventetid PHBU se punkt 2.
- Holde fokus på aktivitet PHV.

-
- 7.** Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge. Mål: minst 80%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)
 - 8.** Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge. Mål: minst 80%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)
 - 9.** Forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne. Mål: minst 80%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)
 - 10.** Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern voksne. Mål: minst 80%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)
 - 11.** Forløpstid for evaluering av TSB i poliklinikk. Mål: minst 80%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)
 - 12.** Forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt TSB i døgnenhet. Mål: minst 60%.
(Helgelandssykehuset er innenfor kravet om minst 60%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.)

13. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne.

Mål: Minst **50%**.

Tall fra Helsedirektoratet 1. tertial 2019: **34.7%**

Tall fra Dips 1. tertial 2019: **MIR 27.7%, MSJ 25.1%, SSJ 38.9%**

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. | | | x |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Ofte lange forløp på over et halvt år. Tidkrevende å oppsummere.

MSJ:

- Lav måloppnåelse

SSJ:

- Vi har gode tall så langt i år, mulig å nå målet innen utgangen av 2019.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- De ansatte kan ikke vente med å skrive epikrisen til behandlingen er avsluttet. Det må gjøres suksessivt i forløpet (Dette igjen fører til at vi får åpne dokumenter)

MSJ:

- Gjennomgang av rutiner og praksis for å få bedre måloppnåelse

SSJ:

- Intensivere arbeidet med å implementere kravet i de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Målet er underkommunisert.

14. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Mål: Minst **50%**.

Tall fra Helsedirektoratet 1. tertial 2019: **30.9%**

Tall fra Dips 1. tertial 2019: **MIR 34.7%, MSJ 20%, SSJ 57.1% - HF 34.9%**

Tall fra Dips 2. tertial 2019: **MIR 44.1%, MSJ 61.5%, SSJ 20.0% - HF 43.9%**

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. | | | x |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Ofte lange forløp på over et halvt år. Tidkrevende å oppsummere.
- Tverrfaglige løp; flere må inn å skrive i samme epikrise

MSJ:

- Lav måloppnåelse

SSJ:

- SSJ ligger godt i overkant av krav, hele 7 % over i 1. tertial.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Vurdere hvorvidt man kan gjøre bruk av merkantil ressurs i dette arbeidet

MSJ:

- Gjennomgang av rutiner og praksis samt opplæring for å få bedre måloppnåelse.

SSJ:

-

15. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017. Mål: Redusert i 2019 sammenliknet med 2017.

[Vi har omdefinert teamene våre og har derfor ikke sammenlikningsgrunnlag før dette året er omme](#). Tom 2017 var det ett team på hver enhet, fra 2018 ble det oppretta 2 gjennomgående ett kirurgisk og ett medisinsk.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017. | | | |

Begrunnelse for risiko valg:

- Mål kan ikke vurderes før januar 2020.

16. Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.

Se link: [ForBedring 2019: Rapporter til ledere](#)

Mål: Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst. | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

Fra HR: Dette spørsmålet har det regionale nettverket på ForBedring i Helse Nord lagt liten vekt på i sitt arbeid. Vi mener det er vanskelig å måle et «modent sikkerhetsklima» ut fra scoren på disse spørsmålene, og å bruke dette videre med stor grad av sikkerhet.

Et modent sikkerhetsklima utgjøres av temaene; Teamarbeidsklima og Sikkerhetsklima.

- På temaet Teamarbeidsklima har 81,4% av de som har svart en gjennomsnittlig score på over 75 (av 100)
- På temaet Sikkerhetsklima har 76,5% av de som ar svart en gjennomsnittlig score på over 75 (av 100)

Så vi når dette målet om «modent sikkerhetsklima» med god margin.

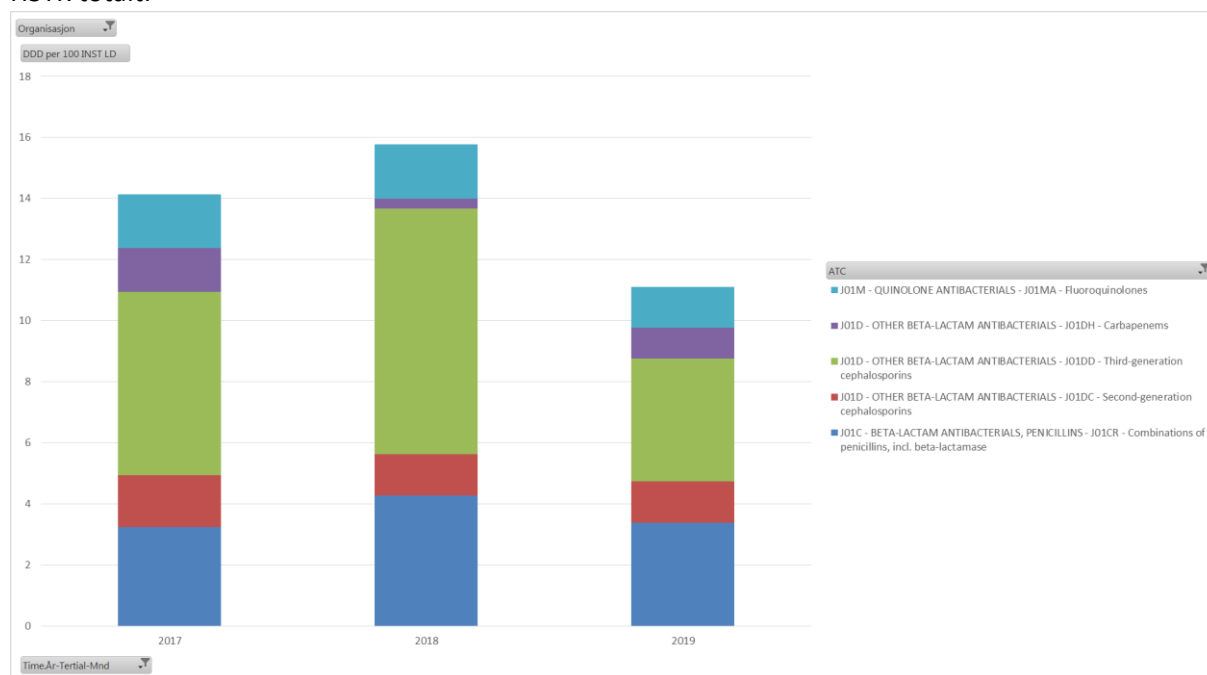
Tiltak som iverksettes:

17. Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012.

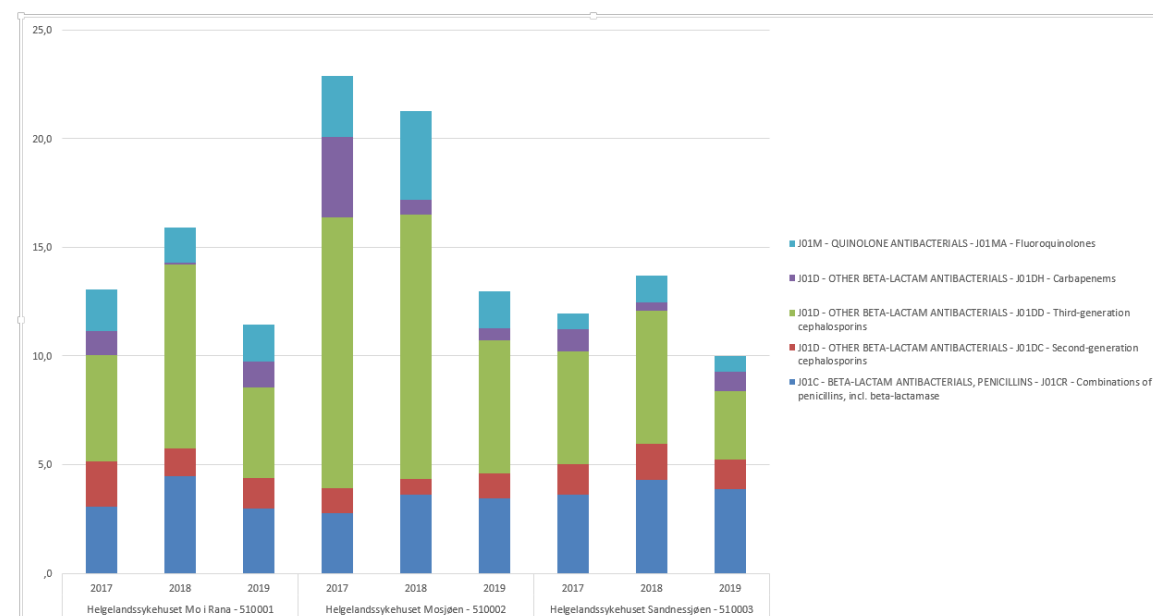
Mål: 30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.

(Tabellene er med antall DDD/100 LD)

HSYK totalt:



Pr. enhet:



Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås:

Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. | | X | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- MED MIR hatt flere ny-ansettelser av leger i 2019.
- MED sengepost HAR innført «revurdering av antibiotika» i TAVLEMØTET
- Innleie og vikarer har ikke optimal kompetanse/kjennskap

MSJ:

- Vanskelig å si noe om dette da vi ikke har tall fra 2012

SSJ:

- På vei i riktig retning

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- 2018 resultat presentert i legekollegiet. Iverksatt flere undervisninger.
- Gjennomgang av legemiddel rapporter fra farmasøyt
- Gjennomgang av 2019 resultat i legeavdeling
- E-lærings kurs for alle nyansatte leger
- Følges månedlig opp på kvalitetsrådsmøtene

MSJ:

- Kontinuerlig fokus på mest mulig smalspektret antibiotikabruk, følge gjeldende nasjonale retningslinjer

SSJ:

- Tiltak som er beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet 2019-2020 ([MS0896 i DocMAp](#)) må implementeres.
- For å sikre at tiltak besluttet i ASP etterspørres, gjennomføres og mål nås, må lederlinjen ta en mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken i foretaket.

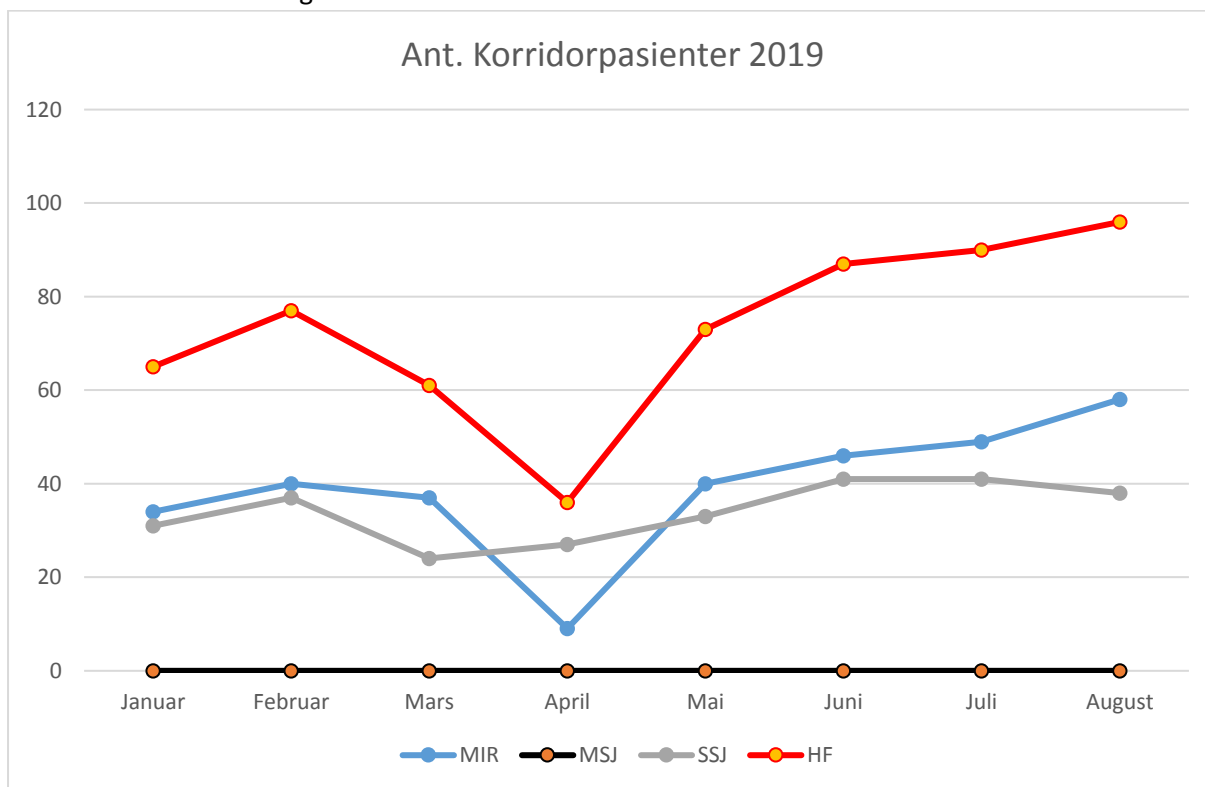
HF:

- Tiltak å gjennomføre et seminar i mars 2020 med om: smitte og bredspektrede antibiotika bruk for HSYK og kommunene.

18. Andel korridorpasienter på sykehus.

Mål: 0%.

Kommentar fra SSJ er at ledig kapasitet benyttes utover de sengeplassene som er til rådighet, dette betyr at pas. får et rom før avdelingen er nødt til å ta i bruk korridor. De mener tallene ikke stemmer helt med virkeligheten og lurer på registreringspraksis i Dips her. Rapport i Dips teller opp antall pasienter som ligger i «korridorseng» kl. 07.00. Avdelingen har ansvar for å definere hva som er «korridorseng».



| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel korridorpasienter på sykehus. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- MED og KIR sengepost har hatt et «kronisk» overbelegg i 2019
- Høy andel utklare pasienter til kommunene. (Med: tilsvare ca. 2,7 senger pr juni 2019)

MSJ:

- Har ingen benytter andre ledige senger.

SSJ:

- En kommentar til antall korridorpasienter er at det dessverre er noe ulik praksis mellom avdelingene. Medisinsk sengepost bruker først og fremst ledig kapasitet på tidligere 4-manns stuer og kontorer (som ikke er definert som korridor plass), mens fødeavdeling ikke har samme kapasitet og bruker korridorseng som plassering av pasient. Det har også noe med hvordan avdelingene oppfatter denne registreringen. Noen avdelinger har bevisst registrert alt overbelegg som korridor pasienter for ikke å «kamouflere» overbelegget/ mangel på kapasitet.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Jevnlige samarbeidsmøter med Rana kommune, der problemstillingen er tatt opp.

- Samhandlingsprosjekt med Rana kommune: «pasientsentrert helsetjeneste team» er under utredning og etablering. Dette for å unngå innleggelser og reinnleggelser
- Planlegger «observasjonspost» for hurtig avklaring av pasienter, samt unngå heldøgnsinnleggelser hvis mulig.
- Kommunen planlegger å etablere innsatsteam
- Kommunen planlegger å iverksette ordning der de vil være tilstede på sykehuset for å avklare egne pasienter

MSJ:

- Ingen

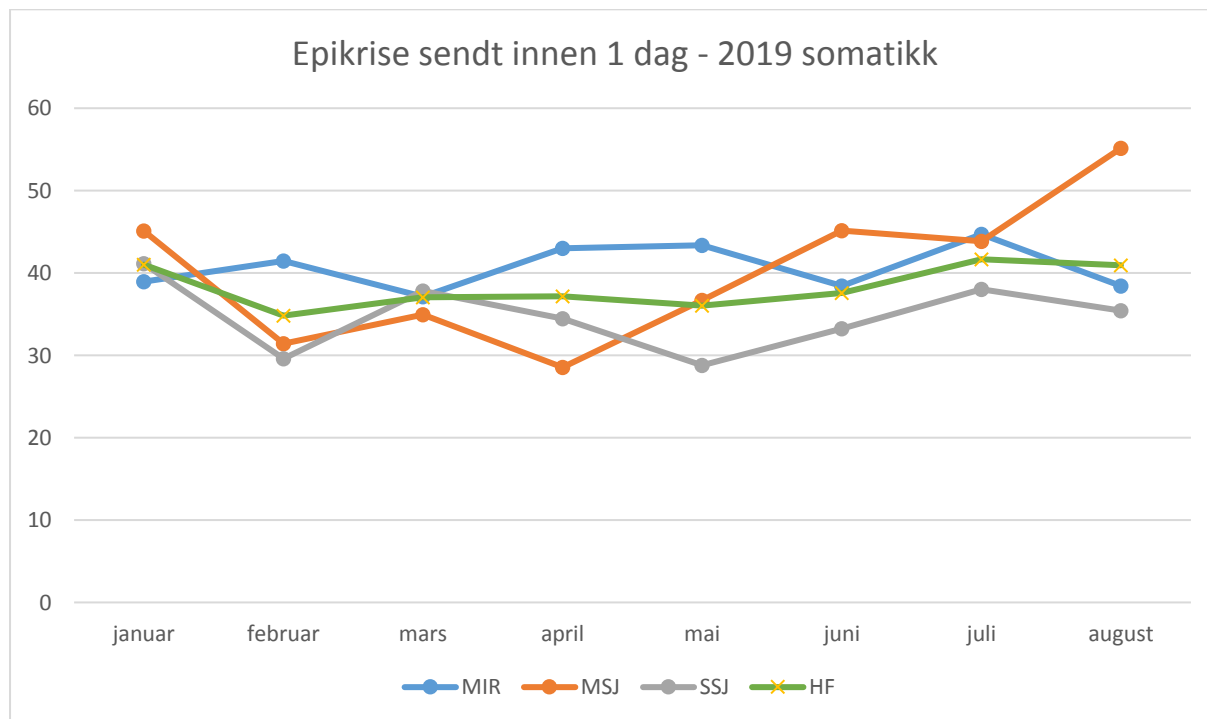
SSJ:

- Overbeleggsprosedyre, bruke ledig kapasitet ved sykehusenheten og ev. andre sykehusenheter i HSYK
- Samhandlingskoordinator, behjelpelig med sørge for at nødvendig kommunikasjon med kommunene gjøres (i samtid). Samhandlingskoordinator gjelder hele enheten Sandnessjøen og er nylig kommet på plass.
- Rutiner for å ha overlege på sengepost daglig, sørge for at nødvendige avgjørelser kan tas fortløpende og ikke forsinke pasientforløp
- Hotellavtale, pasienter som av geografiske/ transport årsaker ikke kommer seg hjem kan overnatte på hotell. Unngår en del av de korte innleggelsene.

19. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. Mål: Minst 70 %.

Tall fra Helsedirektoratet for HSYK 1. terial 2019 er 58,7%.

Våre tall er noe lavere fordi når kodekontrollere går inn å verifiserer epikrisene, må de redigere og da settes ny ferdig dato, og antall epikriser sendt innen 1 dag vil da reduseres.



| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Vi har ikke tilstrekkelig oversikt over reelle tall

MSJ:

- Sannsynlig at vi kommer på 70 % innen 2021

SSJ:

- Alle pasienter får med seg skriftlig pasientinformasjon enten i form av epikrise/pasientorientering ved utskrivelse eller en ferdigstilt epikrise. Epikrisen er dermed ikke alltid formelt endelig godkjent
- Vanskelig å oppnå målsetning som følge epikrisen må være endelig godkjent, og ikke alle leger har funksjon Endelig godkjenner. I tillegg må epikrisen kontraseres fra skrivestuen. Vanskelig å være ferdig med alt papirarbeid før kontortid er ferdig i og med at legene gjør skrivearbeidet selv.
- Kritiske pasienter blir prioritert.
- (Liten kunnskap om kvalitetsmål på 1 dag, forholdt oss til 7 dager)

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Bistand fra EPJ for å kunne måle riktig

MSJ:

- Kontinuerlig fokus på at epikrise sendes innen 1 dag

SSJ:

- Informasjon om målepunkt 1 dag i legegruppen.

20. Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt. Mål: Økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.

2017: 4

2019: 7

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt. Mål: Økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017. | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

- En økning på 75%
- Vi har midler igjen for 2019, så det kan bli flere.

Tiltak som iverksettes:

- Ingen.

21. Antall behandlingsbeskrivelser publisert på HF-enes nettsider. Mål: > 150

(Se mål 2.1.2.2 fra ledelsens gjennomgang mars 2019):

HSYK har publisert 214 stk. pr. 31.12.2018. Krav: 200

Status pr. 20.09.2019: 93 stk.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Antall behandlingsbeskrivelser publisert på HF-enes nettsider. | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

Senter for kommunikasjon:

- Har kontroll

MIR:

- Ikke planmessig oppfølging. Ofte må spesialist uttale seg. Har ikke vært stort fokus på dette. Ressurskrevende og vanskelig å prioritere i en ellers hektisk klinikk

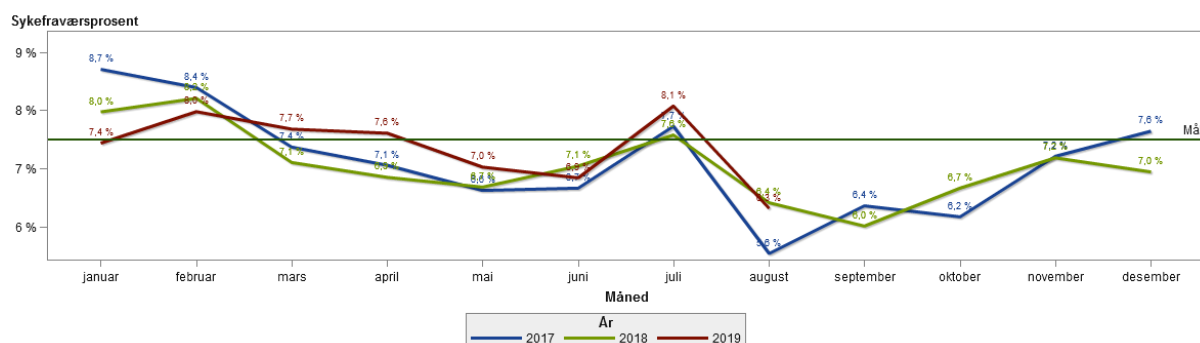
Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Forslag: Planlegge «Workshop» med Web redaktør innen hvert fagområde – i god tid og helst etter avsluttet 2019

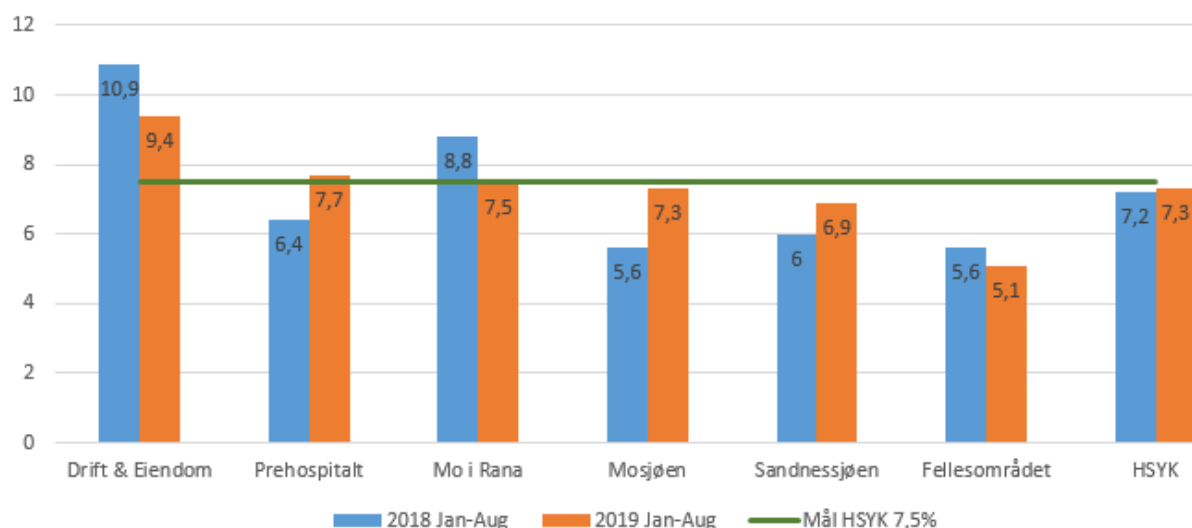
22. Sykefravær samlet innen 2021. Mål: < 7,5%

(Se mål 2.1.3 fra ledelsens gjennomgang mars 2019 og virksomhetsrapportene)



| SYKEFRAVÆR (sammenlignet med samme periode året før) | | | |
|--|------------|------------|------------|
| Enhet | 2018 | 2019 | Endring |
| | Jan-Aug | Jan-Aug | |
| Drift & Eiendom | 10,9 | 9,4 | -1,5 |
| Prehospitalt | 6,4 | 7,7 | 1,3 |
| Mo i Rana | 8,8 | 7,5 | -1,3 |
| Mosjøen | 5,6 | 7,3 | 1,7 |
| Sandnessjøen | 6 | 6,9 | 0,9 |
| Fellesområdet | 5,6 | 5,1 | -0,5 |
| HSYK | 7,2 | 7,3 | 0,1 |

SYKEFRAVÆR gj.snitt hittil i år



| | | | |
|---|-----|---------|-----|
| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
| Sykefravær samlet innen 2021. Mål: < 7,5% | X | | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Sykefraværet er pr august 5,7 %.
- Fortsatt noen avdelinger med sykefravær > 10%

MSJ:

- Mosjøen har i lang tid hatt fokus på sykefravær og ligget under målkravet

SSJ:

- Nedgang pr august (5,1 %)
- Kontinuerlig fokus

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Avdelingsvise oppfølgingstiltak
- Følges på områdesjefsnivå/ledermøter

MSJ:

- Kontinuerlig fokus og tett oppfølging ifht sykefravær

SSJ:

- Arbeidsmiljøprosjekt pågår i en avdeling.

23. Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.

Mål: øke med 1 prosentpoeng.

HR har tatt en manuell gjennomgang og i utgangspunktet var det 33 ufrivillig deltidsansatte. De har etter gjennomgangen luket bort og funnet ut at det reelle tallet er 17. Sammenlignet med i fjor - som var 23 ufrivillige deltidsansatte så er det altså en reduksjon på 17%.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

- Andelen var 23%, nå er den 17%.

MIR:

- Uforutsett økning i arbeidsmengde på enkelte områder medfører i noen grad økt bruk av engasjement/prosjekt stilling pga krav om ikke økt årsverk.
- Det er flere som ikke ønsker 100 % stillinger

SSJ:

- Fokus på rekruttering

MIR:

- Vurderer å kunne øke for ansatte i akuttmottaket (fra 75 – 100) i forbindelse med etablering av observasjonspost.

SSJ:

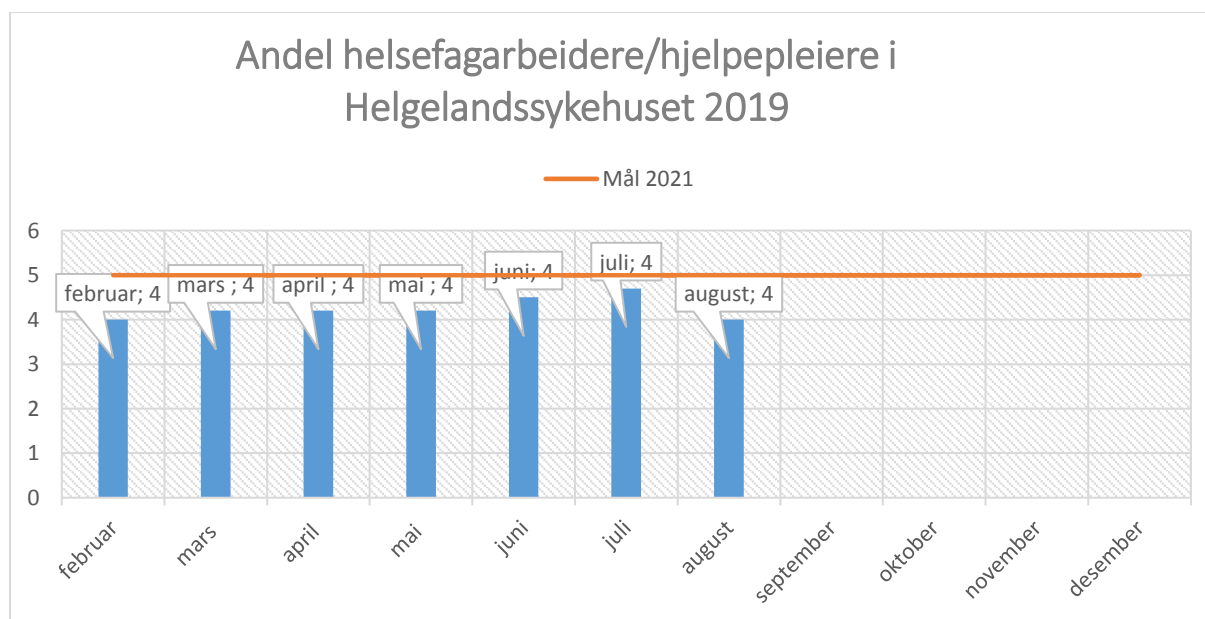
- Innføring årsplan

HF:

- Heltidsbank for ledere

24. Andel heltidsstillinger for helsefagarbeidere innen 2021. Mål: > 5%

(se også virksomhetsrapportene)



Andelen helsefagarbeider ligger stabilt på vel 4 % av arbeidstokken.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Andel heltidsstillinger for helsefagarbeidere innen 2021. Mål: > 5% | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Systematisk kartlegging av arbeidsoppgaver og kompetanse behov/opplæringsbehov som kan utføres av helsefagarbeidere er ikke gjennomført

MSJ:

- Vanskelig å erstatte sykepleier med helsefagarbeider

SSJ:

- Arbeides med oppgaveglidning
- Stillinger i poliklinikk (eget prosjekt)

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Ansette flere helsefagarbeidere i avdelingene
- Kartlegge og systematisere arbeidsoppgaver
- Opprette interne opplæringer, kurs, sertifiseringer
- Renholdere på operasjon er ønskelig å få tilsatt

MSJ:

- Stimulerer til helsefagarbeiderutdanning/rekruttering og videre kompetanseheving
- Må følge friske midler til dette

SSJ:

- Jobbes videre med egne prosjekt knyttet opp mot helsefagarbeidere.

25. Innfri de økonomiske mål i perioden, resultatkrav fra Helse Nord. Mål: 20 mill.*(Se mål 2.1.4 fra ledelsens gjennomgang mars 2019 og virksomhetsrapportene)*

Prognosen opprettholdes med et overskudd på 20,0 mill.kr som er likt resultatkravet.

Usikkerhetsmomenter som kan påvirke prognosen er kostnader knyttet til samfunnsanalysen for Helgelandssykehuset 2025, og forsinkelsene i lønnsoppgjøret.

Resultatutvikling:

| RESULTAT | 2018 | Jan | Feb | Mars | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Hittil i år | Hittil i fjor | Endring |
|------------------|---------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| Mo i Rana | 2 848 | 351 | 139 | 659 | -1 717 | 2 700 | 401 | -1 376 | -613 | 546 | 127 | 419 |
| Mosjøen | -6 499 | 788 | -733 | 1 718 | -630 | -1 761 | 968 | -553 | -247 | -449 | -2 502 | 2 053 |
| Sandnessjøen | -7 728 | -324 | -1 563 | -564 | -2 281 | 1 018 | -2 362 | -547 | 150 | -6 473 | -3 945 | -2 529 |
| Prehospital | -6 978 | -951 | -2 576 | 946 | -1 806 | -272 | -1 898 | -945 | -1 274 | -8 776 | -5 076 | -3 700 |
| Felles | 50 572 | 2 101 | 4 633 | -158 | 4 170 | 265 | 5 305 | 3 593 | 4 955 | 24 864 | 21 187 | 3 677 |
| Drift og eiendom | -468 | -382 | 526 | 954 | 444 | -257 | -32 | 1 511 | -321 | 2 444 | 525 | 1 919 |
| HSYK | 31 747 | 1 582 | 427 | 3 556 | -1 819 | 1 693 | 2 383 | 1 685 | 2 650 | 12 156 | 10 316 | 1 840 |

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Innfri de økonomiske mål i perioden, resultatkrav fra Helse Nord. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Har i dag et overskudd på kr 500.000
- Får oppgjør for kostbare medisiner i okt på 1,2 mill
- Redusert omfang av utskrivningsklare pasienter
- Redusert sykefravær
- Kompetansen i front innført
- Flere prosjekter under utredning
- Redusert aktivitet under DIPS-Arena innføring
- Noen avdelinger med stort overforbruk

SSJ:

- Innføring av årsplan,
- Rekruttering til vakante stillinger
- Fokus på kostnader

HF:

- Kostnad samfunnsanalyse
- Resultatutvikling – SSJ og Prehosp
- Lønnsoppgjøret (ikke klart før i november)
- Nedtak av aktivitet iforb. med innføring Dips Arena
- Positiv – Prognose kostbare legemidler lavere enn budsjett

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Fortsatt følge nøye opp avdelinger som har overforbruk
- Vurdere å iverksette ekstraordinære tiltak hvis dette viser seg nødvendig (reisestopp, ansettelsesstopp)

HF:

- Kostnadskontroll spesielt – SSJ og Prehosp, bremse negativ resultat utvikling
- Muligheter for økt aktivitet i forkant av Dips Arena innføringen ?
- Sørge for styrt avvikling av ferie og avspasering ved nedtak av aktivitet - Dips Arena

26. Invest. gj.f. i hht vedt.ramme (tid, kostn. og innhold)

(Se mål 2.2.4 fra ledelsens gjennomgang mars 2019 og virksomhetsrapportene)

| Gjennomførte investeringer | Overført ramme | Investeringsramme i år | Investeringsramme SUM | Investert hittil i år |
|---|----------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Investering HF - til disponering | 28 842 | 45 350 | 74 192 | 0 |
| Investering MTU | 91 661 | 0 | 91 661 | 26 409 |
| Investering Ambulanse | | 4 650 | 4 650 | 742 |
| Investering Felles/KLP kapital innskudd | | 5 500 | 5 500 | 5 898 |
| Investering Bygg | 83 926 | 22 000 | 105 926 | 35 958 |
| SUM | 204 429 | 77 500 | 281 929 | 69 006 |

Hittil i år er det foretatt investeringer på 69,0 mill.kr. Overført ramme fra tidligere år er på 204 mill.kr. der det aller meste er disponert og er i arbeid.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Invest. gj.f. i hht vedt.ramme (tid, kostn. og innhold) | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

- Drift og eiendomsdirektør sier de har kontroll.

MIR:

- Det opereres med for korte frister, til at leger og fagpersonell skal kunne planlegge inn denne deltakelsen
- I en del tilfeller oppleves at fellesinnkjøpt utstyr passer vårt behov og bruk, så dermed kan det i noen tilfeller være påkrevd å være deltakende i prosessene
- Implementering oppleves å være greie
- Utfordrende å følge «forløpet» i en innkjøpsprosess. Dette da det har tatt lang tid fra behovet er meldt til utstyret er på plass. Ansatte glemmer derfor hva og når de har bestilt ulikt utstyr.

MSJ:

- 2019 er ikke vedtatt

SSJ:

- Etterslep på MTU

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Å tilrettelegge med nødvendig omfang av fagressurser i innkjøpsprosesser er fortsatt krevende
- Bør være bedre koordinert mellom enhetene, slik at ikke alle tre enheter er representert i en og samme anskaffelsesprosess
- Hadde vært ønskelig med en status pr enhet tilgjengelig i VA

27. Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være lavere enn 25.

0 stk. til nå i 2019.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være lavere enn 25. | x | | |

Begrunnelse for risiko valg:

SSJ:

- Pga etterslep på MTU blir det en del hasteinnkjøp.

Tiltak som iverksettes:

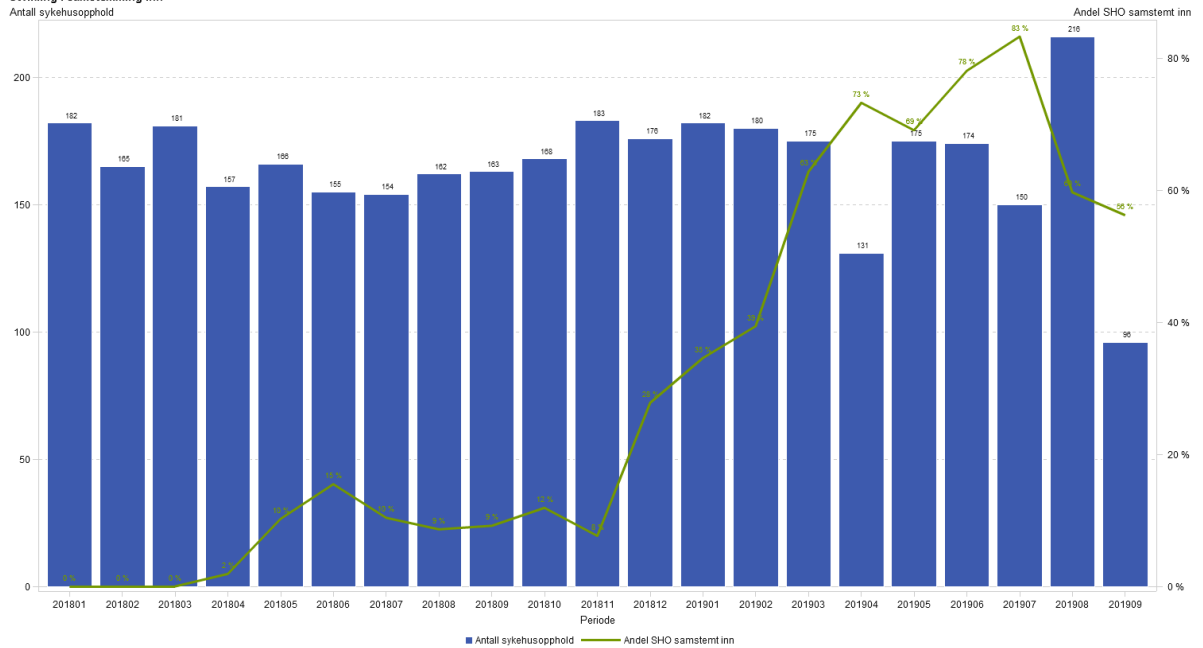
- Ingen

28. Andel legemiddellister samstemte ved innleggelse. Mål: > 90%

(Se også virksomhetsrapportene)

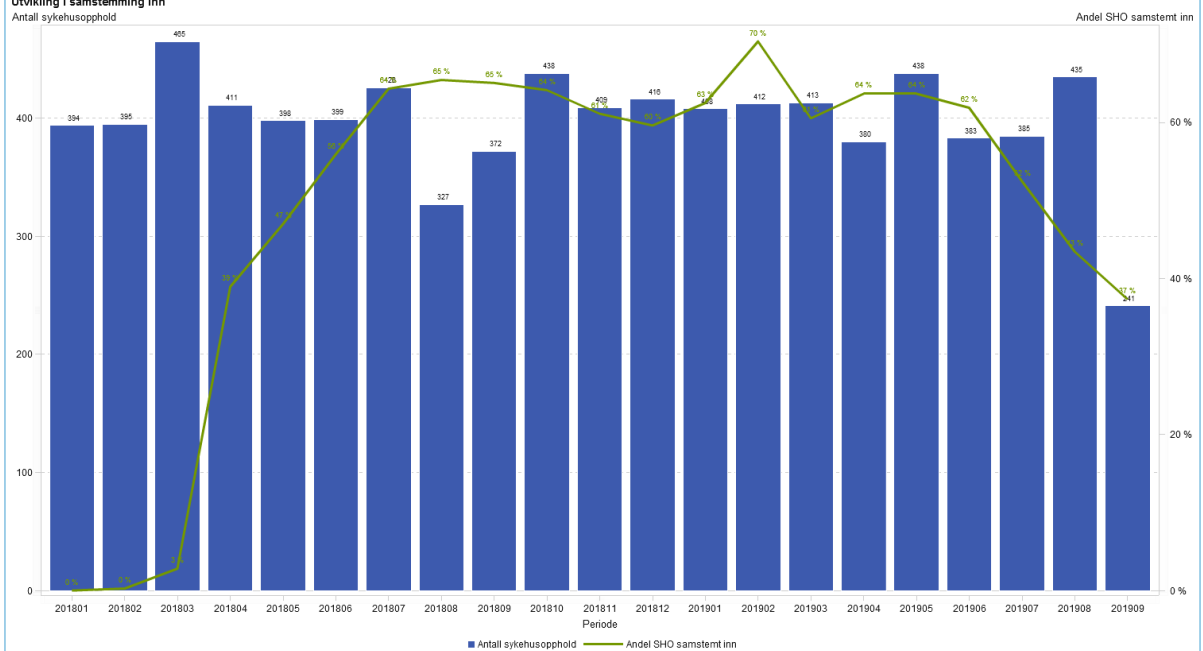
Mosjøen:

Utvikling i samstemming inn
Antall sykehusopphold

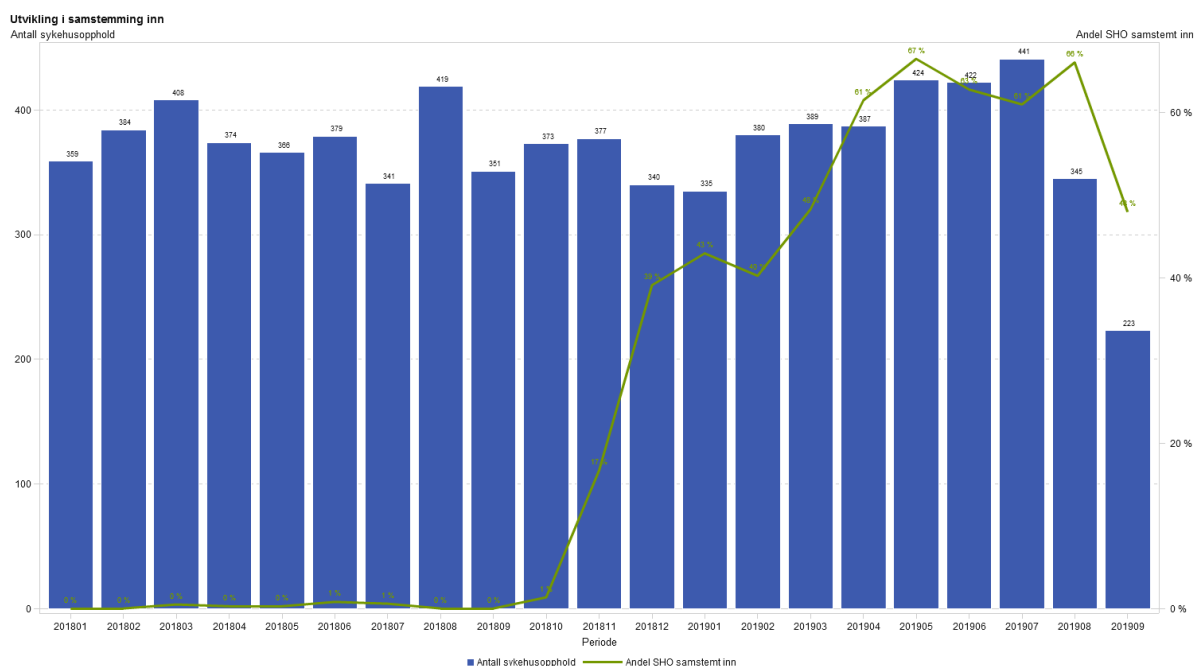


Mo i Rana:

Utvikling i samstemming inn
Antall sykehusopphold



Sandnessjøen:



Naturlig nok et fall i sommer pga vikarer. Vet også at noen avd henger etter med registrering av tjenestekode. Registreres av postsekretær ved utskrivelse.

Droppen på MiR skyldes sykemelding blant postsekretærer og mangelfull opplæring. De har derfor ikke registrert tjenestekode.

Ved utgangen av august er andel legemiddellister noe redusert og samstemte ved innleggelse er på 53%.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Andel legemiddellister samstemte ved innleggelse. Mål > 90% | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Sykefravær og manglende opplæring av personell som skal registrere.

MSJ:

- Ikke full måloppnåelse
- Mangler postsekretærer ved HSYK MSJ, samstemming gjøres men blir ikke alltid registrert i DIPS

SSJ:

- Samstemming utføres i større grad enn hva som kommer frem av rapporten, da det er selve kodingen av samstemming i dips er mangelfull. Registrering av kode for samstemming gjøres i dag hovedsakelig av skrivestua. Sannsynligvis underregistrering.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Gjennomgang av rutiner for legene
- Opplæring av postsekretærer.

MSJ:

- Gjennomgang av rutiner for registrering innen psykisk helse og rus. Det er avdekket feilregistrering. Farmasøyt er kontaktet ifht opplæring.
- Farmasøyt tar jevnlig gjennomgang med leger i somatikk

SSJ:

- Legene må kode for samstemming når dette er utført, ikke bare dokumentere på kurve/i dipsnotat. Informasjon og opplæring av legegruppa. Mail sendt ut til avdelingsledere.

29. Antall samhandlingsavvik meldt fra kommune. Antall.

Fra mars til august: 60 stk.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Antall samhandlingsavvik meldt fra kommune. Antall. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Liten reduksjon.
- Til dels manglende informasjon, epikriser etc
- Flere avvik er uenighet, faglig kritikk/tilbakemelding
- De aller fleste avvikene gjennomgås, og besvares.

SSJ:

- 20 avvik meldt til oss fra kommunene.
- Omhandler for det meste: Mangelfull kommunikasjon/informasjon, manglende melding.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Avvik diskuteres i samarbeidsmøter med kommunen
- Planlagte og iverksatte prosjektsamarbeid med kommunene vil kunne bedre dette

SSJ:

- Postsekretær følger opp PLO?

30. Antall samhandlingsavvik meldt fra spes.h.tj. Antall.

Fra mars til august: 10 stk.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Antall samhandlingsavvik meldt fra spes.h.tj. Antall. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

MIR:

- Utklare pasienter er avvik, men meldes ikke i avviks systemet da omfanget er voldsomt.
- Manglende legemiddelopplysninger meldes ikke, da problemstillingen er kjent og ingen tror på noen løsning i nær fremtid.
- Det meldes fortsatt for få avvik til kommunene

SSJ:

- 3 avvik meldt fra oss til kommunen

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Områdesjefer oppfordrer egne til å sende avvik, gjerne via områdesjef for å avklare type avvik
- Prosjektsamarbeid vil forhåpentligvis forbedre dette

SSJ:

- Ønskelig med elektronisk måte å levere avvik ut på. Underrapportering pr i dag?

31. Antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt. Mål: > (måltall ikke satt pr. x dato)

Fom. juni tom august = 49 pasientsamtaler. Dette inkluderer også andre samtaler enn utskrivningssamtale. Vi startet registreringen i juni.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|--|-----|---------|-----|
| Antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt. Måltall ikke satt. | | x | |

Begrunnelse for risiko valg:

SSJ:

- Farmasøytene i Sandessjøen har hatt fokus på pasientsamtaler i 2019. 27 av de 49 samtalene som er registrert (55 %) er utført ved enhet Sandessjøen.

Tiltak som iverksettes:

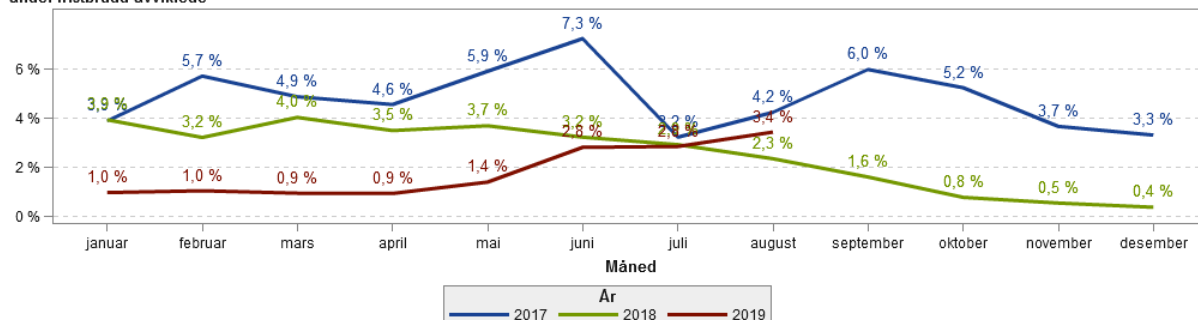
SSJ:

- Forslag til måltall fra SSJ: 15-20 pasientsamtaler pr. måned.

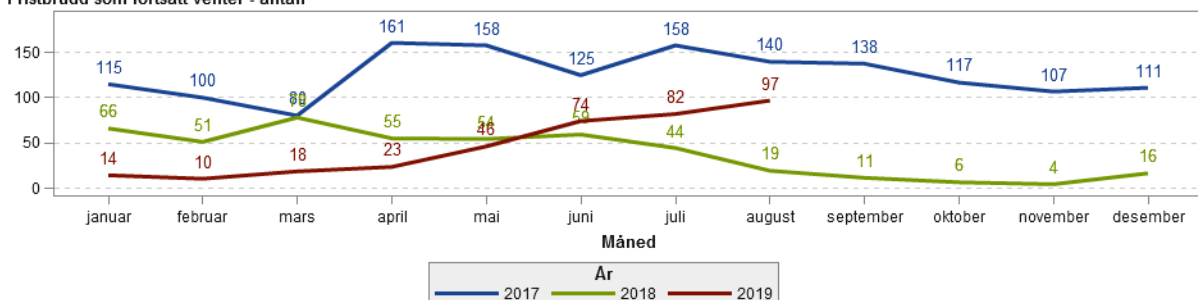
32. Fristbrudd, det skal ikke være fristbrudd.

(Se mål 2.1.1.b fra ledelsens gjennomgang mars 2019, samt virksomhetsrapport)

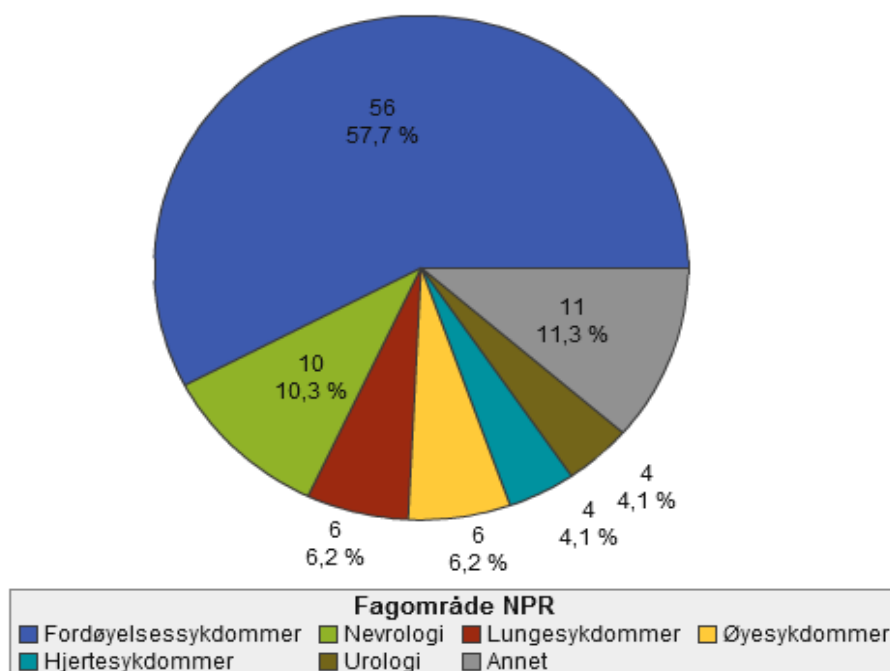
andel fristbrudd avviklede



Fristbrudd som fortsatt venter - antall



Fristbrudd som fortsatt venter - antall



I august har Helgelandssykehuset avviklet 3,4 % fristbrudd, som er en økt andel sammenlignet med forrige måned. Det står 97 fristbrudd på ventelisten for foretaket per utgangen av måneden. I overkant av halvparten av disse fristbruddene er innen fagområdet fordøyelsessykdommer i Mo i Rana. Årsaken er redusert kapasitet da personell ved dagbehandling har måttet prioriteres til å ivareta dialysebehandling.

| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| Fristbrudd, det skal ikke være fristbrudd. | | | X |

Begrunnelse for risiko valg:

- SSJ: Grønn, MIR: Gul, MSJ: Rød

MIR:

- Samtidighets konflikt for sykepleiere i f h t dialyse, spesielt under ferieavvikling.
- Uforutsette sykemeldinger ved oppstart ferie.

MSJ:

- Se kvalitetsrapport pr. august

SSJ:

- Få eller ingen fristbrudd, gode rutiner.

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- Etablert utvidet driftsmøte. Sekretær for legene er med for å koordinere bedre
- Samarbeid med MSJ og SSJ
- Ekstra innleie fordøyelse og hjerte høst 2019
- Avklare ekstra ressurser fra kirurgisk område

MSJ:

- Se kvalitetsrapport pr. august

SSJ:

- Viderefør timekontor

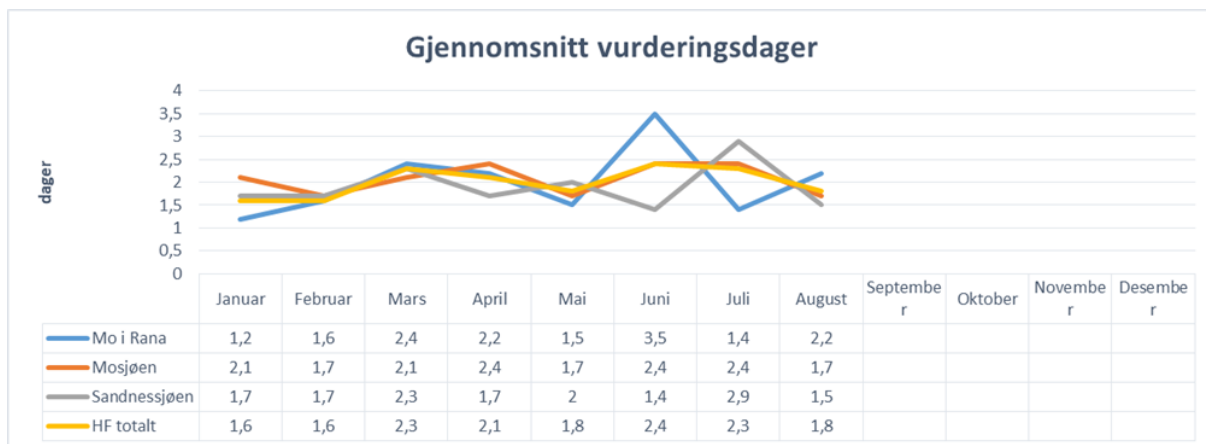
HF:

- Vurdert risiko er pt. høy, men har tiltaksplaner som er iverksatt.

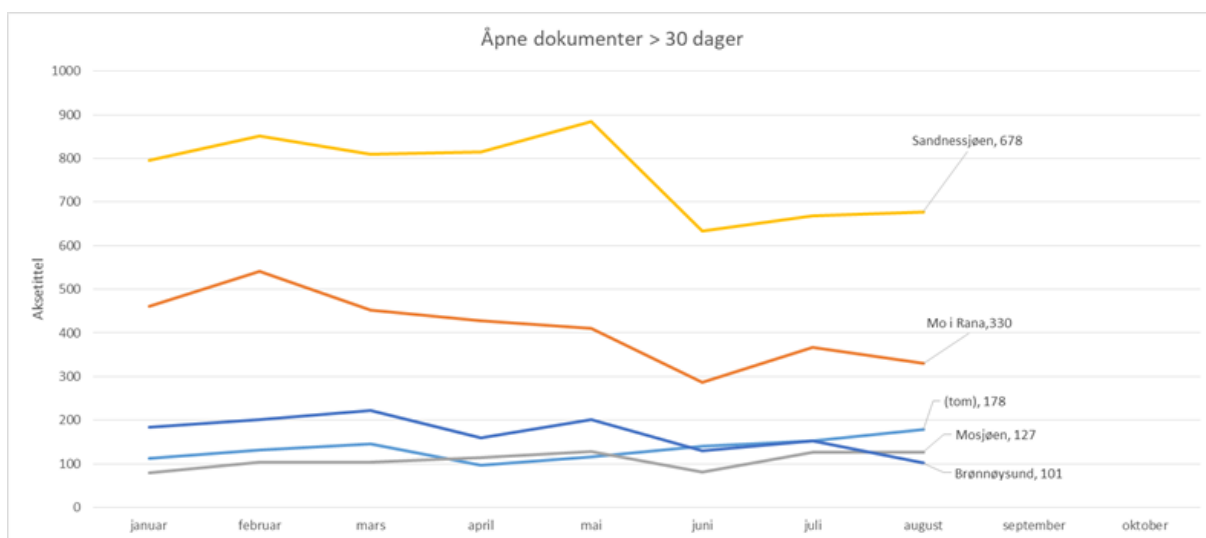
33. EPJ indikatorene

(Se mål 2.2.3 fra ledelsens gjennomgang mars 2019)

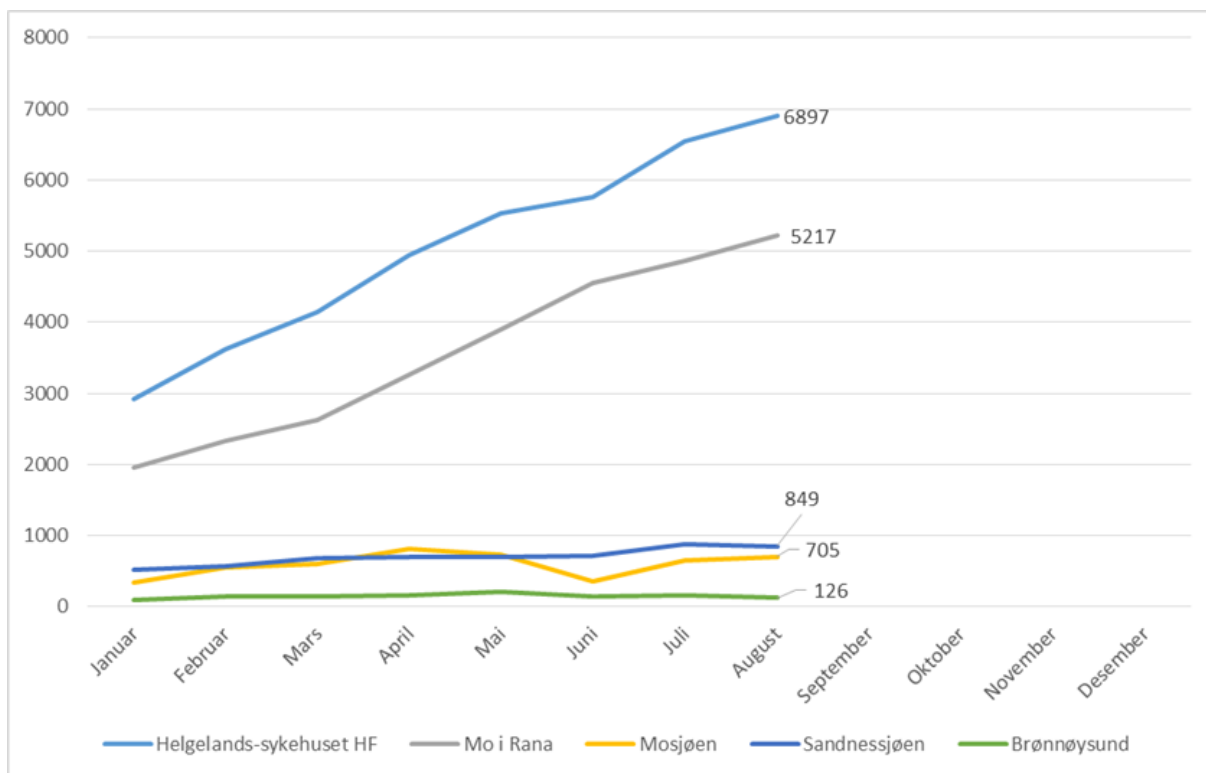
Tid fra mottatt henvisning til vurdert fullført:



Antall åpne dokumenter eldre enn 30 dager:



Antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt:



| Samlet vurdert risiko for at målet ikke oppnås: | Lav | Middels | Høy |
|---|-----|---------|-----|
| EPJ indikatorene | | | x |

Begrunnelse for risiko valg:

- SSJ: Gul, MIR: Rød, MSJ: Grønn

MIR:

- Behandlere avslutter ikke pasienter rutinemessig
- Noen mangler opplæring, mens andre plages med tidsbruk
- Kontor tjenesten mangler personell til å «rydde»

MSJ:

- God måloppnåelse i Mosjøen

SSJ:

- Kjøres ut lister hver uke
- Kontinuerlig fokus
- Legene må trygges i prosedyren

Tiltak som iverksettes:

MIR:

- DIPS arena opplæring i oktober skal gjenoppfriske/repetere avslutningsprosedyre i DIPS.
- Kontorleder skal planlegge avsetting av ressurser til ryddearbeid innen utgangen av 2019
- Psykiatri tar jevnlig ut rapporter til behandlere
- Vurdere hvorvidt vi kan bruke aktive sykemeldte til et arbeid knyttet til å følge dette spesielt opp

MSJ:

- Kontinuerlig fokus

SSJ:

- Tema på morgenmøter og andre passende arenaer.

HF:

- Vurdert risiko er pt. høy, men har tiltaksplaner som er iverksatt.

Oppsummering

Tiltak og oppfølging med ansvar er beskrevet under hvert punkt.

Oppfølging av denne gjennomgangen følger årshjulet for risikostyring:

- Desember: følge opp uakseptable risikoer
- Januar – februar: Arbeid med risikostyring redegjøres for i Årlig melding. Justering av mål og KSF'er på bakgrunn av nytt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll.
- Januar – april: Gjennomføre risikovurdering av mål og KSF'ene
- Mai – september: Følge opp uakseptable risikoer fra 1. tertial.