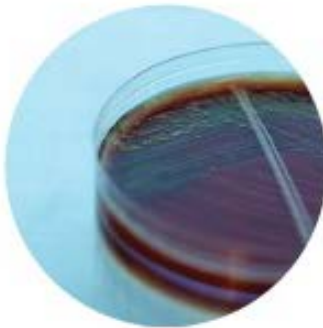


Rapportering til HOD per

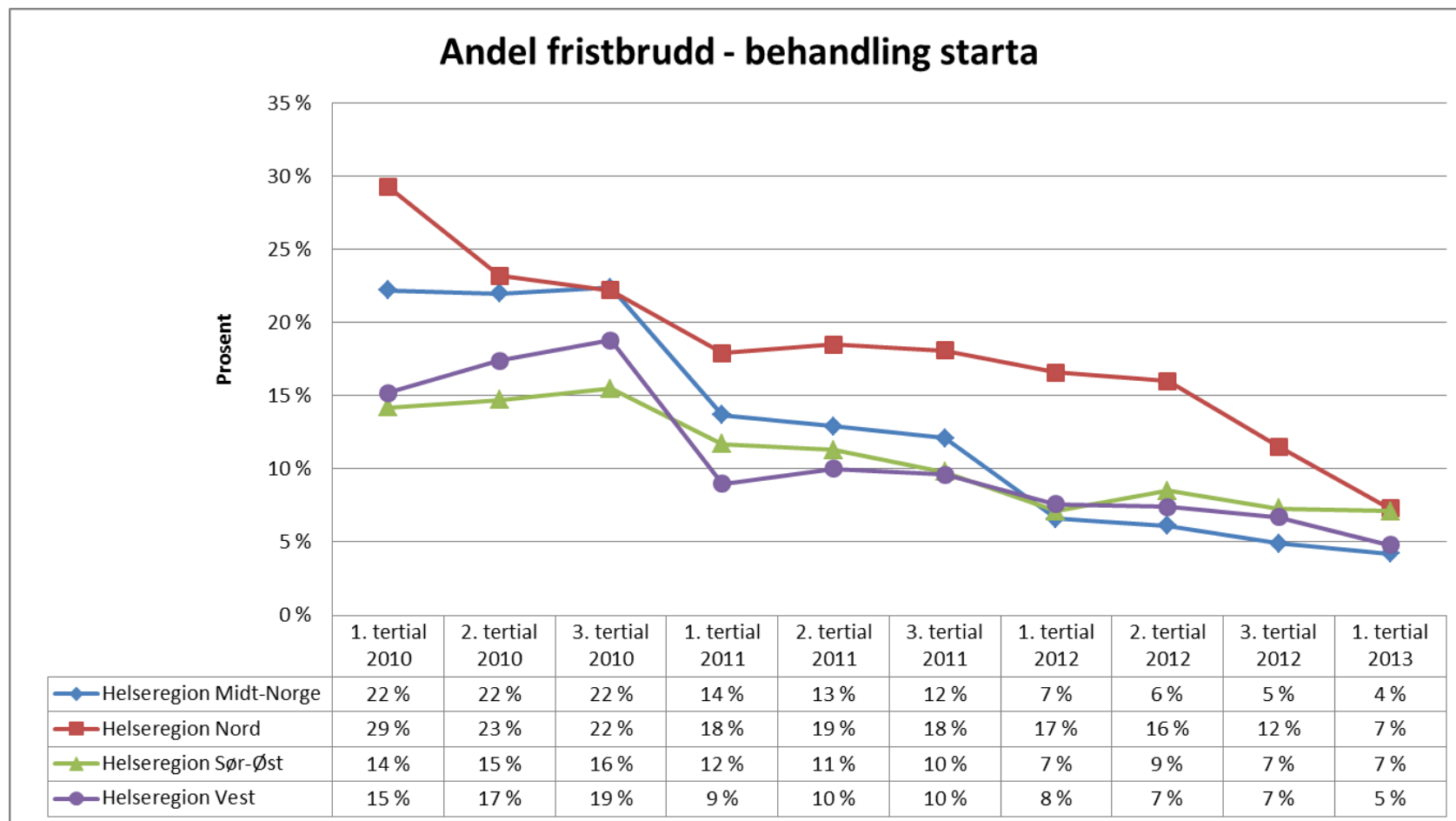
2. tertial 2013

Helse Vest RHF

Fristbrot (Helse Nord)

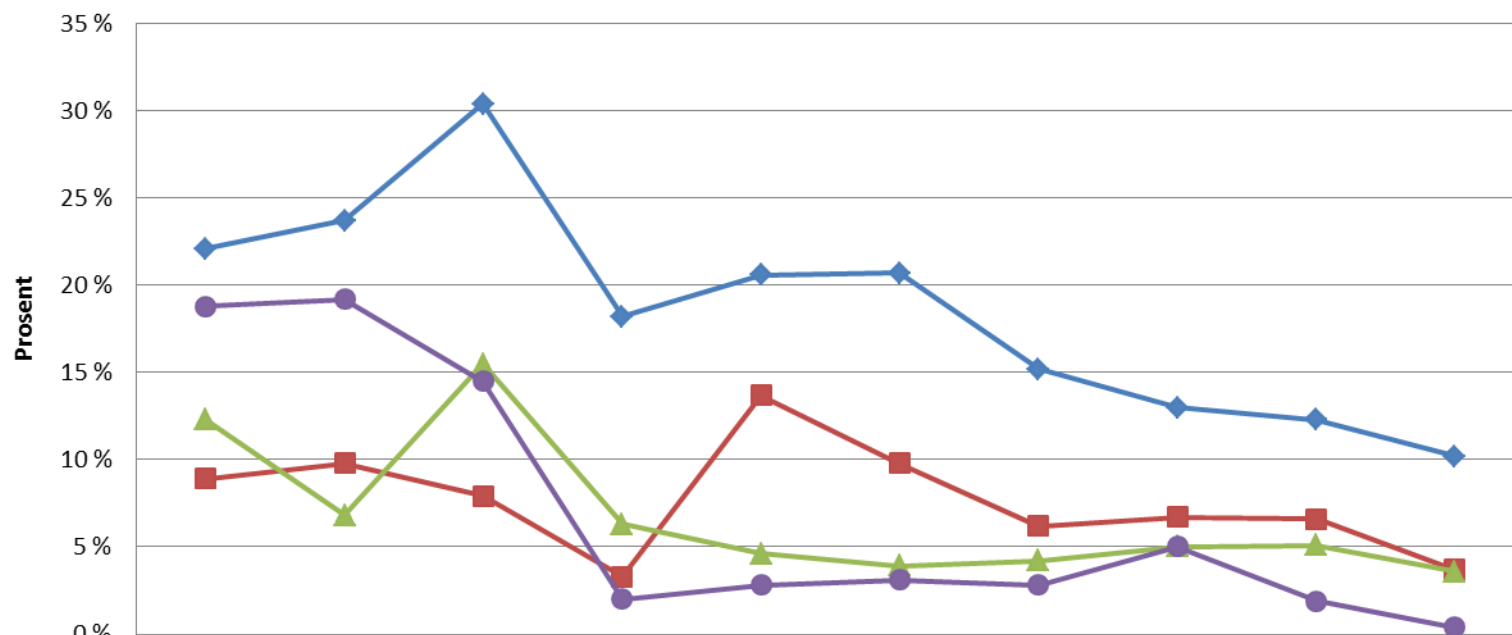


Andel fristbrudd – behandling starta



Andel fristbrudd – behandling starta Helse Vest

Andel fristbrudd - behandling starta



Oppfølging ventelister, fristbrot og kreftforløp

- Det vises her til eget notat av 05.11.12 med detaljert gjennomgang av:
- Tiltak for å fjerne brudd på vurderingsgaranti, fristbrudd, langtidsventere, og overholde 20-dagersregelen for pasienter med kreft.

Fristbrudd

Helse Vest hadde 5% fristbrudd behandla samla i 1. tertial 2013. Nasjonal indikator vil fortsette å være høg framover på grunn av det fortsatt høge talet fristbrudd blant ventande henvisningar.

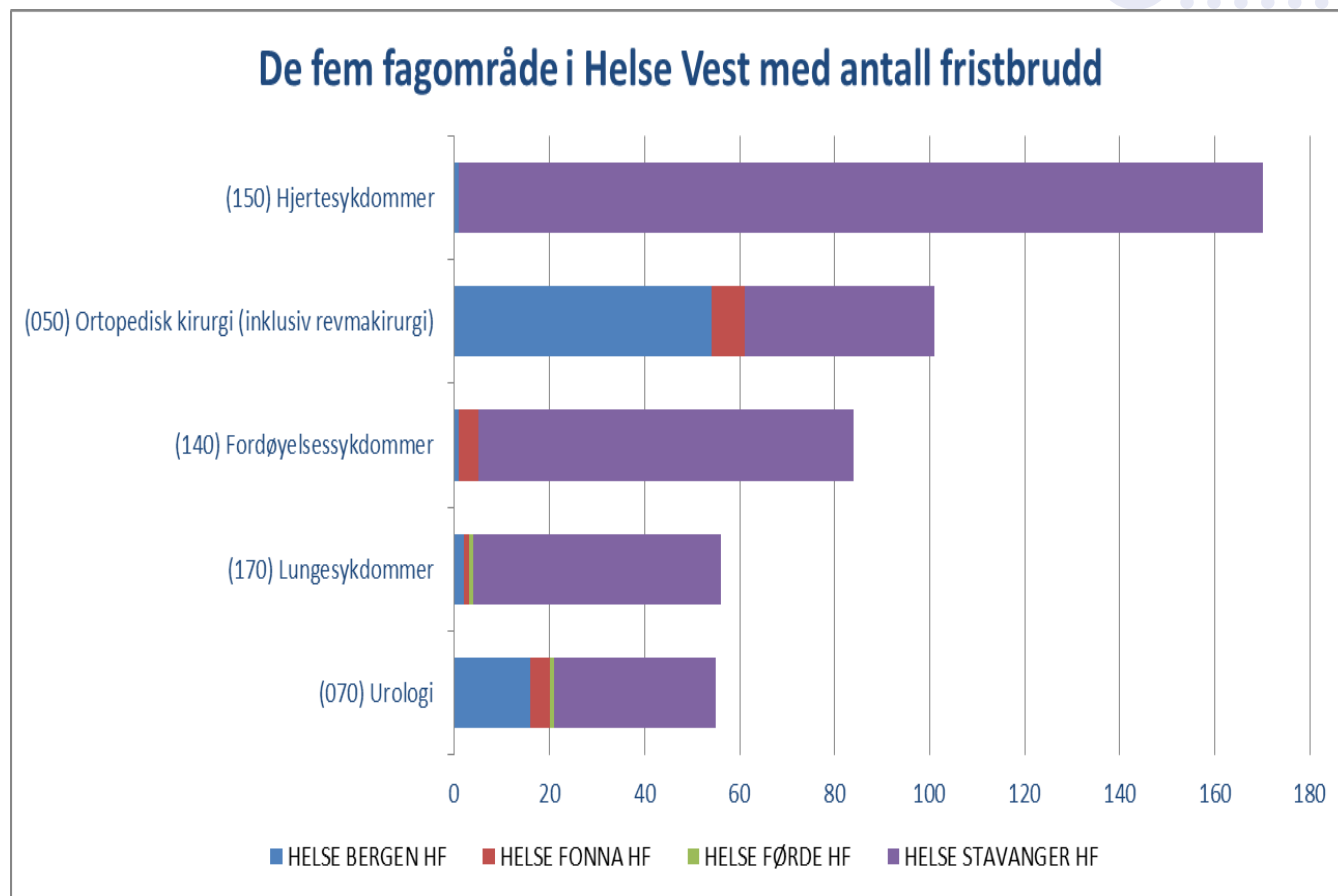
Fristbrudd innen psykisk helse forekjem nesten ikkje i Helse Vest, etter ei svært god utvikling i alle føretak.

Fagområda Ortopedisk kirurgi, Hjertesykdommer, Fordøyelsessykdommer og Urologi utgjorde til sammen 86% av fristbrudd ventende i Helse Vest ved utgangen av september

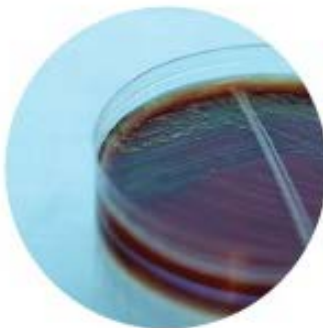
Vi har sterkt lederfokus på å sikre god arbeidsflyt på poliklinikker og hensiktsmessige rutinar for planlegging, registrering og kontroll

Fristbrudd pr fagområde

Desse fem fagområda utgjør 86% av fristbrudd ventande ved periodeslutt



Forløpstider kreft



Eksempel frå 2 sjukehus i Helse Vest (med god og ikkje så god måloppnåing)

- Tiltak iverksett for betre måloppnåing
- Iverksette planar for læring mellom sjukehus/HF
- Planlagte tiltak for betre måloppnåing

Eksempel frå 2 sjukehus i Helse Vest (med god og ikkje så god måloppnåing)

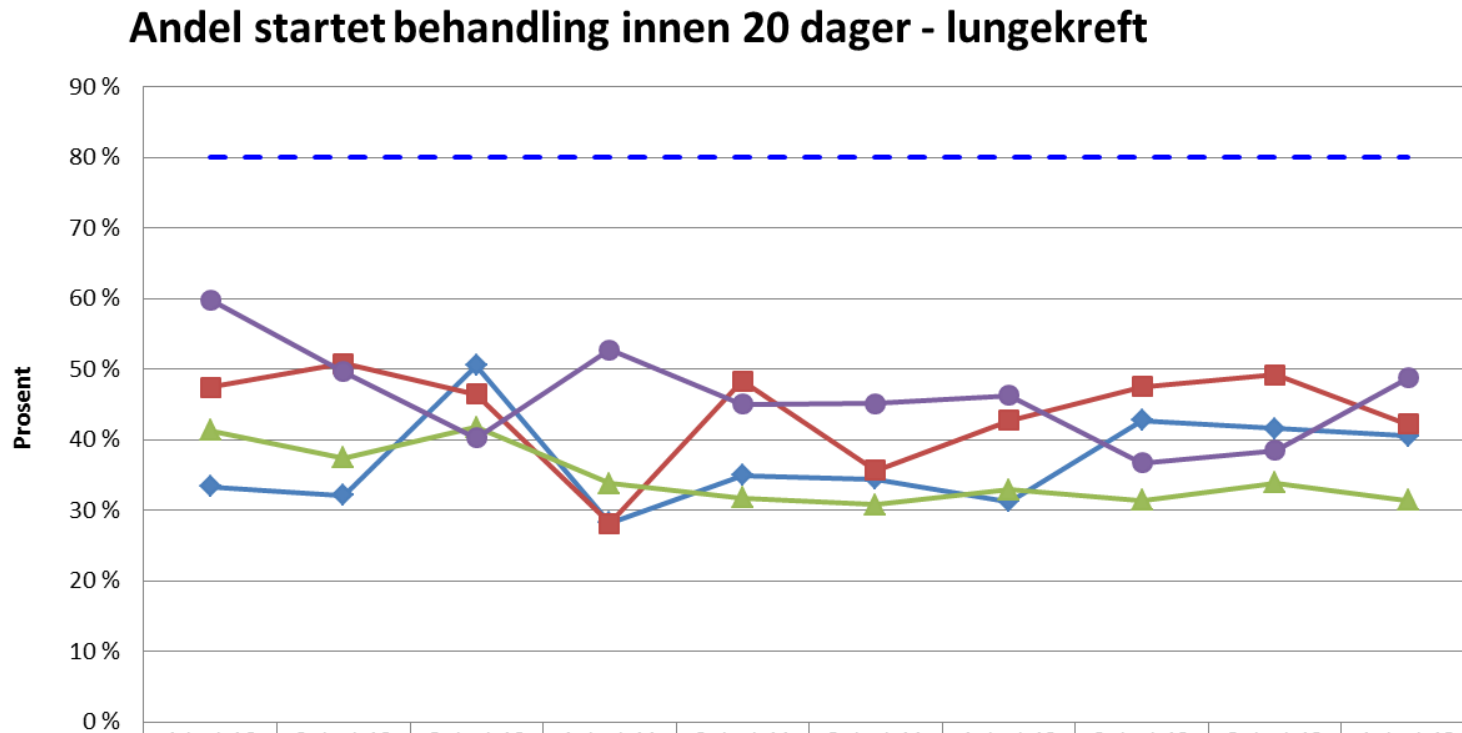
Helse Fonna:

- bedre logistikk og utredningstakt internt i seksjonene
- rask skanning av henvisning (innen 24 timer), rask vurdering (innen 48 timer) og merking «kreftforløp20» i PAS
- koordinator følger opp forløpet

Helse Stavanger:

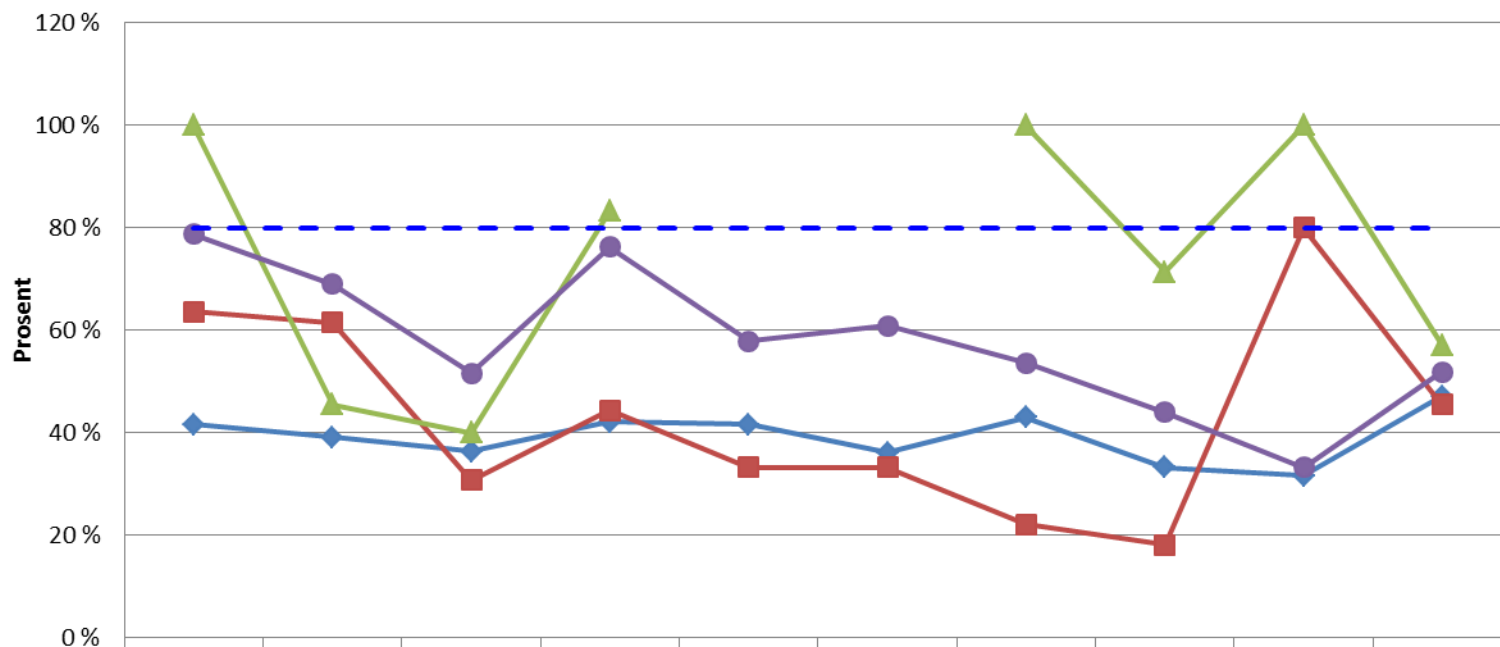
- god forbedring særlig innen gastro og urologi
- merking og registrering i DIPS
- kreftkoordinatorer for store og viktige grupper som sørger for at rekvirering av nødvendige undersøkelser

11

[illegible]

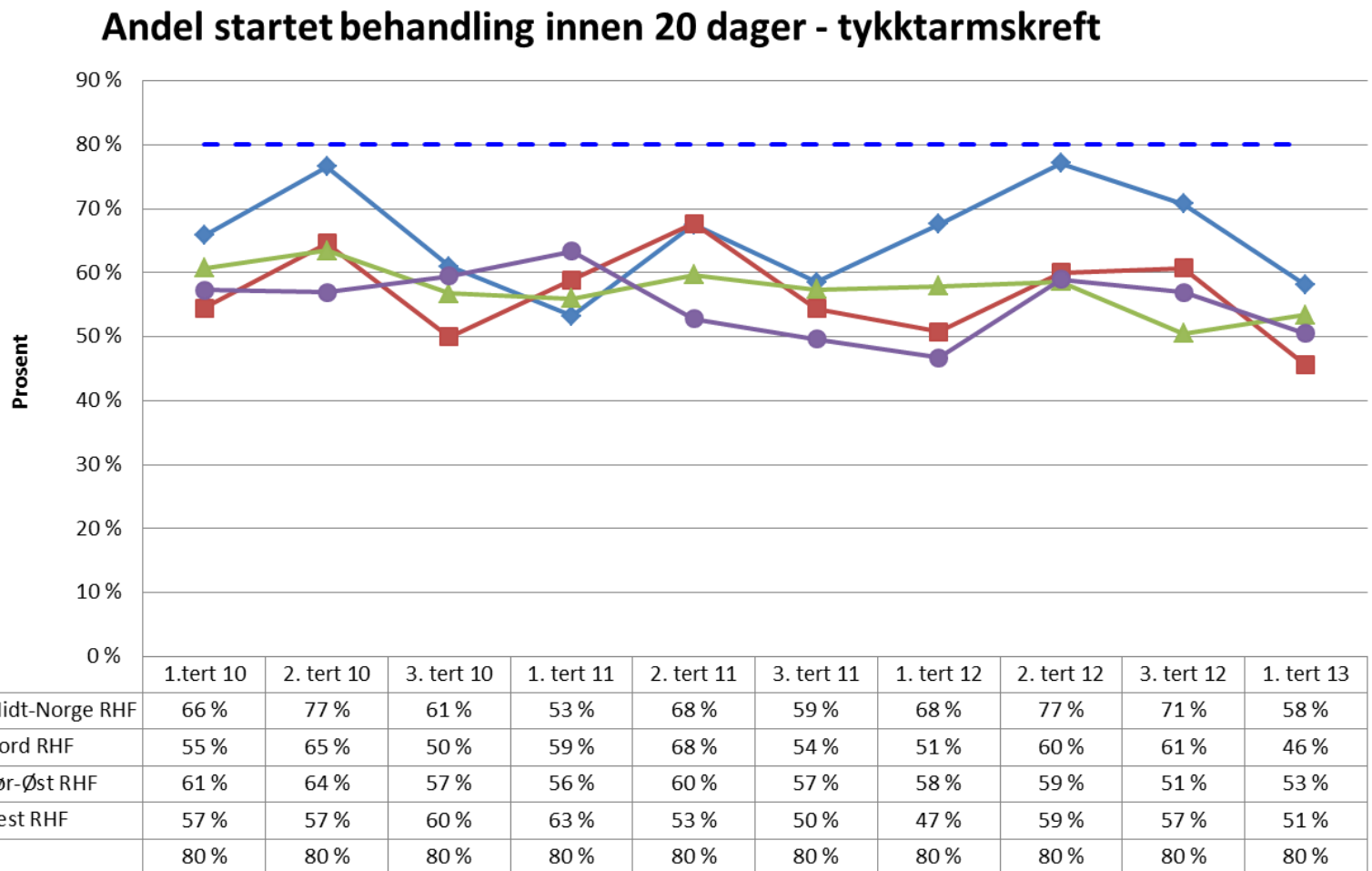
Andel behandla innen 20 virkedager - lungekreft

Andel startet behandling innen 20 dager - lungekreft



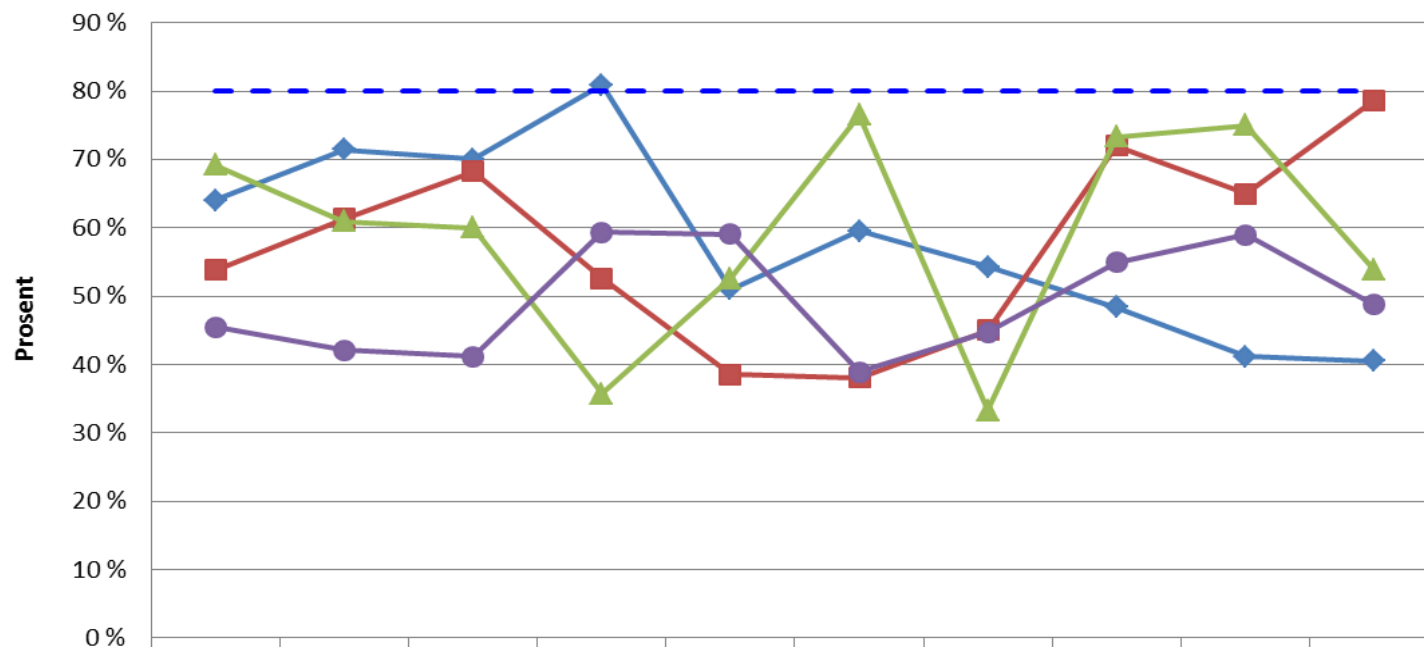
	1.tert 10	2. tert 10	3. tert 10	1. tert 11	2. tert 11	3. tert 11	1. tert 12	2. tert 12	3. tert 12	1. tert 13
- Helse Bergen HF	42 %	39 %	36 %	42 %	42 %	36 %	43 %	33 %	32 %	47 %
- Helse Fonna HF	64 %	62 %	31 %	44 %	33 %	33 %	22 %	18 %	80 %	46 %
- Helse Førde HF	100 %	46 %	40 %	83 %			100 %	71 %	100 %	57 %
- Helse Stavanger HF	79 %	69 %	52 %	76 %	58 %	61 %	54 %	44 %	33 %	52 %
- Måltall	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

Andel behandle innen 20 virkedager – tykktarmskreft (Helse Midt)



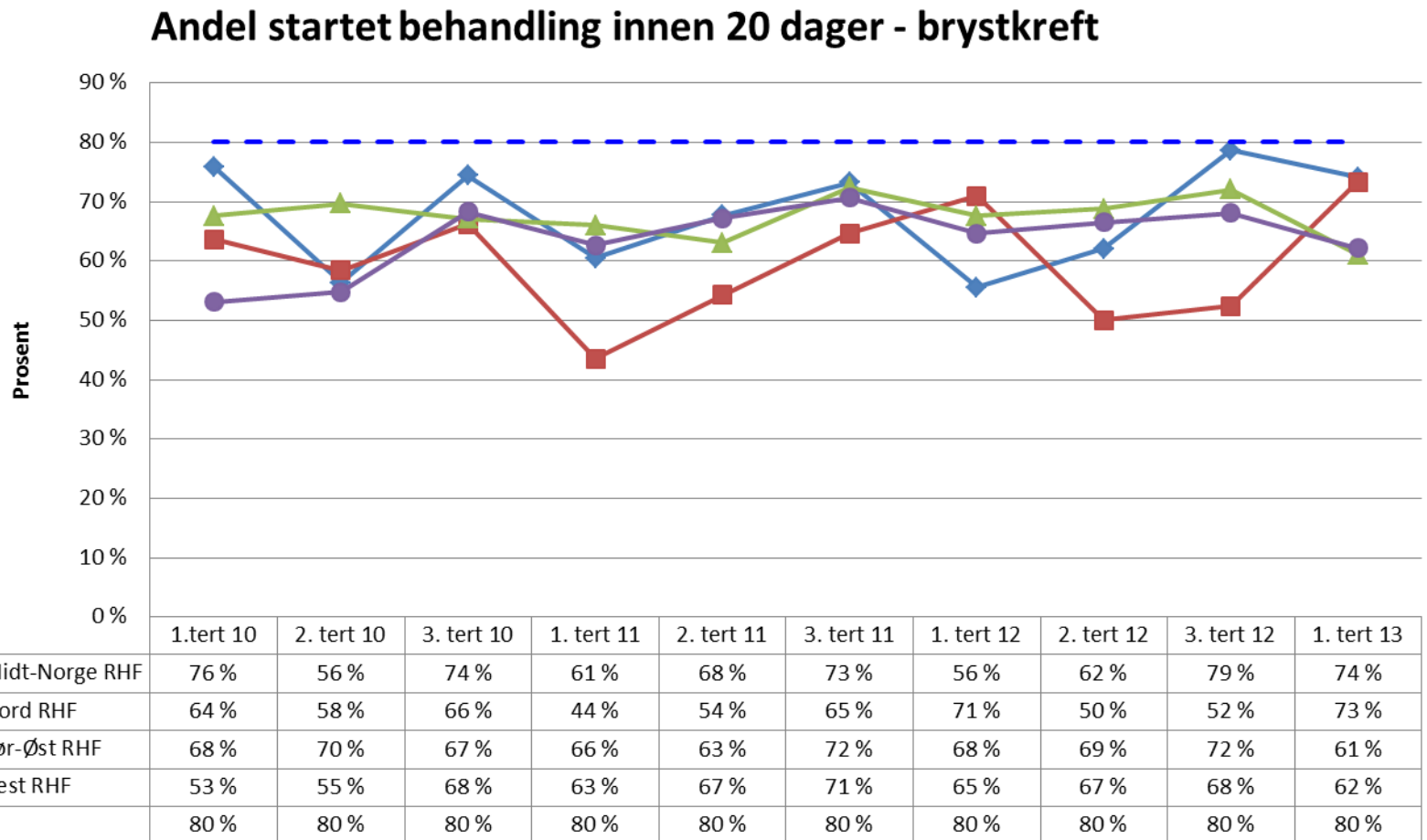
Andel behandla innen 20 virkedager - tykktarmskreft

Andel startet behandling innen 20 dager - tykktarmskreft



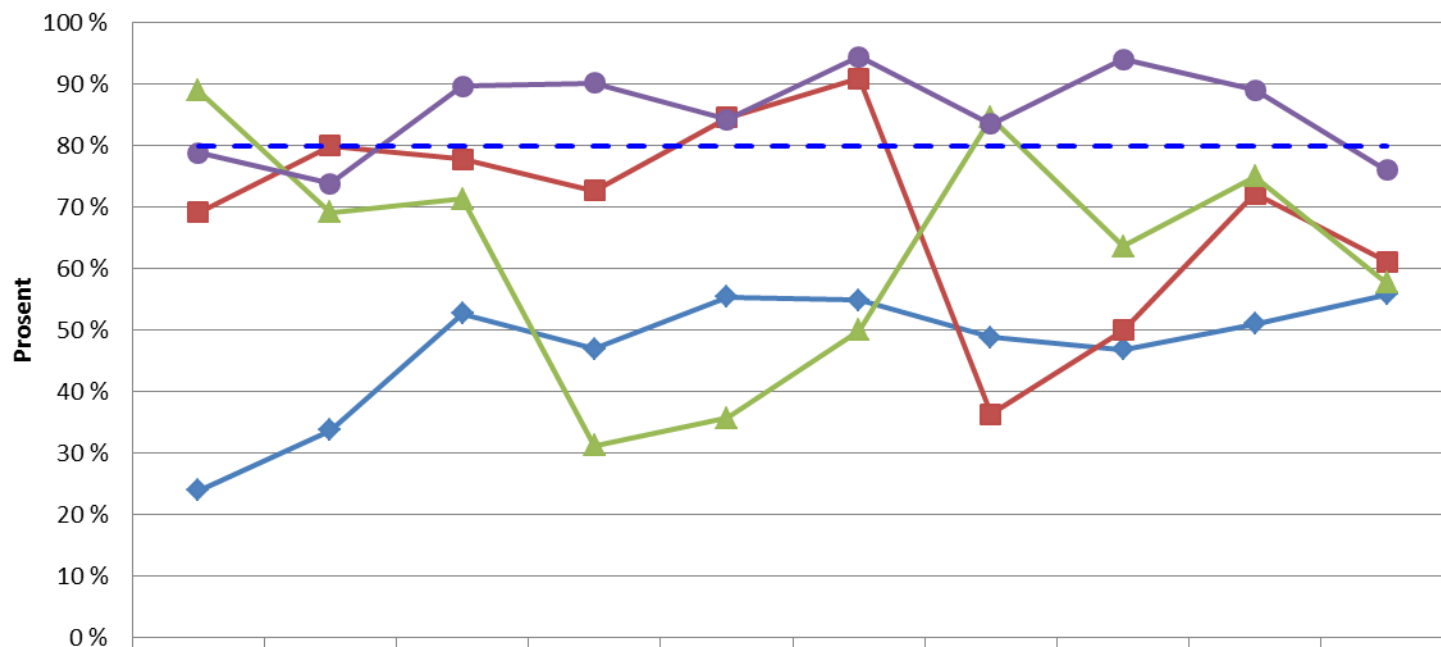
	1.tert 10	2. tert 10	3. tert 10	1. tert 11	2. tert 11	3. tert 11	1. tert 12	2. tert 12	3. tert 12	1. tert 13
—◆— Helse Bergen HF	64 %	71 %	70 %	81 %	51 %	60 %	54 %	48 %	41 %	41 %
—■— Helse Fonna HF	54 %	61 %	68 %	53 %	39 %	38 %	45 %	72 %	65 %	79 %
—▲— Helse Førde HF	69 %	61 %	60 %	36 %	53 %	77 %	33 %	73 %	75 %	54 %
—●— Helse Stavanger HF	46 %	42 %	41 %	59 %	59 %	39 %	45 %	55 %	59 %	49 %
- - - Måltall	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

Andel behandle innen 20 virkedager – brystkreft (Helse Nord)

[illegible]

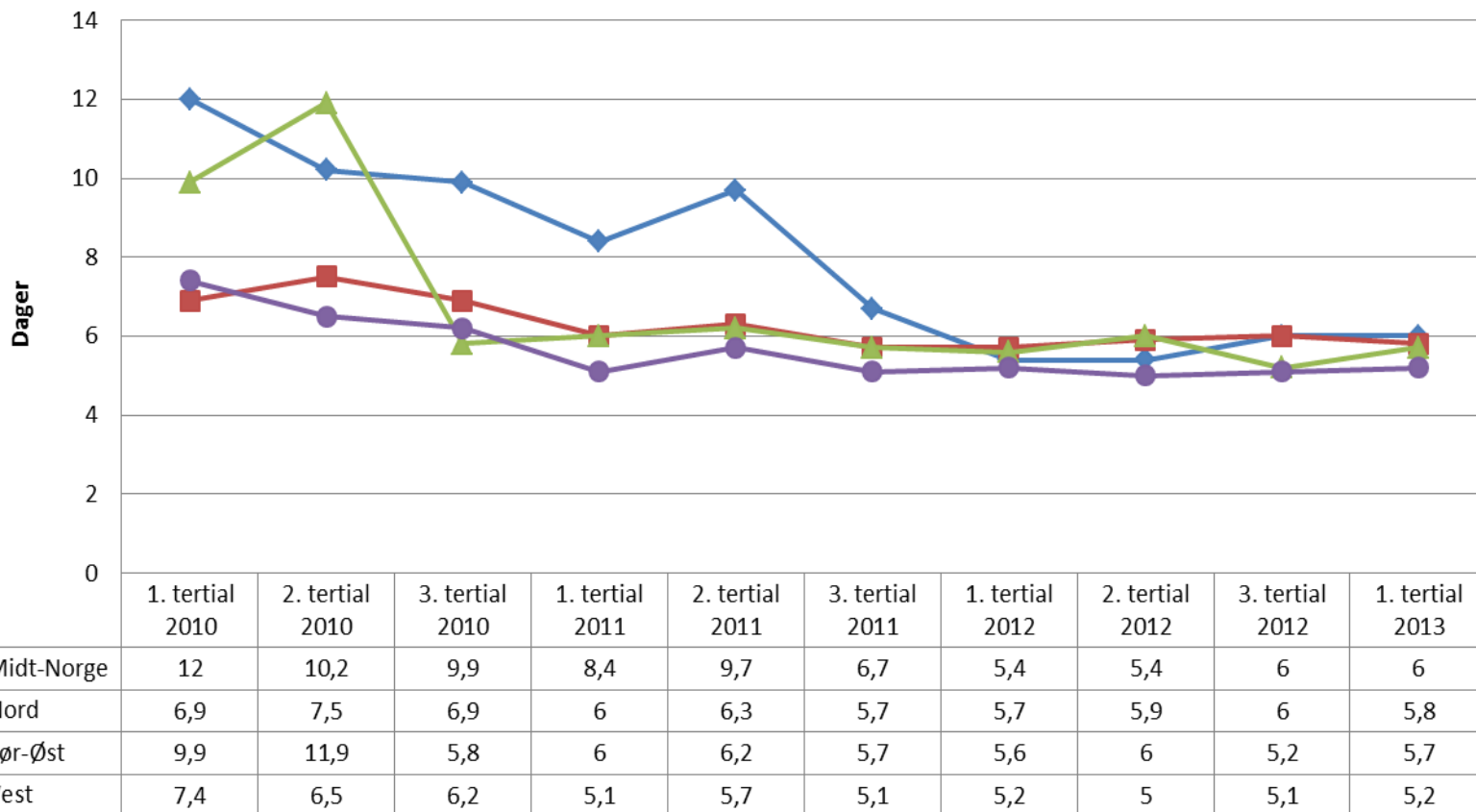
Andel behandla innen 20 virkedager - brystkreft

Andel startet behandling innen 20 dager - brystkreft



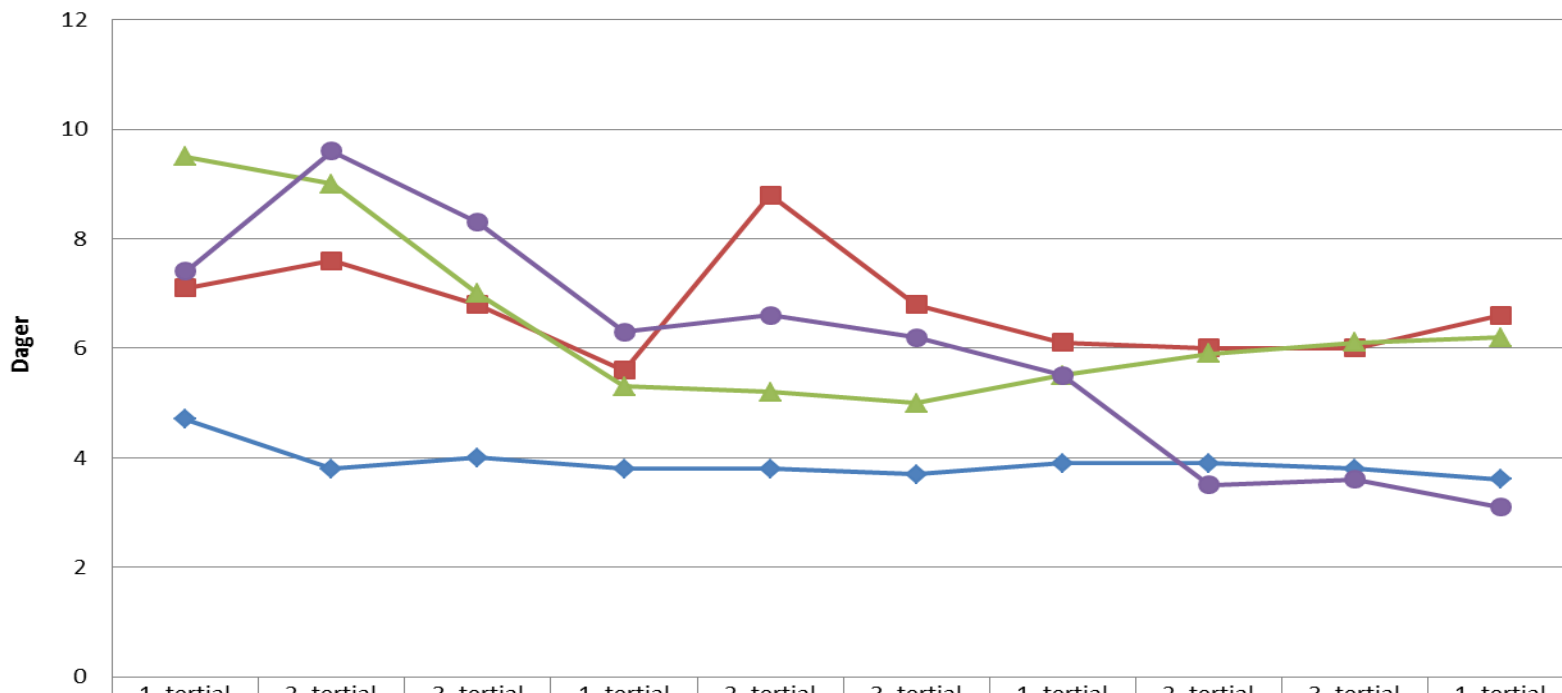
Gjennomsnittlig vurderingstid – alle fagområder

Gjennomsnittlig vurderingstid for henvisninger

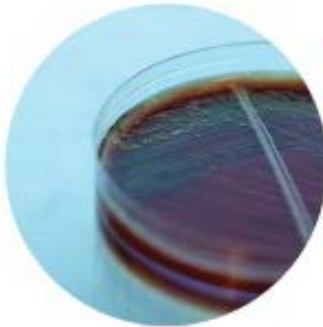


Gjennomsnittlig vurderingstid – alle fagområder

Gjennomsnittlig vurderingstid for henvisninger



Internkontroll, risikostyring og krav til forbedring av pasientadministrative system (Alle RHF)



- Felles interregionalt arbeid med forbedring av pasientadministrative system i sjukehusa
- Helse Vest sitt arbeid:
 - Kartleggingstiltak
 - Forbedringstiltak
 - Gjennomgang av arbeidsprosessane på poliklinikkane
 - Status og resultat inkl kvalitetsindikatorar for:
 - Gjennomsnittleg vurderingstid for tilvisning
 - Opne dokument som er eldre enn 14 dagar
 - Opne tilvisingsperiodar utan planlagt kontakt
 - Helse Vest sin vurdering av situasjonen

- OPPDRAG TIL RHF FRA HOD:
- Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til alle RHF 10.04.13 bedt om en vurdering av å igangsette felles nasjonale tiltak for å sikre kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet, samt etablere «felles rutiner for rapportering til oppfølgingsmøtene».

- Forslag til felles nasjonale tiltak er utarbeidet i EPJ Systemeierforums møte 12.06.13 og diskutert med leverandørarenaen 26.06.13 før beslutning i Nasjonalt Fagdirektørforum 26.08.13:

NASJONALE TILTAK MOT SVIKT I PASIENTADMINISTRATIVT ARBEID:

1. Måle og rapportere 3 kvalitetsindikatorer fra HSØ
 - a) Gjennomsnitt vurderingstid (henvisning)
 - b) Åpne dokument > 14 dager
 - c) Åpen henvisningsperiode uten kontakt
2. Regelmessig kartlegge teknisk og organisatorisk arbeidsflyt gjennom konsernrevisjon, workshop eller ROS-analyse, og etablere strukturert oppfølging av kartleggingen
3. Erfaringsutveksling gjennom Nasjonal IKT EPJ Systemeierforum
4. Varsling mellom RHF-ene og fra felles leverandør til adresseliste med kopi til systemeierforum@nasjonalikt.no

Felles rapporteringsmal korresponderer med felles nasjonale tiltak:

1. Kartleggingstiltak

2. Kort om gjennomførte forbedringstiltak

(Oppfølging av kartlegging og andre forbedringstiltak)

3. Status og resultat

3.1 Status for oppfølging av kartlegging og forbedringstiltak

3.2 Registrerte nye uønskede hendelser

3.3 Kvalitetsindikatorer

4. Vurdering

1. Kartleggingstiltak

- Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i flere år gjennomført interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i foretaksgruppen Helse Sør-Øst, de 10 første revisjonene i 2011-2012 og oppfølgingsrevisjoner i 2013
- Revisjonene i 2011-2012 avdekket områder/funn i rød sone i alle helseforetakene med potensial for feil i vurderingsperioden, venteperioden og perioden for behandling, oppfølging og kontroll
- Også utført kartlegginger i form av Fylkesmennenes tilsyn i 2012 hvorav 13 tilsyn i Helse Sør-Øst der det ved fem av tilsynene ble påpekt avvik knyttet til mottaksdato/ansiennitetsdato
- Kartlegginger er videre gjennomført i regi av det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" – med det formelle navnet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid"

2. Kort om gjennomførte forbedringstiltak på RHF-nivå

- Utarbeidet en handlingsplan på regionalt nivå for å følge opp Konsernrevisjonens anbefalinger. Denne omfatter tiltak lagt til både linjen og ulike prosjekt, herunder:
- Gjennom prosjektet "Glemt av sykehuset" utarbeidet et "Masterdokument" med beskrivelse av tiltak innenfor følgende områder:
 - Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar
 - Mottak og håndtering av henvisninger
 - Pasient uten avtalt videre oppfølging
 - Krav til rutiner ved avslutning av arbeidsforhold
 - Krav knyttet til bruk av EPJ-systemer ut over hovedsystem
 - Mellomløsning som skal benyttes i helseforetakene ved viderehenvisninger
 - Rapporteringsrutiner, som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet
- Utarbeidelse av standardisert "Regionalt kurs for ledere 2013 PAS/EPJ- DIPS" for å sikre at lederansvaret i det pasientadministrative systemet i DIPS ivaretas (nylig vedtatt og utsendt HF/sykehus for bruk lokalt)
- Det er påbegynt regionalt arbeid for å redusere antallet pasienter som ikke møter til avtalt time

....og på HF-nivå

Sykehusledelsen og styret ved alle HF har vært opptatt av at pasientsikkerheten bedres:

- Det er gjennomført mange tiltak, med store ryddeaksjoner, som har bidratt til at feilene/manglene i den pasientadministrative prosessen er redusert. Lokale "Glemt av sykehus"-prosjekter er opprettet
- Satt inn store ressurser på å :
 - gjennomføre opprydding i et stort antall prøvesvar og dokumenter. Deretter vedvarende arbeid og overvåking av at prøvesvar og dokumenter signeres fortløpende
 - sikre god dokumentflyt
 - vurdere henvisningene innenfor gjeldende krav
 - øke oppmerksomheten på rett håndtering av ventelistene (spesielt før start helsehjelp)
 - gjennomføre ryddeprosesser og deretter kontinuerlig følge opp at henvisningene avsluttes riktig i det pasientadministrative systemet

3. Status og resultat

- En sentral del av arbeidet i det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" har vært å identifisere svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet, vurdere årsakene til at dette skjer og finne løsninger i fellesskap
- **Utgangspunktet** var en situasjon der en så at mangelfull kvalitet i det pasientadministrative arbeidet skyldes flere forhold:
 - Mangelfull kunnskap eller uklarheter
 - Mangelfull funksjonalitet i selve systemet
 - Holdninger
- **Felles innsats har gitt økt kunnskap, bedre arbeidsrutiner og økt bevissthet om sammenhengen mellom gode pasientadministrative rutiner og pasientsikkerhet**
- **God utvikling på kvalitetsindikatorer (se under)**
- Har dialog med leverandør om forbedret funksjonalitet - meldt inn samordnet og prioritert liste over endringsønsker
- Likevel en erkjennelse at holdningsendring **tar tid** og det tar tid før nye arbeidsrutiner blir kjent og etterlevd i alle ledd i organisasjonen
- Behov for fortsatt regional understøttelse av forbedringsarbeidet og resultatoppfølging

3. Status og resultat

3.2 Registrerte nye uønskede hendelser

Oppfølging av rapport fra DIPS som viser pasienter som potensielt kan ha mistet henvisninger på grunn av feil i DIPS.

- Helse Sør-Øst RHF sendte 4.7.2013 en melding til fagdirektørene med varsel om risiko for at henvisninger kunne ha blitt borte for enkeltpasienter som følge av en feil i DIPS. Samtidig sendte vi en oppskrift på hvordan den aktuelle arbeidsoperasjonen skulle gjennomføres for å unngå at feilen oppstår.
- Det foreligger nå en rapport i DIPS som trekker ut pasienter som kan tenkes å ha vært rammet av den aktuelle feilen. Rapporten har ved kjøring vist uttrekk på fra 80 til mange tusen pasienter i det enkelte helseforetaket. En manuell gjennomgang for hver enkelt pasient måtte gjennomføres for å sikre at potensielle tilfeller, der feilen kan ha medført at henvisninger har blitt borte, kan lokaliseres og sikres rett behandling og undersøkelse. Rapporten er kjørt i alle helseforetak.

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

■ Gjennomsnitt vurderingstid (henvisning)

Stabil trend, gj.sn på 5,2 resp 5,3 dager som er under nytt lovforslag på 10 dager . Litt under målet på 100 % innen 10 dager.

Helseforetak/-institusjon	G.sn. antall dager forrige måned	Andel vurdert innen ti dager (%)	Trend
Akershus universitetssykehus HF	10,3	90	
Oslo universitetssykehus HF	5,7	88	
Sunnaas sykehus HF	8,1	82	
Sykehuset Vestfold HF	4,2	90	
Sykehuset Innlandet HF	3,0	92	
Sykehuset Telemark HF	4,6	96	
Sykehuset Østfold HF	4,9	94	
Sørlandet Sykehus HF	3,6	96	
Vestre Viken HF	5,4	97	
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	5,2 	93 	Stabil g.sn.tid. Økende %
Betanien Hospital	6,2	92	
Diakonhjemmet Sykehus	2,2	98	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	10,0	77	
Martina Hansens Hospital	3,6	98	
Revmatismesykehuset	1,4	100	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	5,3 	92 	Stabil g.sn.tid. Økende %

B) Åpne dokument > 14 dager

En svakt økende trend på antall ikke godkjente dokumenter. Om lag 50 % er legedokumenter. Det arbeides vider med ekskl.kriterier for denne indikatoren for å sikre best mulig styringsinformasjon og sammenligning mellom HF

Helseforetak/-institusjon	Total antall åpne	Antall normalt åpne*	Lege-dokument	SPL-dokument	Samlet trend
Akershus universitetssykehus HF	6 892	583	3 661	2 500	
Oslo universitetssykehus HF	*	0	*	*	
Sunnaas sykehus HF	583	100	313	109	
Sykehuset Vestfold HF	1 010	0	500	210	
Sykehuset Innlandet HF	4 586	419	2 075	1 289	
Sykehuset Telemark HF	4 678	495	1 455	1 450	
Sykehuset Østfold HF	2 359	107	1 486	353	
Sørlandet Sykehus HF	7 863	2717	4 857	1 362	
Vestre Viken HF	4 297	92	1 369	958	
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	32 268 	4513	15 716	8 231	Svakt økende trend
Betanien Hospital	158	0	143	14	
Diakonhjemmet Sykehus	864	67	362	232	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 141	0	249	443	
Martina Hansens Hospital	674	0	296	35	
Revmatismesykehuset	6	0	4	0	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	36 111 	4580	16 770	8 955	Svakt økende trend

C) Åpen henvisningsperiode uten avtalt ny kontakt

En stabil nedadgående trend. Det store antallet v Telemark og Martine Hansen skyldes konvertering til DIPS og overgang til ny plattform. Det jobbes aktivt for å redusere dette antallet.

Helseforetak/-institusjon	Antall åpne henvisninger	Trend
Akershus universitetssykehus HF	786	
Oslo universitetssykehus HF	*	
Sunnaas sykehus HF	26	
Sykehuset Vestfold HF	1 227	
Sykehuset Innlandet HF	3 213	
Sykehuset Telemark HF	52 072	
Sykehuset Østfold HF	986	
Sørlandet Sykehus HF	2 107	
Vestre Viken HF	3 679	
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	64 096 	Minkende
Betanien Hospital	117	
Diakonhjemmet Sykehus	1 046	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 726	
Martina Hansens Hospital	23 051	
Revmatismesykehuset	3	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	91 099 	Minkende

4. RHFes vurdering av status

Indikatorene har vært benyttet i halvannet år og en ser positive resultater både for helseforetakene og sykehusene.

Gjennom "Glemt av sykehuset" har en over en lengre periode arbeidet for å synliggjøre sammenhengen mellom gode pasientadministrative rutiner og pasientsikkerhet. I det regionale samarbeidsprosjektet har helseforetak og sykehus sammen bidratt til holdningsendringer og konkrete rutineforbedringer. Ledelsesengasjement og gjennomgående forbedringsarbeid har ledet til positive resultater i alle helseforetak i forhold til struktur og rutiner og derav økt pasientsikkerhet.

Konsernrevisjonen har i 2013 funnet tegn på klare forbedringer, men også fortsatte mangler:

- Det arbeides derfor videre med bevisstgjøring av lederes roller og oppgaver og innføring av obligatorisk opplæringskurs i PAS/EPJ for ansatte.
- Overfor pasientene arbeides det med bedre informasjon om rettigheter gjennom nye brevmaler. I påvente av innføring av ny pasientrettighetslov arbeides det med å redusere tid som brukes til å vurdere henvisninger.
- Videre arbeides det med rydding i ventelisten og bruk av DIPS-rapporter for å finne pasienter i risiko for fristbrudd.

1. Kartleggingstiltak

- Regionalt prosjekt for felles EPJ i Helse Nord. HOS prosjektet (Harmonisering, Optimalisering og Sammenslåing) pågår i perioden 2012-2016. Prosjektet har gjennomført en grundig kartlegging av bruk og oppsett av DIPS i regionens fire helseforetak.
- ROS – analyse "Infrastruktur tilknyttet EPJ" i regi av Helse Nord IKT gjennomført våren 2013

2. Kort om gjennomførte forbedringstiltak

- Regionalisering av EPJ pågår – alle HF deltar med kliniske ressurser i HOS prosjektet
- Regionalt fristbruddsprosjekt gjennomført våren 2013
- UNN HF: månedlig rapportering på "status ikke utførte arbeidsoppgaver i DIPS" til klinikkene. Skjerpet overvåking over arbeidsflyt i DIPS med tydeliggjøring av ansvar og kompetanseheving.

3. Status og resultat

3.1 Status for oppfølging av kartlegging og forbedringstiltak

HOS:

Region bruker omfattende ressurser til prosjektgjennomføring tom 2016

Konkretisering av regionale prosedyrer for pasientadministrative rutiner , inkl arbeidsflyt, pågår frem til årsskiftet

Utvikling av e-læringsmodul for pasientadministrative rutiner starter januar 2014

Implementering av rutinene i alle foretak starter i mai 2014

Etablering av superbrukerkorps i alle foretak i regionen høsten 2013

Gjennomgang og oppsett av arbeidsflyt i foretakene starter jan 2014 og pågår frem til jan 2015

Etablering av regionalt forvaltning av EPJ, høsten 2013/våren 2014

Fristbruddsprosjekt

Regionale prosedyrer er utarbeidet og implementeres i foretakene, frist er satt til 1. nov 2013

ROS analyse "Infrastruktur tilknyttet EPJ" Rapporten er til lederbehandling og tiltaksplan under utarbeidelse

3. Status og resultat

3.2 Registrerte nye uønskede hendelser

- Ingen nye hendelser registrert i september

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

■ Gjennomsnitt vurderingstid (henvisning)

Helseforetak/-institusjon	G.sn. antall dager forrige måned	Andel vurdert innen ti dager	Trend
			Økende 
			Minkende 
			Uendret 

B) Åpne dokument > 14 dager

Helseforetak/-institusjon	Total antall åpne	Antall normalt åpne*	Lege-dokument	SPL-dokument	Samlet trend
					Økende 
					Minkende 
					Uendret 

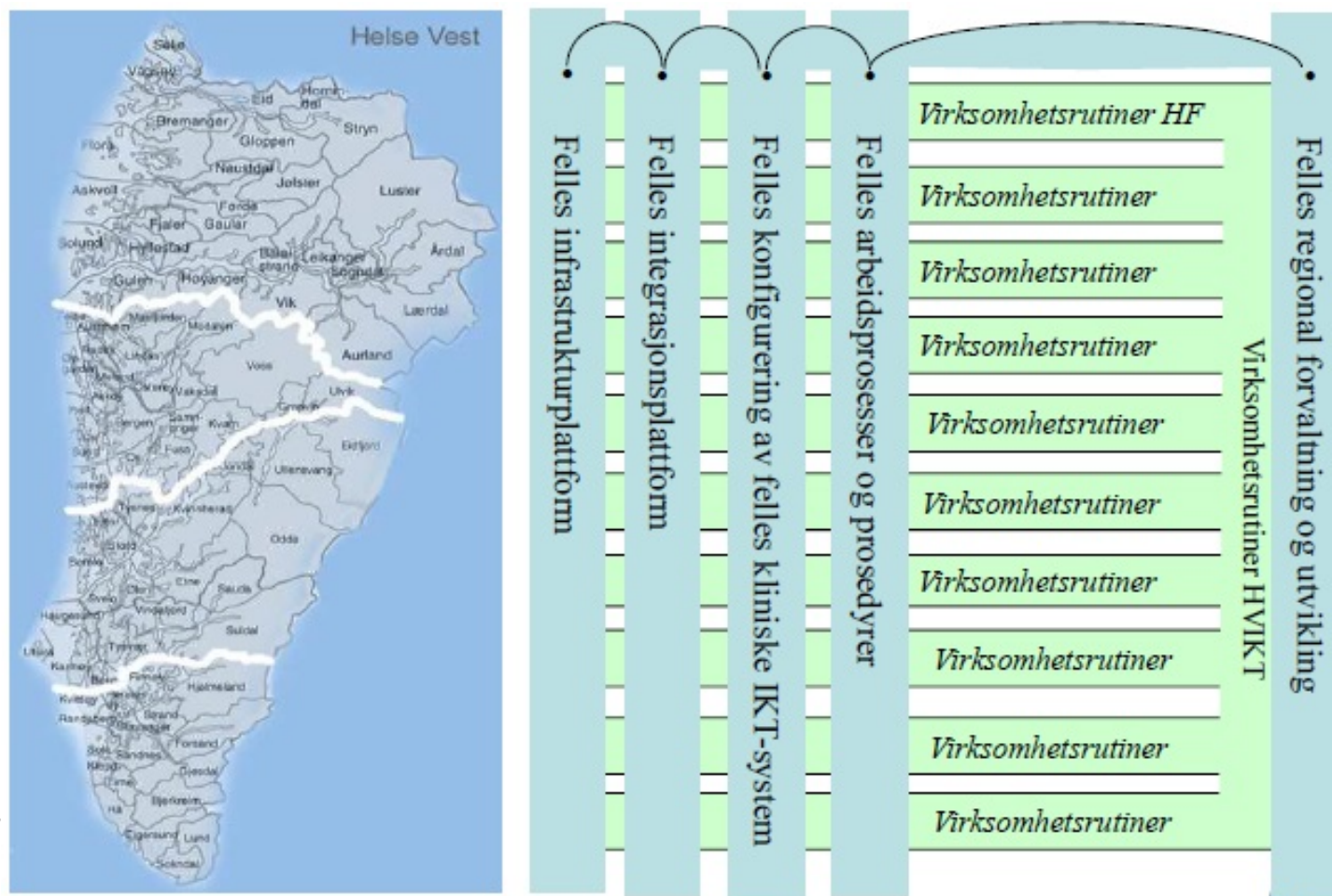
C) Åpen henvisningsperiode uten avtalt ny kontakt

Helseforetak/-institusjon	Antall åpne henvisninger	Trend
		Økende 
		Minkende 
		Uendret 

4. RHFes vurdering av status

- Plan om at foretakene skal rapportere på parametrene tid fra mottatt henvisning til vurdering fullført, antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt og antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle via ØBAK i 2014 rapporteringen.
- For å hente ut statistikk på disse kan vi benytte standardrapporter i DIPS som krever en del bearbeidelse etter kjøring. Som følge av dette ba vi i september om at UNN v/Trine Storjord utarbeidet rutiner for uttrekk i DIPS på disse tre parametrene.
- Status pr i dag er at prosedyrer på rapport tid fra mottatt henvisning til vurdering fullført og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt er klar. Prosedyre for siste parameter antall åpne dokumenter i EPJ jobbes det fortsatt med.
- Før denne prosedyren kan fullføres må det besluttes hvilke dokumenttyper som skal inngå i målingen.

- Kontekst: Kartlegging for beste felles løsning



1. Kartleggingstiltak

a. Kartlegging for prosjektprogrammet «Felles EPJ»:

- Regionale arbeidsgrupper for beste praksis arbeidsflyt (2008)
- ROS-analyser og kartlegging av rutiner ved det enkelte HFs DIPS DIPS-innføring (2008-2011)

b. Kontinuerlig kartlegging av avvik og endringsønsker til etablert Felles EPJ løsning

- Kontinuerlig endringshåndtering med innspill fra «EPJ-sentre» i HF og fra Helse Vest IKT (2009-d.d)

c. Ny kartlegging 2012 gjennom workshopsamlinger (for hver database)

- Fasilitert av DIPS ASA med deltakere fra Helse Vest IKT og alle helseforetak
- Omfattet arbeidsflyt internt i DIPS databasen og med tilhørende integrerte system
- Rapport levert til hvert HF
- Oppsummering levert til RHF for regional oppfølging
 - 19 oppfølgingspunkt for arbeidsflyt i DIPS,
 - 95 oppfølgingspunkt for arbeidsflyt med integrasjoner

2. Kort om gjennomførte forbedringstiltak

Strukturert oppfølging i regionalt driftsmøte for DIPS hver 6 uke har medført

- Gjennomgang og endringer i felles ansvarskart for forvaltningsoppgaver
- Økt dialog og erfaringsutveksling mellom HF
- Økt bevissthet for hva som må overvåkes manuelt, og oppfølging av rutiner og ansvar
- Bestillinger til HVIKT og DIPS som følges opp med purringer fra HF

Etablering av eget **Overvåkningssenter for integrasjoner** i Helse Vest IKT automatiserer overvåkning av meldingsutveksling mellom integrerte system.

Helse Sør-Øst regionale føringer for «Rutiner ved avslutning av arbeidsforhold» og ved «bruk av EPJ-system utover hovedsystem» er innført for Helse Vest fra høsten 2012.

Presisering av felles løsning for henvisningsprosessen,

- særligfokus på ansiennitetsdato og frist for helsehjelp på tvers av virksomhetsgrenser

3. Status og resultat

3.1 Status for oppfølging av kartlegging og forbedringstiltak

Lederne av EPJ-fagsentre i HF rapporterer hver 6. uke *sin vurdering* av om de anser kvalitetssikringen av kartleggingens 114 oppfølgingspunkt til å være god nok:

DIPS arb.flyt	FDE	BGO	HAU	SVG	Felles
Antall funn/ anb. tiltak:	19	19	19	19	0
Andel «kvalitetssikring ok»*	84%	26%	84%	95%	

Summert TREND	
Gj.sn forrige halvår	Gj.sn. Nå
38%	72%

Integrasjoner	FDE	BGO	HAU	SVG	Felles
Antall funn/ anb. tiltak:	5	42	18	26	4
Andel «kvalitetssikring ok»*	100%	57%	61%	92%	50%

Summert TREND	
Gj.sn forrige halvår	Gj.sn. Nå
48%	72%

*For resterende «ikke-ok» oppfølgingspunkt rapporteres «Ansvar plassert».

3. Status og resultat

3.2 Registrerte nye uønskede hendelser

Helse Vest IKT mottok 28.06.2013 et varsel fra DIPS ASA om feilsituasjon knyttet til arbeidsflyt for interne henvisninger oppdaget ved Sykehuset i Østfold.

Kvalitetssikringsrapporter ble utviklet og erfaring ble utvekslet mellom HSØ, HV, HN og DIPS ASA i ukene som fulgte. Nasjonal IKT EPJ Systemeierforum ble brukt som kontaktnett.

I løpet av sommeren gikk HF gjennom flere tusen journaler. Ansatte ved Helse Bergen gikk gjennom samtlige 3200 treff i kvalitetssikringsrapport, og fant 4 tilfeller der pasienten hadde fått utsatt behandling pga. feilen. De andre HF avgrenset seg til et utvalg av materialet.

Det er ikke meldt om konsekvenser for pasienters liv eller helse fra noe foretak.

Kontrollrapporter er kjørt i alle virksomheter, og EPJ-systemansvarlige opplever å ha kontroll. Implementering av «bugfix»-feilretting vurderes foreløpig mer risikabelt enn å kontrollere en kjent feil i DIPS.

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

A) Gjennomsnitt vurderingstid (henvisning)

Helseforetak/-institusjon	G.sn. antall dager forrige måned (sept. -13)	Andel vurdert innen ti dager	Trend
Helse Førde HF	5,2	94,7	Økende 
Helse Bergen HF	6,4	92,5	Uendret 
Haraldsplass Diakonale sykehus	3,6	96,5	Uendret 
Solli Sykehus	5	97,6	Minkende 
Hospitalet Betanien	3,9	98,7	Minkende 
Olaviken alderspsykiatriske sykehus NKS	9	93,5	Uendret 
Voss DPS NKS Bjørkeli	1,8	100	Uendret 
Helse Fonna HF	3,6	95,7	Minkende 
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	1,9	99,4	Minkende 
Helse Stavanger HF	3,7	96,6	Uendret 
Jæren DPS NKS	5,8	91,3	Minkende 
SUM:	4,9	94,7	Uendret 

B) Åpne dokument > 14 dager

Helseforetak/-institusjon	Total antall åpne	Antall normalt åpne*	Lege-dokument	SPL-dokument	Samlet trend
Helse Førde HF (inkl. radiologi)	5038	275	2207	1082	
Helse Bergen HF	21332	ca. 447	ca. 5642	ca. 8860	Minkende 
Haraldsplass Diakonale sykehus	832		461	274	Uendret 
Solli Sykehus	177		64	12	Uendret 
Hospitalet Betanien	1082		416	135	Uendret 
Olaviken alderspsykiatriske sykehus NKS	1402		99	604	Uendret 
Voss DPS NKS Bjørkeli	26		1	14	Uendret 
Helse Fonna HF	5619		2246	1894	
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	198		166	18	
Helse Stavanger HF	15638	Ca. 230	Ca. 6300	Ca. 4150	
Jæren DPS NKS	235				

*«Normalt åpne» forsøkt talt etter HSØ definisjonskatalog, men det stilles spørsmål med hva som bør regnes som «normalt»...

C) Åpen henvisningsperiode uten avtalt ny kontakt

Helseforetak/-institusjon	Antall åpne henvisninger	Trend*
Helse Førde HF	1375	
Helse Bergen HF	3300	Minkende 
Haraldsplass Diakonale sykehus	1465	Uendret 
Solli Sykehus	109	Uendret 
Hospitalet Betanien	584	Uendret 
Olaviken alderspsykiatriske sykehus NKS	245	Uendret 
Voss DPS NKS Bjørkeli	2	Uendret 
Helse Fonna HF	18231	
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	11	
Helse Stavanger HF	125513	
Jæren DPS NKS	300	

4. Helse Vest RHF vurdering av status

- Helse Vest har gjort en betydelig innsats for å sørge for samarbeid og samordning av pasientadministrativt arbeid.
- Økende bruk av IT-løsninger for helsearbeid gjør at kravene for å oppnå sikker bruk og forvaltning av IT-løsningene øker. RHFet sørger for at virksomhetene har kontinuerlig oppfølging av dette.
- Helse Vest har ikke tidligere brukt rapportering av kvalitetsindikatorer som tiltak, men ser frem til å samarbeide om nasjonale indikatorer og videre oppfølging av disse.

NYE TILTAK

- Prosjekt «Konsolidering av DIPS databaser»
 - Gjennomgår systemoppsett og rutiner på nytt og samordner felles infrastrukturplattform og integrasjonsgrensesnitt
 - «Ein vestlending – ein journal» forutsettes å gi gevinster for pasientsikkerheten
- Prosjekt «Overgang til DIPS Arena og strukturert journal»
 - Ny workshopgjennomgang kan bli aktuelt etter at databasene er slått sammen til en og DIPS Classic er byttet ut med ny DIPS Arena.
- Prosjekt «Alle møter» samordner ressursplanlegging og pasientoppmøter i poliklinikk

1. Kartleggingstiltak

	Tiltak
Foretakene	• 2008 For St.Olav: Kartlegging av kvalitet på registervedlikehold i PAS • 2009 For HMR: Oppstart av prosjekt; Fullelektronisk handtering av henvisninger. Kartlegging av dagens rutiner. • 2012 PID-rapporten. Fokus ventetid i tillegg til frist- og vurderingsbrudd. Risikovurdering papirløshet for henvisningshandtering (HMR) • 2013 Arbeider med ny rapport for pasienter hvor helsehjelp er påbegynt, hvor planlagt helsehjelp skal gis innen medisinsk forsvarlig frist (intern hast). Rapporten vil bli regional når den er pilotert ved St.Olav
Regionale tiltak	• 2013 Ventelistekube som bygger på PAS-registreringer. Åpen rapporteringsdel – antall fristbrudd, ventende og ventetid per PAS-avdeling, enhet, HF og regionalt. Tilgangsbegrenset del med informasjon på pasientnivå om pasienter som har fristbrudd, vil få fristbrudd, har passert planlagt inndato, ventetid, utsettelseskoder m.m, liste over behovspasienter etter samme mal, der vi bruker intern hast som medisinsk forsvarlig frist i planleggingen. • 2013 Tilsvarende rapport for pasienter i forløp der helsehjelp er påbegynt utviklet og piloteres nå i høst

2. Kort om gjennomførte forbedringstiltak

	Tiltak
Foretakene	• 2008 Ansatte egen PAS-konsulent • 2009 Opplæring i registervedlikehold for PAS, rydding og rutiner • 2010 Fagavdelingen etablerte ventelistenettverk med møter hver 14. dag for opplæring, erfaringsutveksling. Målgruppe ansatte ved inntakskontor og prioriterende leger • 2010 Prosedyre Ventelister – daglig registrering og vedlikehold – hindring av fristbrudd. Ventetid og fristbrudd tema på direktørens dialogmøter med klinikkene på samme måte som økonomi. Fokus fristbrudd og vurderingsbrudd. Etablering av roller, ansvar og rapportering alle nivå. • 2010 Gjennomført opplæring i ny prosedyre og repetisjon av registervedlikehold • 2011 (HMR): Utarbeidet komplett prosedyrepakke for riktig registrering av ventelister i PAS, inklusiv rapporter og rutinemessig vedlikehold for å sikre pasientenes rettigheter i behandlingsforløpet. Innført sjekkliste. Eks: • Handtere og rydde i åpne henvisningsperioder. Målet er: Alltid aktiv venteliste i en henvisningsperiode. • Hindre fristbrudd • Systematiske rapporter for å hindre at vi "mister" pasienter • 2012 Fokus i nettverket skjerpet til null fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid under 65 dager • 2011-2013: Elektronisk prioritering av henvisninger både e-henvisninger og papirhenvisninger. Ansatt inntakskordinator i hver enkelt klinikk for oppfølging av e-henvisninger. De følger også opp alle ventelister, fristbrudd samt foretar opplæring (HNT) • 2011 – utløp 2013 (HMR): Innført fullelektronisk saksgang i journalsystemet for henvisningshandling i heile foretaket. • 2013 Ventelistekuben benyttes i oppfølging av pasienter
Regionale tiltak	• Regional PAS-brukergruppe er godt i gang med et systematisk arbeid for å sikre riktig registrering av forløp i vårt pasientadministrative system. Ansiennitetsdato og rettigheter skal følge pasienten i heile forløpet; innen et fagområde, på tvers av fagområder og på tvers av sjukehus. • En sykdomstilstand – En henvisningsperiode. Det forutsetter systemendringer som tidligst er på plass i mars 2014, påfølgende prosedyrebeskrivelser samt omfattende opplæringstiltak.

3. Status og resultat

3.1 Status for oppfølging av kartlegging og forbedringstiltak

	Status
Foretakene	Har arbeidet kontinuerlig med forbedringstiltak lokalt og regionalt siden 2008. Registervedlikeholdet er kraftig forbedret. Flere registrerer riktig til rett tid. Elektroniske vurderingsnotat støtter riktig prioritering av henvisningene. Tallene viser en gradvis forbedring siden oppstart, men status er nå stabilt på rundt 200 fristbrudd. Tiltak som bedrer kapasitet, logistikk osv er nå viktige for å løse de gjenværende utfordringene.

3.2 Registrerte nye uønskede hendelser

	3.2 Registrerte nye uønskede hendelser
Foretakene	Ingen kjente

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

A. Gjennomsnitt vurderingstid (henvisning)

Helseforetak/-institusjon	G.sn. antall dager forrige måned	Andel vurdert innen ti dager	Trend
St. Olav	6,0	Må bestilles heilt ny rapport på dette.	Halvert fra 12,0 dager i løpet av siste par år 98% innfridd innen dagens frister på 10 og 30 dager
HMR	Aug 2013: Ålesund: 7 Volda: 4 Molde: 5 Kr.sund: 4	Må bestilles heilt ny rapport på dette.	Minkende
HNT	Namsos 8 Levanger 9		

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

B. Åpne dokument > 14 dager

- Har ikke rapporter for dette. Indikatoren må defineres godt om vi skal kunne rapportere på den.
- DocuLive EPJ:
 - Bestilt rapport til HEMITs tjenesteansvarlig for klinisk dokumentasjon over uferdige dokumenter, men vi har ikke den type rapport som skisseres i malen
 - Det er mulig i DocuLives arbeidslister å finne dokumenter til signering, kontrasignering og til utsendelse per avdeling. Klinikkene kan skrive ut lister per forfatter for oppfølging.
- Usignerte prøvesvar i LAB RoS:
 - Ad hoc-rapport 2012 viser at det finnes usignerte prøvesvar. Patologisvar vet vi signeres og følges opp nøye. Epikriseskrivende lege har ansvar for å sørge for at alle prøvesvar er vurdert og plan for oppfølging lagt ved utreise. Ved poliklinisk konsultasjon har behandlende lege ansvar for oppfølging av resultatene.
 - Rutinemessig regional rapport over usignerte svar per enhet til gi linjeledelsen oversikt og styrings og oppfølgingsmulighet er bestilt, men vi får ikke månedlige rapporter ennå
- Andre prøvesvar på papir:
 - Skannes etter at de er signert eller
 - Skannes først og sendes til behandlende lege som signerer ved å kvittere ut

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

C. Åpen henvisningsperiode uten avtalt ny kontakt

Vi har kun rapporter som inkluderer pasienter som har status som ventende. Rapportene kjøres dels ut som liste over pasienter til de enkelte klinikkene for oppfølging, samt sentralt til Fagavdelingen slik at vi kan se utvikling og følge opp klinikker som trenger hjelp

Helseforetak/-institusjon	Antall åpne henvisninger	Trend
St. Olav 3. okt 2013	241	Økende (normalt rundt 90). Rapport kjøres hver 14. dag
HMR pr. 30. sep 2013	314	Minkende Rapport kjøres månedlig

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

Verktøy, eksempler fra Ventellistekuben HMN:

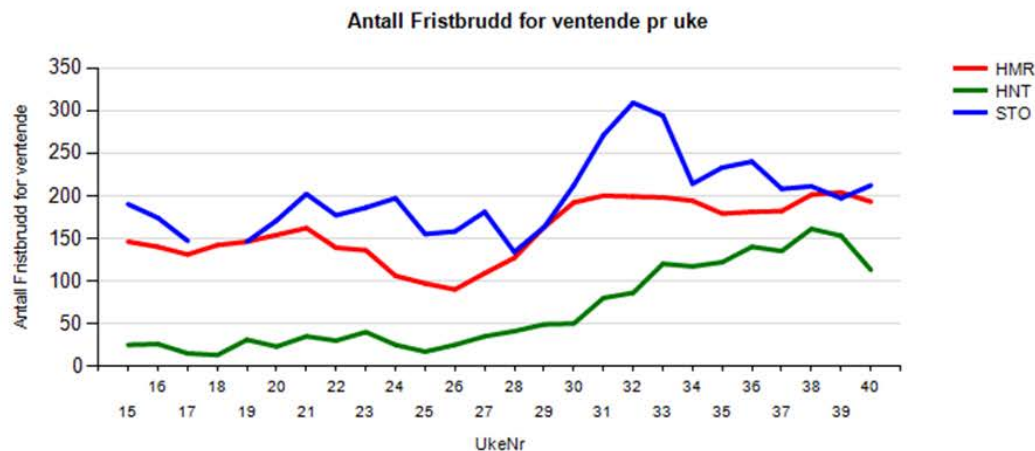
Home > Fristbrudd > Fristbrudd_Ventende_Graf

Rapporttype

1 of 1 100% Find | Next

Antall Fristbrudd for ventende

06 Oct 2013



		30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
☒ HMR		192	200	199	198	194	179	181	182	201	204	193	
☒ HNT		50	80	86	120	117	122	140	135	161	153	113	
☒ STO	☒ TR	212	271	309	294	214	233	240	208	211	197	212	
Total		454	551	594	612	525	534	561	525	573	554	518	

3. Status og resultat

3.3 Kvalitetsindikatorer

Eksempel pasienter der helsehjelp er planlagt etter fristen:

RAPPORTLISTE Planlagte brudd (Test)

--Ventende rettighetspasienter (med status=1, venter på helsehjelp)
 --Fristdato fra rapportdato og fram i tid, sortert med eldste fristdatoer øverst
 --Pasienter utsatt etter eget ønske eller av medisinsk årsak er ikke med i utvalget
 --Rapportdato: 09.Oct 2013

[Tilbake til Hovedrapport](#)

Utvalg:
 DTplan > DTfrist
 and DTfrist > DTrapport
 and utskode NOT IN (2, 3)

Pålogget bruker:
 USER\rutn-st

Antall i utvalget: 128

Sykehus	Avdeling	Enhet	PID	prioritet	DTstart	DTfrist	DTintHast	DTplan	fagomr	formaal	fritekst	ktype	grkode	henvo
TR	BARN	BARN - GENERELL POLIKLINIKK	:	R	20130612	20131012	20131012	20131015	220	ARAH/NEVR O	EEG + LEGE -EPILEPSI?	NU	?	
TR	BARN	BARN - GENERELL POLIKLINIKK	:	R	20130813	20131013	20131013	20131021	220	KRSO	GULPING -VEKSTKURVE	NU	?	
TR	BARN	BARN - GENERELL POLIKLINIKK	:	R	20130814	20131014	20131014	20131021	220	KRSO	KLINISK + CUL (BESTILT)	NU	?	
TR	BARN	BARN - GENERELL POLIKLINIKK	:	R	20130715	20131015	20131015	20131016	220	REVMA	REVMA. ERFAR LIS.LEGE,FYS	NU	?	
TR	BARN	BARN - GENERELL POLIKLINIKK	:	R	20130724	20131024	20131024	20131025	220	LALU	VEKSTKURVE -KLINISK LA	NU	?	
TR	BARN	BARN - INTENSIV - SENGEPOST	:	R	20130513	20131014	20130914	20131024	220	EMBLETTA		PL	?	
TR	BARN	BARN - KREFT- OG BLODSYKDOMMER -	:	R	20130821	20131022	20131003	20131024	220		HENV GROVSORT 210813 -OV	NU	?	
TR	BARN	BARN - MEDISIN - SENGEPOST	:	R	20130610	20131010	20131010	20131120	220		SIGMOIDEOSKOPI (COLOSKOPI	NU	?	
TR	BARN	BARN - MEDISIN - SENGEPOST	:	R	20130614	20131018	20131018	20131121	220		GASTROSKOPI	NU	?	
TR	BARN	BARN - POLIKLINIKK - ALLERGOLOGI	:	R	20130624	20131024	20131024	20131028	220		FLOW -ASTMA? ALLERGI?	NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130614	20131014	20131014	20131022	050	HÅND		NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130712	20131015	20131015	20131113	050	KEHO	RTG.BEKKEN FRONT LIGGER L	NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130830	20131015	20131015	20131029	050		190913:ÅPNET RTG. MOLDE	NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130417	20131016	20131016	20131105	050	CHØY	RTG. BEKKEN FRONT	NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130826	20131022	20131022	20131024	050			NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130429	20131029	20131213	20131213	050	FINGER	DE TAR KONTAKT FØR HVIS P	K	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130829	20131029	20131029	20131030	050			NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130904	20131030	20131030	20131118	050	KNE		NU	?	
TR	BARN	BARNEORTOPEDISK POLIKLINIKK	:	R	20130911	20131030	20131030	20131119	050	HÅND		NU	?	

Pasient kan hentes fra denne listen og følges opp videre i de pasientadministrative systemene

4. Helse Midt-Norge RHF vurdering av status

<Her oppsummerer RHF kort sin vurdering av status og eventuelt plan for endring eller nye tiltak >

HELSE SØR-ØST RHF:

Prosjekt «Glemt av sykehuset» med funn og regionale oppfølgingstiltak
Erfaring med regionale kvalitetsindikatorer

HELSE NORD RHF:

HOS prosjektet (Harmonisering, Optimalisering og Sammenslåing) pågår 2012-2016
Fristbruddsprosjekt Regionale prosedyrer er utarbeidet og implementeres i foretakene

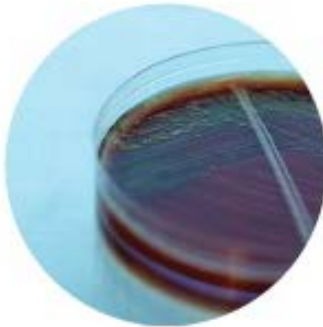
HELSE VEST RHF:

Felles EPJ løsning med regional forvaltning
114 punkt for kontinuerlig regional oppfølging i faste driftsmøter

HELSE MIDT-NORGE RHF:

Regional PAS-brukergruppe
Skal bytte ut sitt PAS/EPJ system

Informasjonsteknologi og digitale tenester (e-helse)



Status for innføring av e-resept i foretakene (Helse Vest)

Helse Nord RHF

- Baserer sin løsning på DIPS e-resept
- Løsningen testes nå ved UNN HF og forventes ferdigtestet innen 1. november 2013
- Pilot planlegges startet i løpet av desember 2013 ved UNN HF - Tromsø
- Regional utrulling med planlagt oppstart februar/mars 2014
- Løsningen forventes ferdig utrullet i løpet av juni 2014

Helse Midt-Norge RHF

- Baserer sin løsning på DocuLive EPJ og e-kurve-løsningen (Siemens) og integrasjon av disse mot Forskrivningsmodulen (Helsedirektoratet)
- Løsningen planlegges pilotert i 2. halvår 2014
- Innføring planlegges startet i 1. kvartal 2015
- Ferdig innføring er pt. ikke endelig planlagt

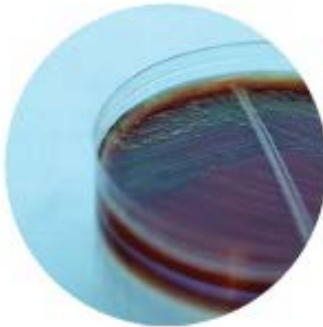
Helse Sør-Øst RHF

- Baserer sin løsning på DIPS e-resept
- Pilot på Akershus universitetssykehus (Ahus) februar/mars 2014 (øre/nese/hals og psykiatri)
- Utrulling ved Ahus planlegges ferdig i løpet av juni 2014
- Plan for full utrulling i regionen
 - Start sommeren 2014
 - Forventes ferdig desember 2015

Helse Vest RHF

- Baserer sin løsning på DIPS og Forskrivningsmodulen (FM) (Helsedirektoratet)
- I samarbeid med Helsedirektoratet har FM blitt tilpasset bruk i spesialisthelsetjenesten
- Pilot startet oktober 2012 ved Revmatologisk avdeling i Helse Bergen HF – Haukeland Universitetssjukehus
- Oktober/november 2013 planlegges oppstart utrulling i Helse Bergen
- Full utrulling i regionen forventes ferdig juni 2014

Informasjon til pasienter og befolkning om fritt sjukehusval (Helse Vest)

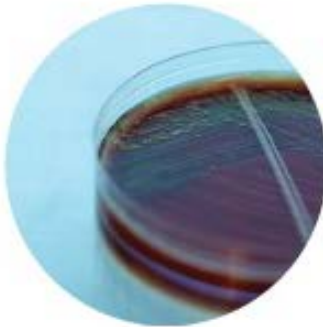


Fritt sjukehusval, informasjonstiltak

- **Løpande:** Pasienthjelparen, god og oppdatert informasjon til fastlegar og pasientar/ brukarar på nett.
- **Hausten 2012:** Kampanje saman med Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet.
- **Hausten 2013:** Minikampanje på Vestlandet.
 - Lesarbrev i seks aviser
 - Nettannonsering i Bergens Tidende og Stavanger Aftenblad
 - Eigne nettsider, sosiale medier og nyheitsbrev
 - Brev til fastlegane
 - Visittkort i sjukehus og hos fastlegar
- **2014:** Støtte opp under nasjonale tiltak, eigne minikampanjer på Vestlandet (vår og haust).



Bemanning (Helse Vest)



Medarbeiderar – 2. tertial 2013

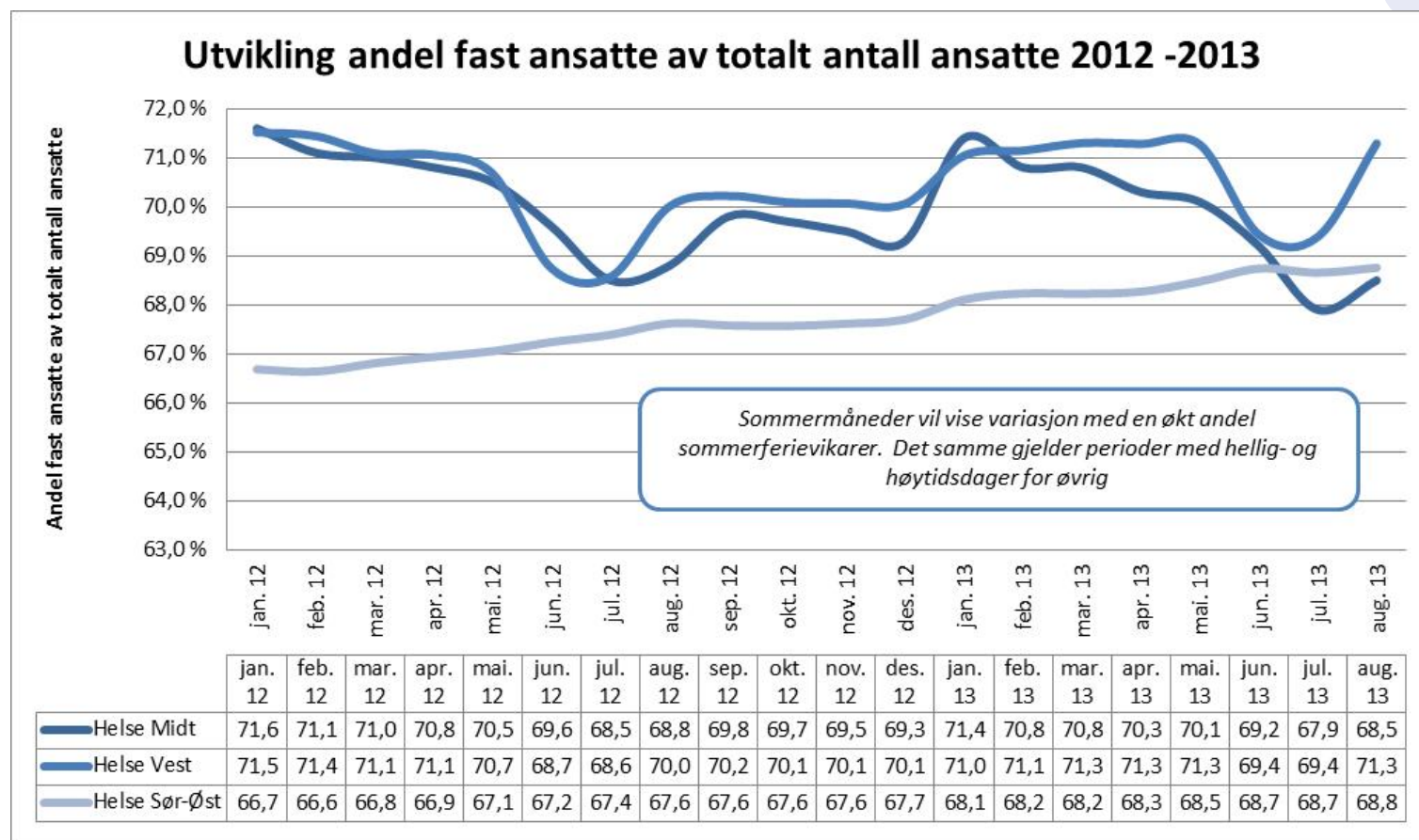
Kunnskapsgrunnlag og følgjande indikator for alle regionar:
*Ansettelsesreform – andel fast ansatte (andel fast ansatte
av totalt antall ansatte) Kjelde ØBAK*

Andel faste ansatte medarbeidere

- Alle regioner rapporterer i tråd med nasjonal indikator
- Andel fast ansatte varierer med sesongmessige svingninger
- Ved lavt forbruk av vikarer/midlertidig ansettelser som virkemiddel, vil andelen faste ansatte være stabil
- Det er også viktig å balansere dette i forhold til bruk av innleide helsepersonell vikarer
- Andelen kan også variere noe dersom enkelte helseforetak setter inn tiltak for å redusere ventetid/fristbrudd og bruker midlertidig ansettelse for en periode
- Det tar tid å gå fra en relativt lavere andel fast ansatte til en høyere andel
- Helse Nord har ikke tall for 2012 som er godt nok kvalitetssikret. Dette vil endre seg ved overgang til nytt HR system

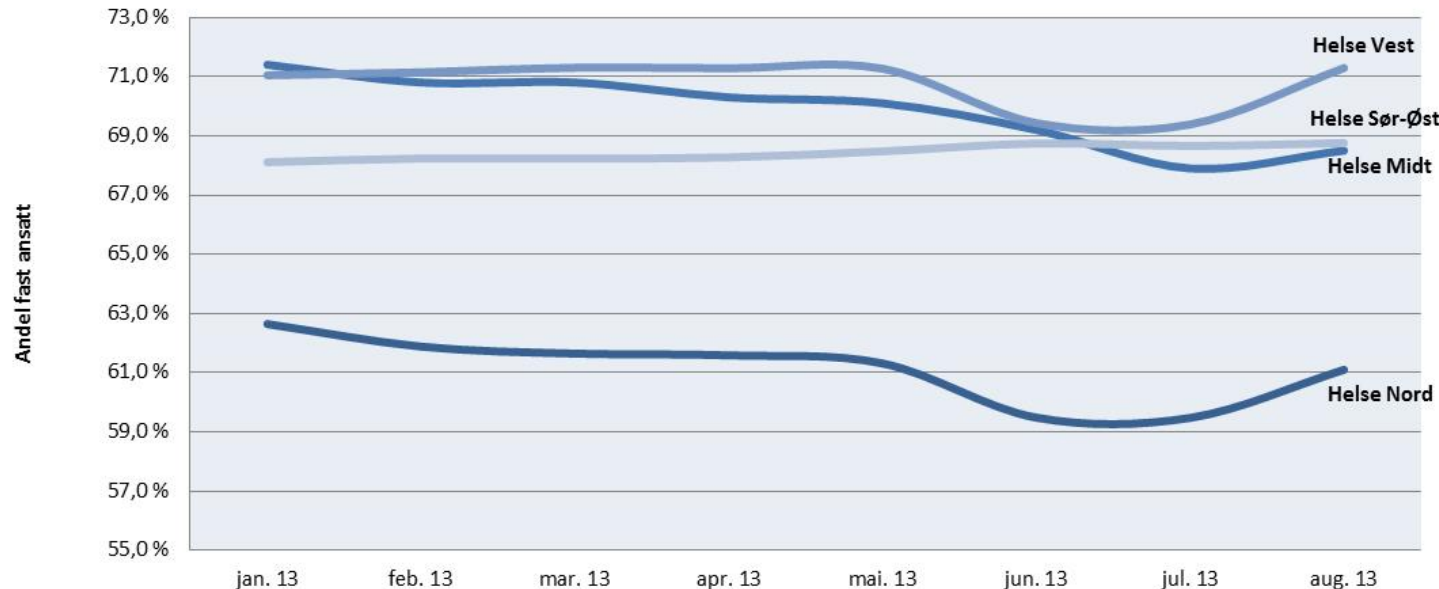


Utvikling andel faste ansatte av totalt antall ansatte 2012 - 2013



Utvikling hittil i år – andel fast ansatte

Utvikling andel fast ansatte av totalt antall ansatte 2013



	jan. 13	feb. 13	mar. 13	apr. 13	mai. 13	jun. 13	jul. 13	aug. 13
Helse Nord	62,6 %	61,9 %	61,6 %	61,6 %	61,3 %	59,5 %	59,5 %	61,1 %
Helse Midt	71,4 %	70,8 %	70,8 %	70,3 %	70,1 %	69,2 %	67,9 %	68,5 %
Helse Vest	71,0 %	71,1 %	71,3 %	71,3 %	71,3 %	69,4 %	69,4 %	71,3 %
Helse Sør-Øst	68,1 %	68,2 %	68,2 %	68,3 %	68,5 %	68,7 %	68,7 %	68,8 %

Helse Midt-Norge har overtatt ambulansetjenesten. Dette påvirker utviklingen. Har vært nødvendig å bygge opp en viss vikarpool for å sikre beredskap ved ferie og sykdom

Skal det være noen forholdstall mellom faste og midlertidig ansatte

«Hvorfor ligger Helse Vest, Midt og Sør-Øst på rundt 69-71% andel fast ansatte og ikke på om lag 80 prosent. Helse Nord ligger på rundt 61%.»

Midlertidig ansatte består av:

1. Utdanningsstillinger
2. Midlertidig ansatt for en bestemt periode (fra – til dato)
3. Vikarer
4. Timelønnede som av en eller annen årsak tar sporadiske vakter

Det er felles nasjonale definisjoner som grupperer ansettelsesforholdene under hovedkategorien midlertidig ansatte inn i disse fire underkategoriene med årsaker til bruk av midlertidig ansettelsesforhold

Utdanningsstillinger	Midlertidig ansatt for en bestemt periode	Vikarer – benyttes der en bestemt medarbeider er fraværende	Timelønnede
Leger i spesialisering (De blir også foreldre og skal ha permisjon)	Benyttes ofte i forbindelse med ferieavvikling for å utnytte ressursene på en god måte for å dekke opp ferie for flere enn en bestemt medarbeider	Ved avklart langvarig sykdom	Studenter som har helgevakter
Turnusleger	Dersom en har ekstraordinært behov for en bestemt periode	Foreldre- permisjoner	Tilfeldig arbeid som dekkes av tidligere ansatte som tar en vakt av og til
Andre utdanningsstillinger	Forskere	Utdannings- permisjoner	Fastvakter
	Dekke opp for overlege- permisjoner. Noen ganger er det overlege- permisjoner «etter hverandre for flere leger»	Andre permisjoner enten det er med eller uten lønn	

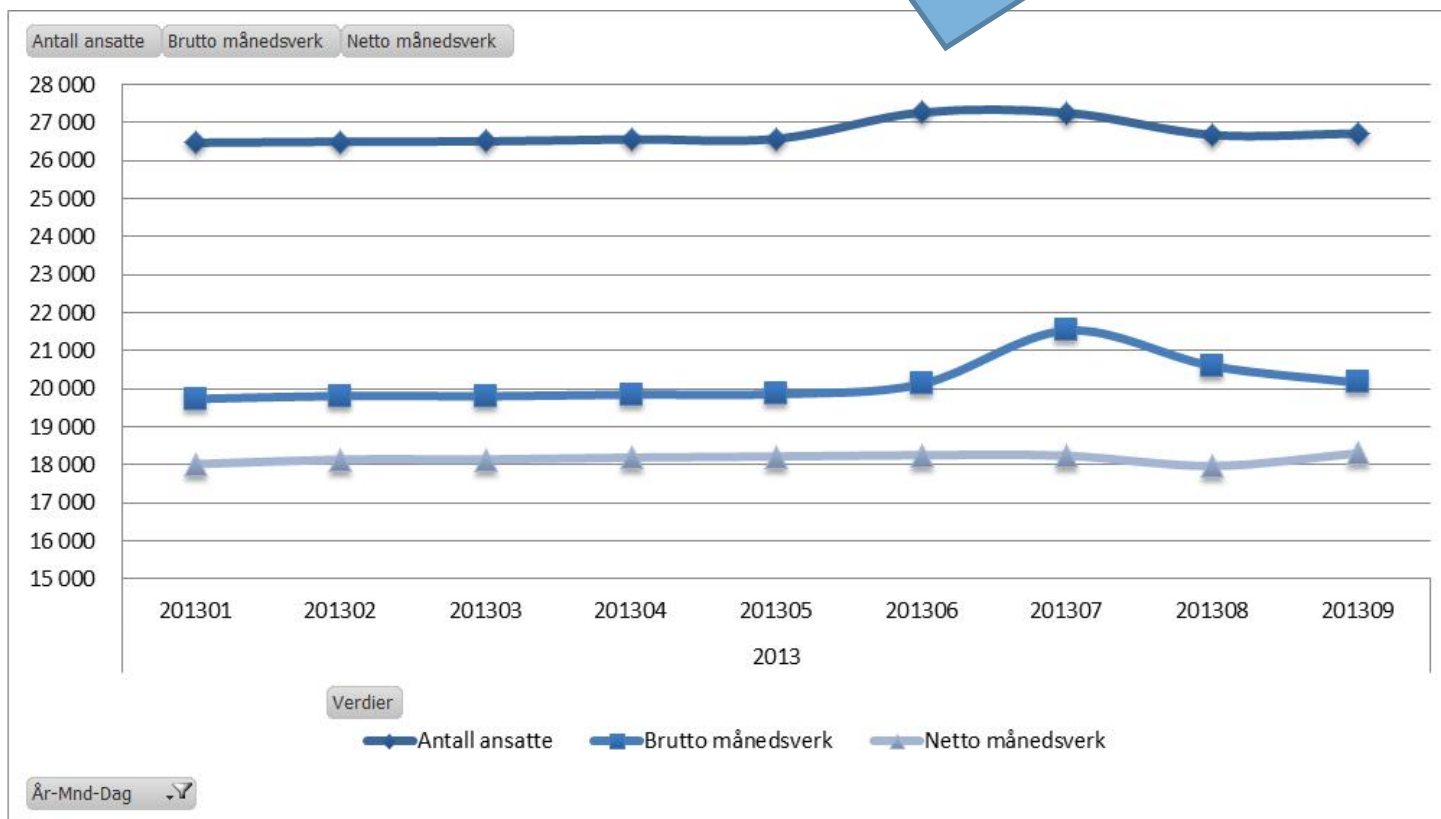
Vi har vel alle hørt om vikar for vikaren

Utdannings- stillinger	Midlertidig ansatt for en bestemt periode	Vikarer – benyttes der en bestemt medarbeider er fraværende	Timelønnede
Leger i spesialisering (De blir også foreldre og skal ha permisjon) En medarbeider ansatt som har permisjon . Teller to	Benyttes ofte i forbindelse med ferieavvikling for å utnytte ressursene på en god måte for å dekke opp ferie for flere enn en bestemt medarbeider 100 medarbeidere har ferie – 100 vikarer = 100	Ved avklart langvarig sykdom Den som er sykemeldt pluss den som er vikar Teller to	Studenter som har helgevakter Teller antallet
Turnusleger Hver enkelt teller	Dersom en har ekstraordinært behov for en bestemt periode Hver enkelt teller	Foreldre-permisjoner Den som har permisjon pluss vikaren. Teller to	Tilfeldig arbeid som dekkes av tidligere ansatte som tar en vakt av og til Hver enkelt teller
Andre utdannings- stillinger Hver enkelt teller	Forskere (for å gi ulike fag/fokus på forskning er det opprettet egne forskerstillinger som faste ansatte tiltrer midlertidig eller at det blir gitt forskningsstipend for en bestemt periode for en som ikke er ansatt) Teller hver enkelt	Utdannings-permisjoner Teller den som har permisjon og den som er vikarer	Fastvakter Teller hver enkelt
	Dekke opp for overlege-permisjoner. Noen ganger er det overlege-permisjoner «etter hverandre for flere leger» Teller den som dekker opp for permisjonene De som er i permisjon står fortsatt som ansatt	Andre permisjoner enten det er med eller uten lønn Teller den som har permisjon og den som er vikar	

Tabellen illustrerer at vi har flere medarbeidere ansatt enn de som er i aktivt arbeid. Det er årsaken til at vi benytter brutto og netto månedsverk som indikatorer for å illustrere ressursinnsatsen. Brutto månedsverk er det vi har betalingsansvar/kostnadene for og netto månedsverk er de som har utgjort ressursinnsatsen den aktuelle måned.

Eksempel

Inntak
av
ferie-
vikarer



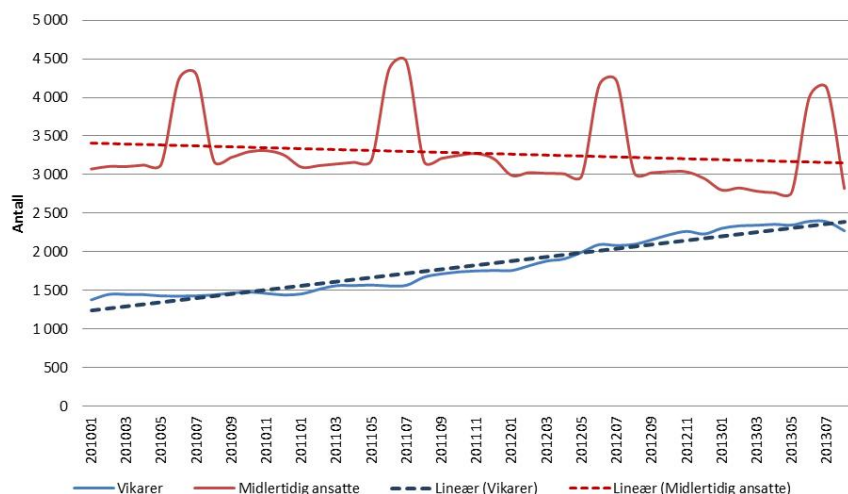
Påvirker antall ansatte. De som har ferie slutter ikke. Antall ansatte øker proporsjonalt med antall ferievikarer som ansettes. Betyr at vi i samme perioden har brutto kostnader for flere, Men i samme periode har relativ stabil ressursinnsats

Kunnskapsgrunnlag – vikarer og midlertidig ansatte

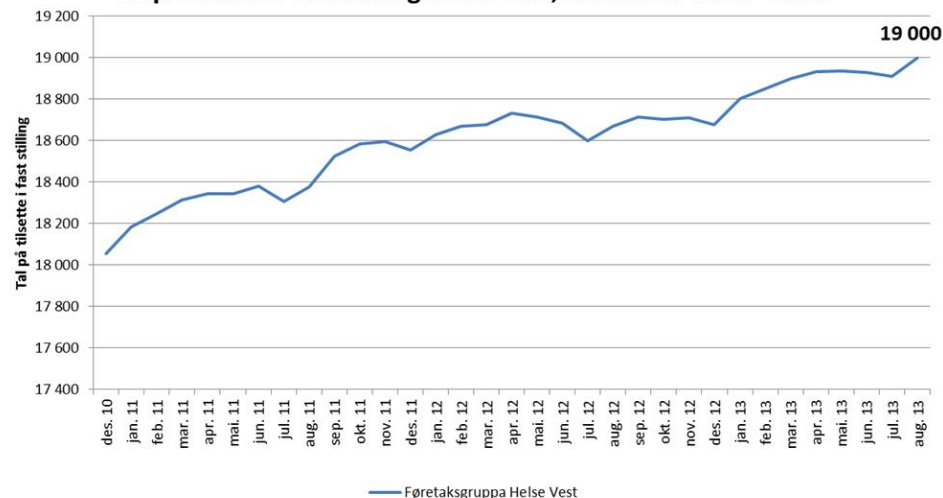
- LiS og turnusleger er midlertidig ansatte
- Økt antall LiS leger og noe økning i antall turnus leger
- Også LiS og turnusleger har rettighetsbaserte permisjoner og blir ansatt
- Dette bildet gjelder også for andre grupper
- Vi har midlertidig ansatte som har rett på permisjoner som det blir tatt inn vikarer for
- Det blir også brukt midlertidig ansatte for å dekke opp sesongmessige svingninger
- Vikarer innebærer erstatning for en bestemt medarbeider for en avklart tidsperiode



Helse Vest - utvikling vikarer og midlertidig ansatte



Tal på tilsette i fast stilling Helse Vest, desember 2010 - 2013



Bruk av midlertidig ansatte og vikarer må sees i sammenheng med pliktige utdanningsoppgaver, rettigheter til permisjoner, sykefravær mv. Vikarer vil

naturlig øke i ferier og hellig- og høytidsperioder. Det same gjelder for midlertidig ansatte. En benytter den siste som «sekkepost» for å benytte ferievikarer mer bredt enn bruk av vikar for en og en fast ansatt medarbeider. Det gir en mer rasjonell ressursbruk på tvers av avdelinger mv.

Vi ser en «sunnere» balanse mellom bruk av vikarer og midlertidig ansatte.

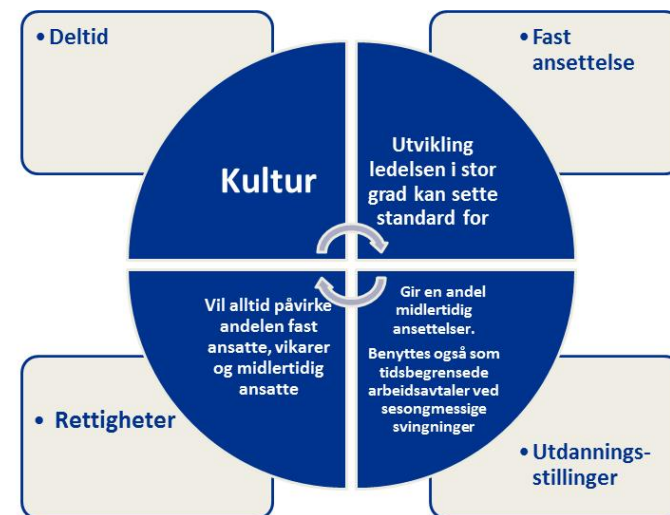
Etablert policy for heltidskultur for hele foretaksgruppen Helse Vest, (faste hele stillinger).

Vikarer	201308
Sykepleiere	1 174
Leger	412
Pasientrettede stillinger	358
Helsefagarbeider/hjelpepleier	77
Diagnostisk personell	187
Psykologer	75
Administrasjon/Ledelse	199
Drifts/teknisk personell	232
Ambulansepersonell	82
Apotekstillinger	12
Totalsum	2 821

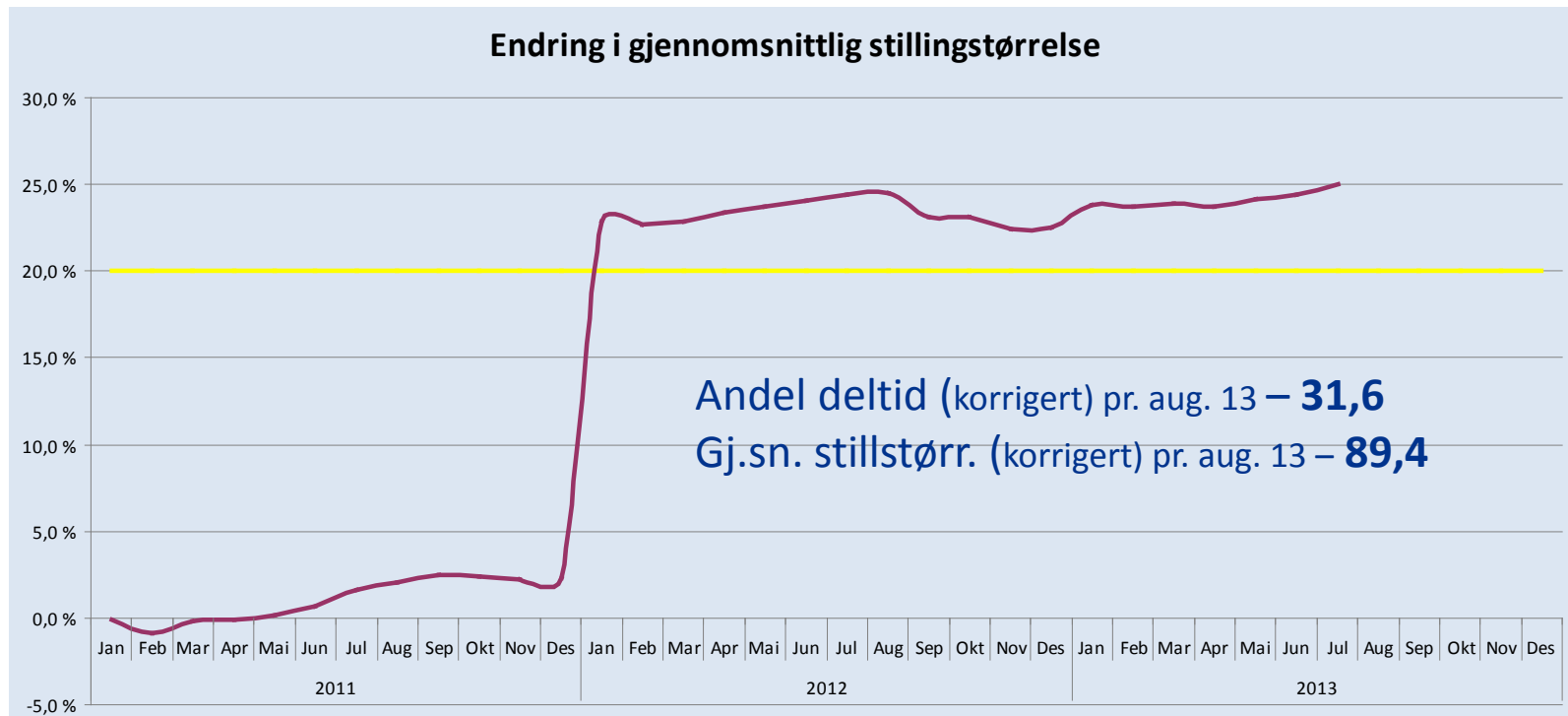
Midlertidig ansatt	201308
Leger	825
Sykepleiere	401
Pasientrettede stillinger	259
Psykologer	57
Helsefagarbeider/hjelpepleier	32
Diagnostisk personell	51
Ambulansepersonell	12
Administrasjon/Ledelse	265
Drifts/teknisk personell	206
Forskning	181
Totalsum	2 273

Heltidskultur

- Målet er flere medarbeidere i faste hele stillinger
- Det vil være en glidende utvikling med mobilisering/engasjement mellom ledere og medarbeidarbeidere
- Alle de fire RHF-ene har strategier for å nå målet
- Tre av fire RHF rapporterer månedlig på alle indikatorene. Helse Nord implementerer fortløpende nytt HR system i regionen



Endringer i still.størrelse 2013 – Helse Midt-Norge

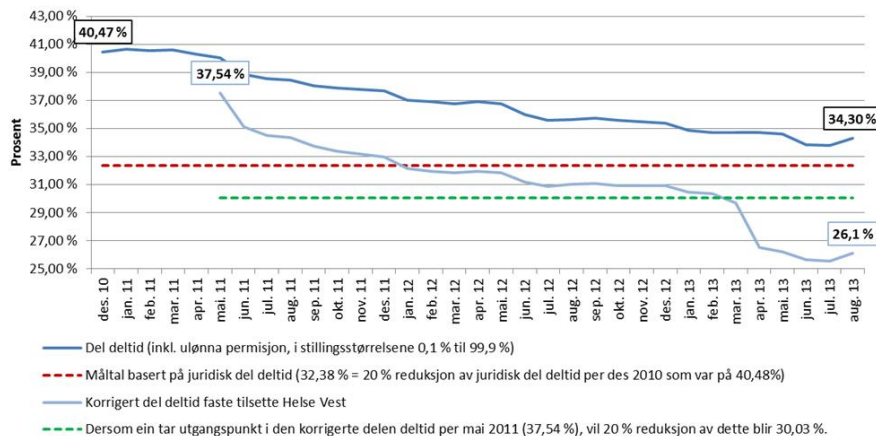


Endringen i desember 2011 skyldes tilpasning til nasjonal indikator (korrigert for rett til deltid etter AML og kombinerte stillinger)

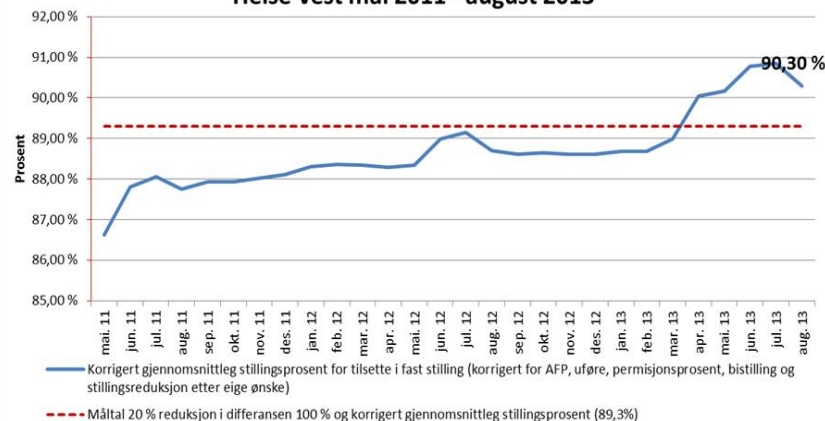
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse øker sakte, men sikkert

Trykket for å øke heltidsandelen opprettholdes - ett av de viktigste tiltakene for å møte bemanningsutfordringene framover

Juridisk del deltid og korrigert del deltid Helse Vest, inkl. ulønna permisjon, for stillingsstørrelsene 0,1 % til 99,9 %



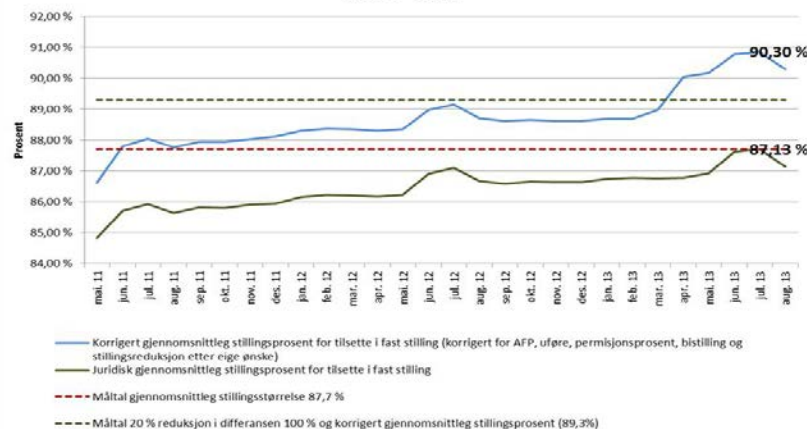
Differanse 100 % og korrigert gjennomsnittleg stillingsprosent Helse Vest mai 2011 - august 2013



Tal på deltidstilsette Helse Vest - faste tilsette medarbeidarar, desember 2010 - 2013



Korrigert og juridisk gjennomsnittleg stillingsstørrelse Helse Vest, 2011 - 2013



Helse Sør-Øst

- Korrigert andel deltid redusert fra **32,3%** til **24,8%**
- Korrigert gjennomsnittlig stillingsprosent økt fra **84,7%** til **93,8%**
- 3 449 flere medarbeidere har fått 100% stilling

Helse Midt-Norge

- **1878** flere medarbeidere har fått 100% stilling
- **937** medarbeidere har fått endret sin stillingsprosent

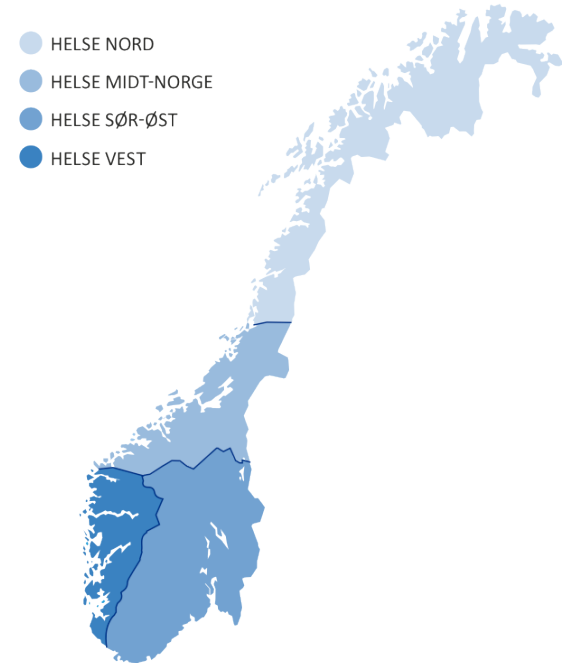
Helse Vest

- **2 258** flere medarbeidere har fått 100% stilling
- **1 683** medarbeidere har fått endret sin stillingsprosent

Helse Nord

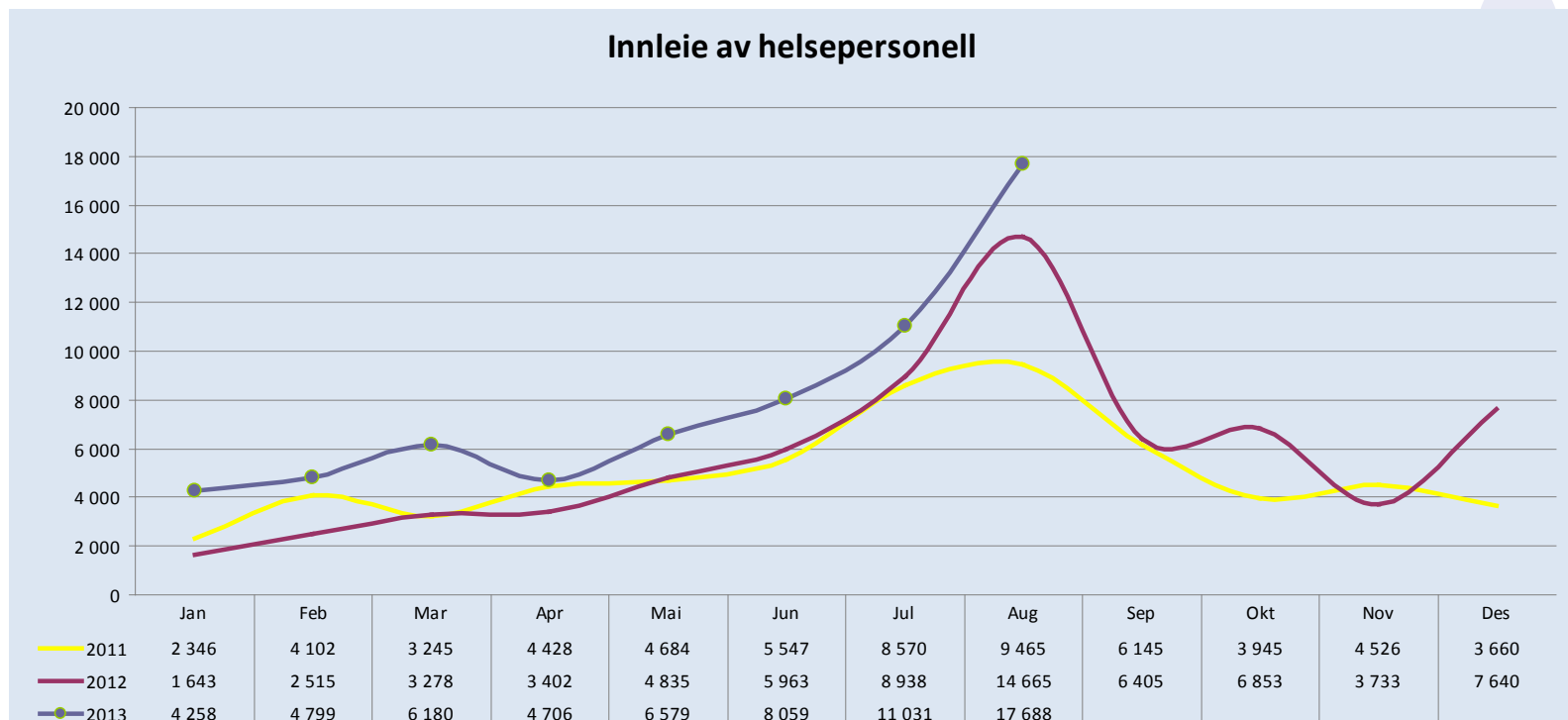
- Helse Nord gjennomfører faktiske målinger ved enkelte perioder. Data vil være tilgjengelig etter nytt HR system er i drift i alle helseforetakene.

Utvikling bruk av innleie



Innleie fra vikarbyrå (i kr. 1000)

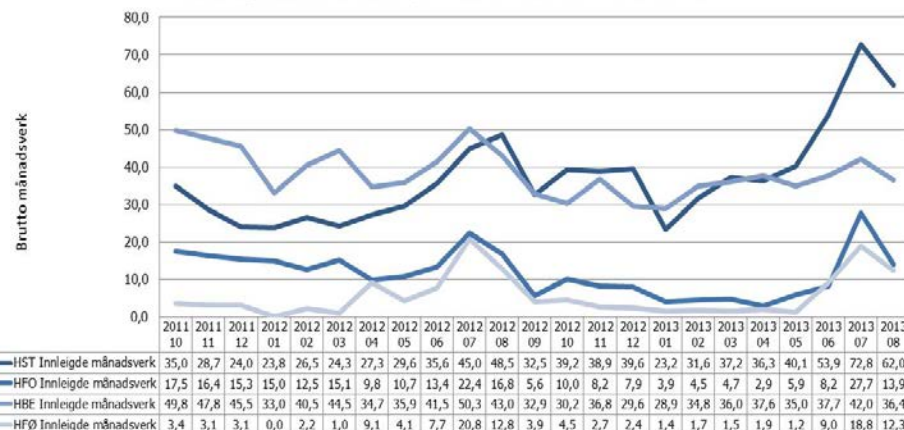
– Helse Midt - Norge



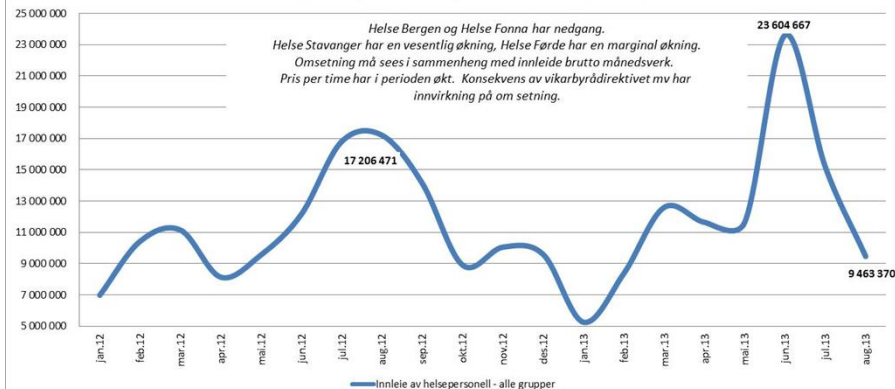
- Liten, men viktig del av tilgjengelig kapasitet
- Økningen fra 2012 skyldes til dels tilpasning til vikardirektivet i nye nasjonale avtaler.

Helse Vest

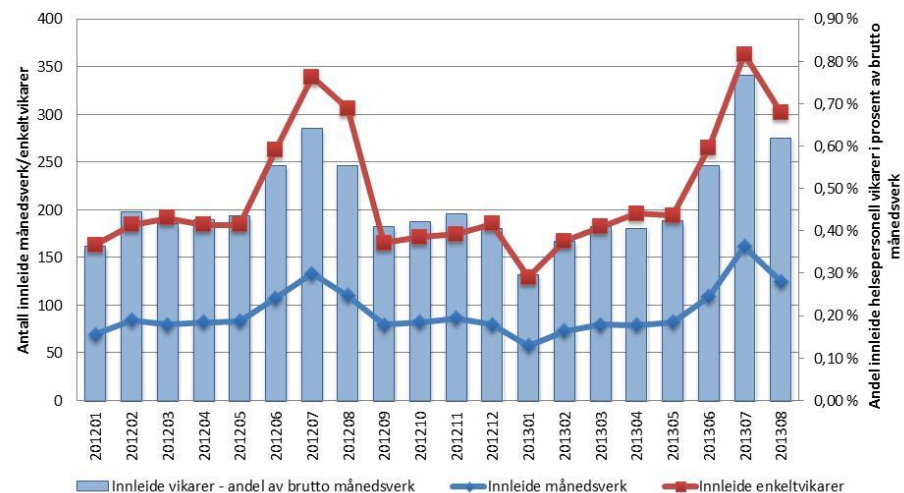
Utvikling innleie av helsepersonell - brutto månedsverk



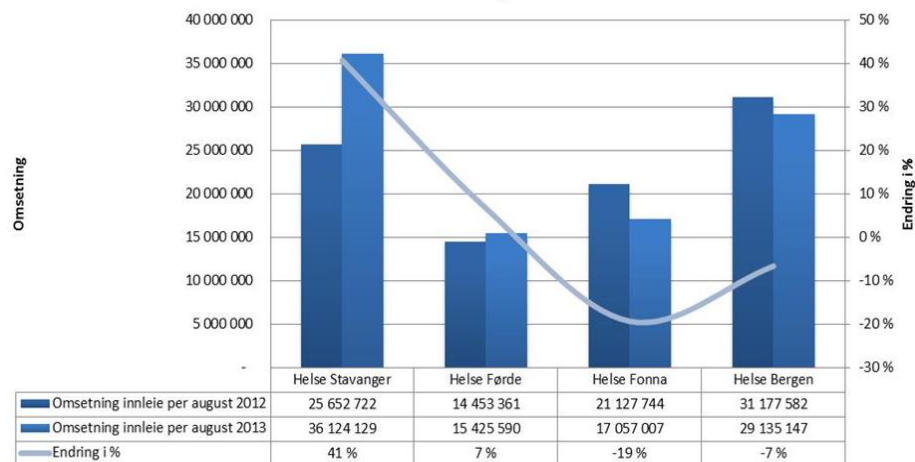
Innleie av helsepersonell - alle yrkesgrupper
kr 92 411.309 per august 2012 og kr 97 741 873 per august 2013



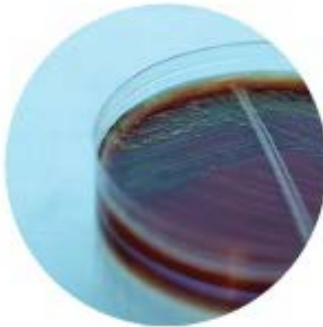
Utvikling - innleide helsepersonell vikarer



Utvikling i bruk av innleide helsepersonell vikarer
(må ta hensyn til endring i kostnadsnivå - bør også sammenlignes med forbruk av innleide vikarer i brutto månedsverk)



Styra sitt ansvar for gjennomgang av veksemda (Helse Nord)



Sak 7 Oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) – ansvaret til styra og leiingane for gjennomgang av verksemda

I Meld. St. 10 (2012–2013) "God Kvalitet – Trygge tjenester" er det lagt vekt på å utvikle ei meir brukarorientert helse- og omsorgsteneste, med meir satsing på systematisk kvalitetsforbetring, betre pasientsikkerheit og færre uønskete hendingar.

Meldinga seier m.a. følgjande om styret og leiinga sitt ansvar:

"Å sikre en god og trygg pasientbehandling utgjør kjernen i styrenes og ledelsens overordnede ansvar. Styrene i helseforetakene og lederne i kommunen må sette kvalitet, læring og forbedring på agendaen på faste møter, og ledere og ansatte må sammen identifisere forbedringsområder for kvalitet og pasientsikkerhet og utvikle en kultur for læring."

I tillegg til ei rekkje konkrete tiltak for å systematisere kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetenesta, er det ønskjeleg å sjå på ansvaret som styret har for å sikre at organiseringa av verksemda og disponeringa av ressursane til leiinga legg til rette for at arbeidet skjer i samsvar med god fagleg praksis. For å kunne vurdere dette bør styra og eigar ha tilgang til ei heilskapleg vurdering av i kva for grad organiseringa og leiinga av verksemda bidrar til at pasientane får tilbod om kvalitativt gode tenester. Ei slik heilskapleg vurdering bør ta utgangspunkt i eksisterande, objektivt målbare data, som kan samanliknast på tvers av verksemdar.

Føretaksmøtet vedtok:

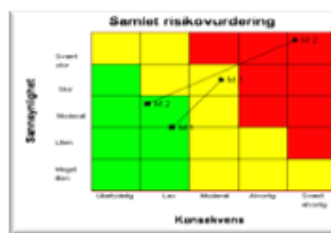
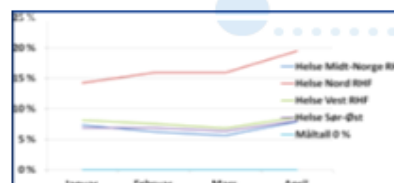
Føretaksmøtet ber dei regionale helseforetaka om å samarbeide om forslag til eit opplegg for korleis styra for helseforetaka, på ein meir systematisk måte enn i dag, kan gjennomføre årleg gjennomgang av kvaliteten i verksemda, basert på det som ligg føre av samanliknbar, nasjonal statistikk.

Arbeidet med nasjonal samordning og standardisering av styrerapportering og styrene sin oppfølging av kvalitet i tjenesten, er ikke igangsatt enda. Videre framdrift vil bli diskutert på neste RHF AD-møte

Styrenes ansvar for årlig gjennomgang av virksomheten

Forslag til å styrke systematikken

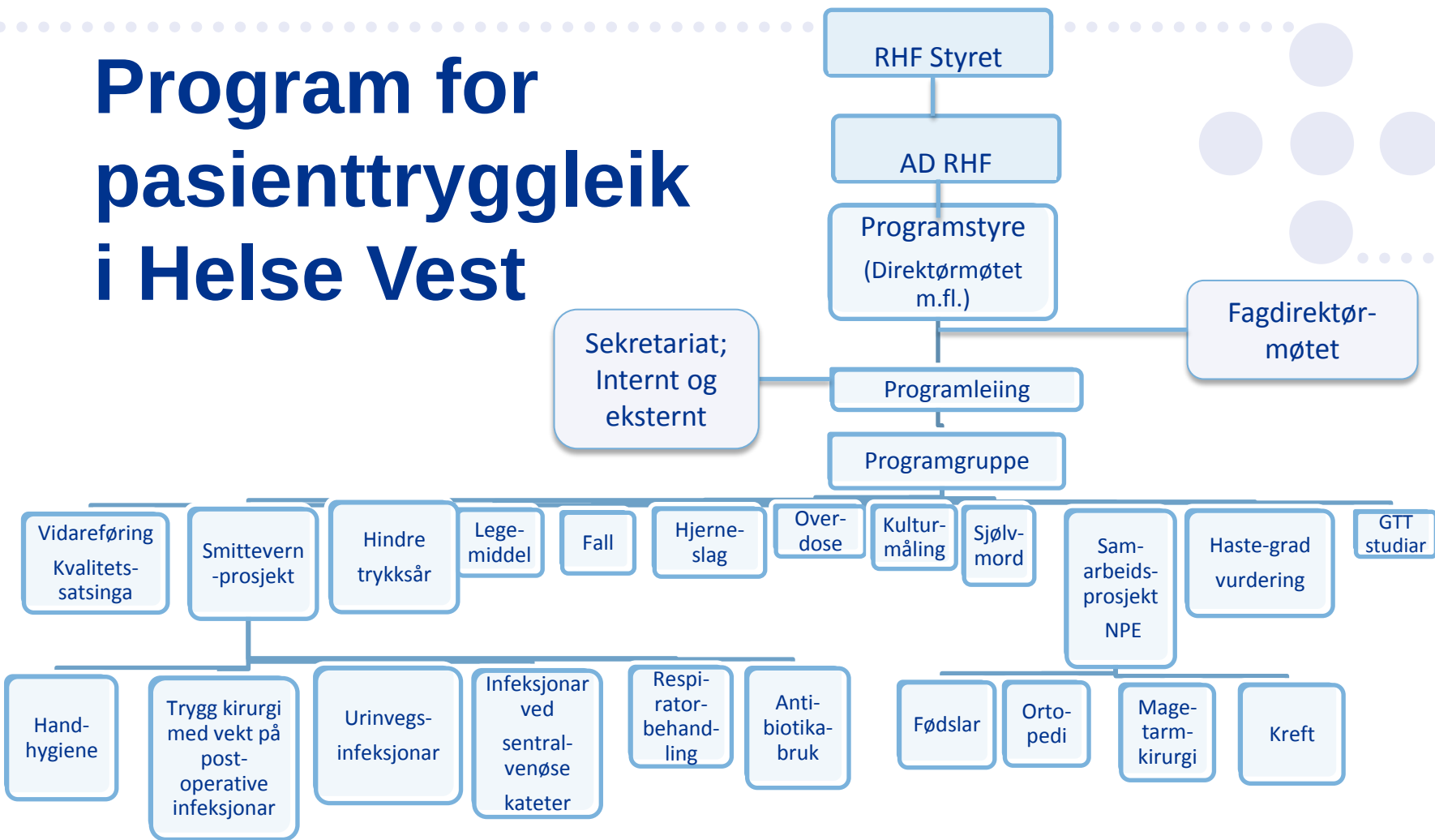
- Samlet oversikt over kvalitet
 - Visualisere trender og måloppnåelse
- Like metoder for risikostyring og internkontroll
 - Trygghet for felles oppfatning av hvor vi har høyest risiko



I Helse Vest: Pasienttryggleik og kvalitet

- Ambisiøse mål innan pasientsikkerheit:
 - Innan fem år skal vi halvere talet på alle pasientskadar som kunne vore forhindra
- Ny meldeordning for skade på pasient innført i 2012

Program for pasienttryggleik i Helse Vest



Program for pasienttryggleik i Helse Vest

- Vidareføring av Kvalitetssatsinga
- Organisert som eit program med underliggjande prosjekt og delprosjekt
- Programstyret = Direktørmøtet i Helse Vest + presentantar for brukarar, tillitsvalde og verneombod
- Fagdirektørmøtet er ei viktig referansegruppe
- Rapportering kvart tertial

Målingar av kvaliteten i verksemda - kjelder

- Nasjonale kvalitetsindikatorar
- Pasienterfaringsundersøkingar
- Meldingar til Kunnskapssenteret – «§3.3-meldingar» om alvorlege / potensielt alvorlege pasientskadar
- Resultat i pasienttryggleikskampanjen
- Offentleggjering av resultat i nasjonale medisinske kvalitetsregister
- Datavarehus for styringsinformasjon
- Kvalitetsindikatorar -kvalitetsbasert finansiering

Nasjonale kvalitetsindikatorar og pasienterfaringsundersøkingar

- Nasjonale kvalitetsindikatorar
- Pasienterfaringsundersøkingar



Blir lagt fram
som sak
for styret i
Helse Vest RHF

Kvaliteten i verksemda – meldingar om pasientskade

- Meldingar til Kunnskapssenteret – «§3.3-meldingar» om alvorlege / potensielt alvorlege pasientskadar
 - Resultat i pasienttryggleikskampanjen
- 
- Krav i Oppdrags- og Styringsdokument som føretaka skal følgje opp

Kvaliteten i verksemda - kvalitetsregister

- Frå regional strategi for kvalitetsregister, styresak 10 04 13
 - Data frå kvalitetsregister skal vere tilgjengelege for leiarar på alle nivå i helsetenesta og det skal leggjast til rette for at data kan brukast i leiing av tenestene
- Regional kartlegging av dekkingsgrad og bruk av data frå kvalitetsregister (2013)
 - Eit fleirtal seier at avdelinga får data frå registre og at avdelinga/føretaket har ganske stor eller veldig stor nytte av register.
 - Fleirtalet seier at data blir brukte både av føretaksleiing , avdelingsleiarar og i lokalt forbetningsarbeid.
- Offentleggjing av resultat i nasjonale medisinske kvalitetsregister
 - Rapportar er under redigering før offentliggjing hausten 2013

Kvaliteten i verksemda – styringsinformasjon i regionalt datavarehus

- Datavarehus for verksemdsrapportering
 - Aktivitetsbarometeret
 - Aktivitetskuben
 - Samhandlingsbarometeret
- Datavarehus for kvalitet og pasienttryggleik
 - Indikatorar for dei ulike tiltaka i kampanje og program for pasienttryggleik
 - Kreftforløp – 20 dagar
 - Epikrisetid og Epikriseprosess

Kvaliteten i verksemda – kvalitetsbasert finansiering

Oppdrag :

«Helsedirektoratet skal utarbeide forslag til valg av kvalitetsindikatorer med tilhørende prestasjonsmål som kan inngå i en mulig ordning med kvalitetsbasert finansiering av de regionale helseforetakene».

Helse Vest har tatt del i arbeidsgruppe og har levert innspel til framlegg om indikatorar

Hvordan arbeide med ventetider på ein ny måte?

1. Vi må nytte kunnskapsgrunnlaget for handling
 - Presentert for alle styra i føretaksgruppa Helse Vest
 - Presentert for alle toppleiargruppene i heile regionen
 - Analysegrunnlaget er stilt til disposisjon for helseføretaka
2. Initiert felles regionalt prosjekt: Alle møter...
 - Forankringsprosess i direktørmøtet mai måned 2013
 - Sak for styret juni 2013
 - Pilotar og førebuing allereie sett i verk på fleire områder
3. Analyse og tilnærming stilt til disposisjon for departementet. Tema i felles rapporteringsmøte.

Vi re-planlegg for om lag 430.000 pasientkontaktar på poliklinikkane - kvart år

82.000 pasientar møter ikkje til tildelt time og gir ingen beskjed - kvart år og 127 000 pasientar som ynskjer å endra timen. Stor del av desse timane blir ikkje fullt opp.

ALLE MØTER

DIAGNOSE

Kunnskaps- Grunnlag (2012)

82 000 møtte ikkje til planlagde pasientkontaktar

430 000 planlagde pasientkontaktar måtte re-planleggast

8 600 pasientar behandla med fristbrot

47 250 pasientar på venteliste, fleire av faga har tilnærma balanse

Fokusområder

1

2

3

4

MÅL

Service til pasientane

Fjerna fristbrot og reduserte ventetider

Utnytte fagleg kapasitet

Fleire pasientar behandla innanfor same ressursramme

Færre forstyringar av drifta

Utnytte kapasitet infrastruktur/begrense behov for utbygging

Utnytte kapasitet for «tungt» utstyr

Fokusområder som kvar for seg vil gje effekt, men som innbyrdes vil styrka effekten av tiltaka - ein del av ein heilskap. Fokus på avdeling, klinikk/divisjon, HF og region

1

Dialog mellom HF og pasient

(4 pilot avdelinger i Helse Stavanger starta **Ringe senter** 1. juni 2013)

2

Betre organisering av poliklinikk

(tiltak kan raskt bli sett i verk – pilot einingane førebur seg på endringane)

3

Avansert oppgåveplanlegging

(pilotar i alle helseføretaka – kan raskt utvidast)

4

Leiarskap og medarbeidarskap

(føreset at vi har ein felles kommunikasjon til alle leiarar)



99

Region



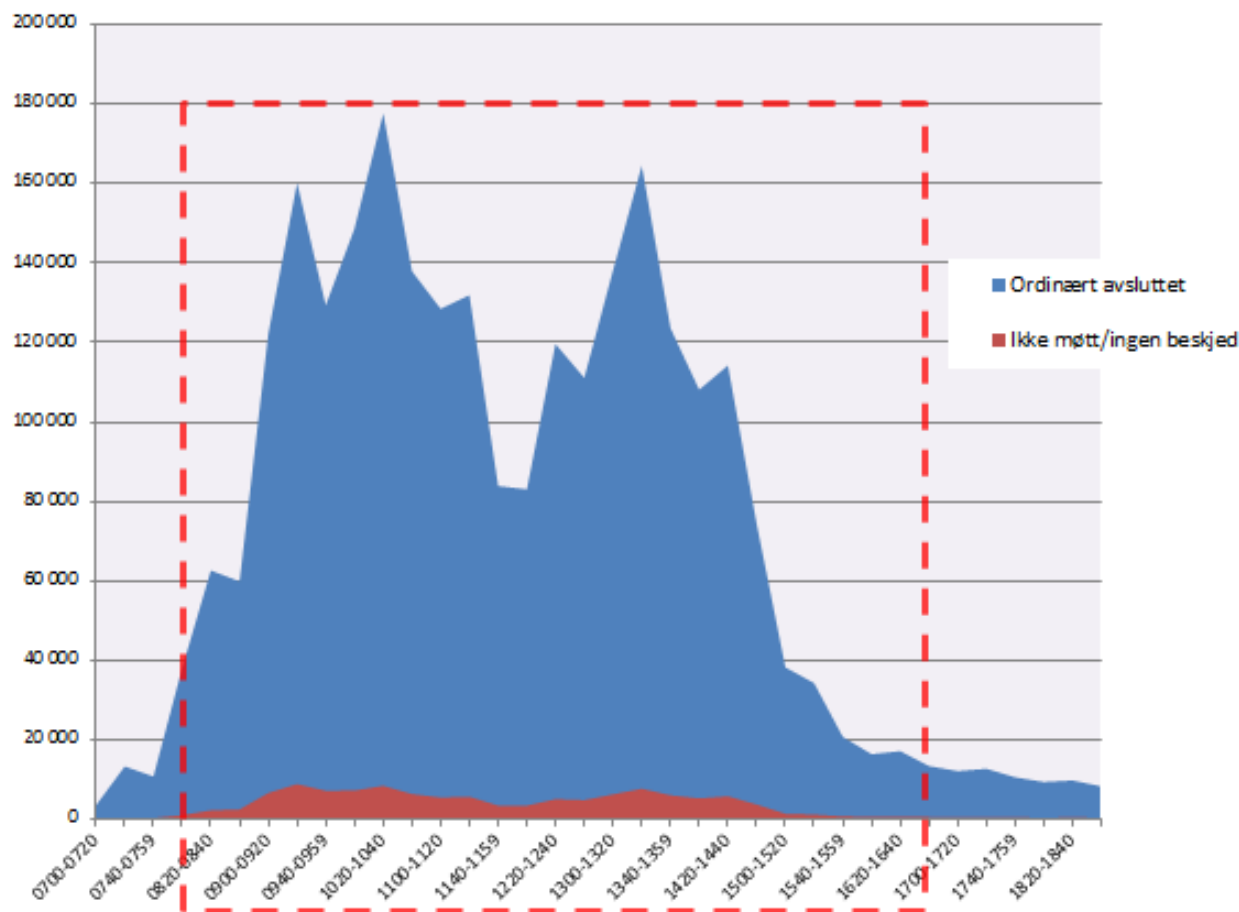
HF



Klinikk



Eining



Bomturar for pasientreiser...

- Totalt ca 10 300 bomturer i 2012
- Helse Bergen har kartlagt at ved omlag 50 % av bomturene ligg årsak hos pasient



Helse Stavanger

- 2936 bomturer
- Utgjør ca 2% av alle turer

Helse Fonna

- 1833 bomturer
- Utgjør ca 2 % av alle turer

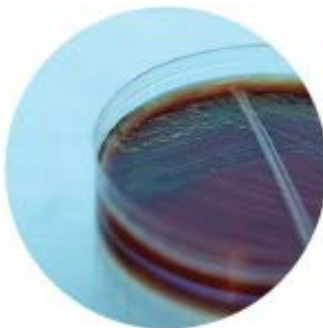
Helse Bergen

- 4928
- Utgjør ca 2 % av alle turer

Helse Førde

- 600 bomturer
- Utgjør ca 1 % av alle turer

RESULTAT - ØKONOMI



Resultat pr august

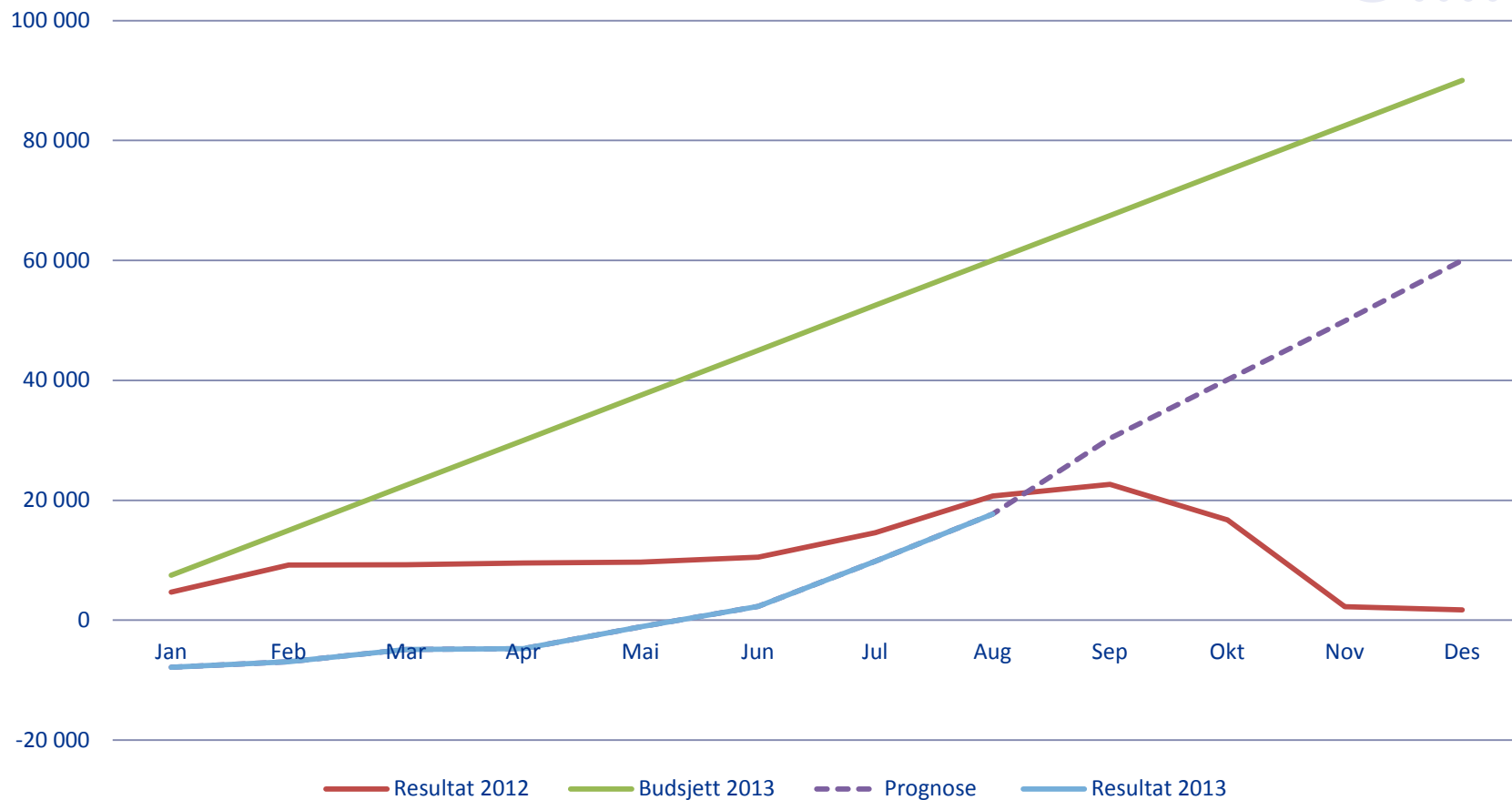
	August			Hittil pr. August		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	2 307	3 171	-864	8 602	9 951	-1 349
Helse Bergen HF	22 775	14 083	8 692	161 799	133 771	28 028
Helse Fonna HF	4 031	2 832	1 198	18 527	22 666	-4 139
Helse Førde HF	2 146	416	1 730	792	3 332	-2 540
Helse Stavanger HF	7 829	7 501	328	17 674	59 999	-42 325
Kjøp av helsestenester	20 020	8 771	11 250	224 974	151 044	73 930
Administrasjon morselskap	1 859	1 262	597	8 501	2 821	5 681
Helse Vest IKT AS	2 673	1 436	1 237	4 663	5 816	-1 154
Til saman	63 641	39 472	24 168	445 532	389 400	56 132

Førebels resultat pr. september

	September			Hittil pr. September		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	-906	133	-1 040	7 696	10 085	-2 389
Helse Bergen HF	18 450	17 417	1 033	180 249	151 188	29 062
Helse Fonna HF	3 909	2 833	1 076	22 436	25 499	-3 063
Helse Førde HF	-229	417	-646	563	3 749	-3 186
Helse Stavanger HF	9 527	7 501	2 026	27 201	67 500	-40 299
Kjøp av helsestenester	29 966	6 676	23 290	254 940	157 720	97 220
Administrasjon morselskap	318	-682	1 000	8 819	2 139	6 680
Helse Vest IKT AS	-5 627	-1 495	-4 132	-965	4 321	-5 286
Til saman	55 407	32 801	22 606	500 939	422 201	78 738

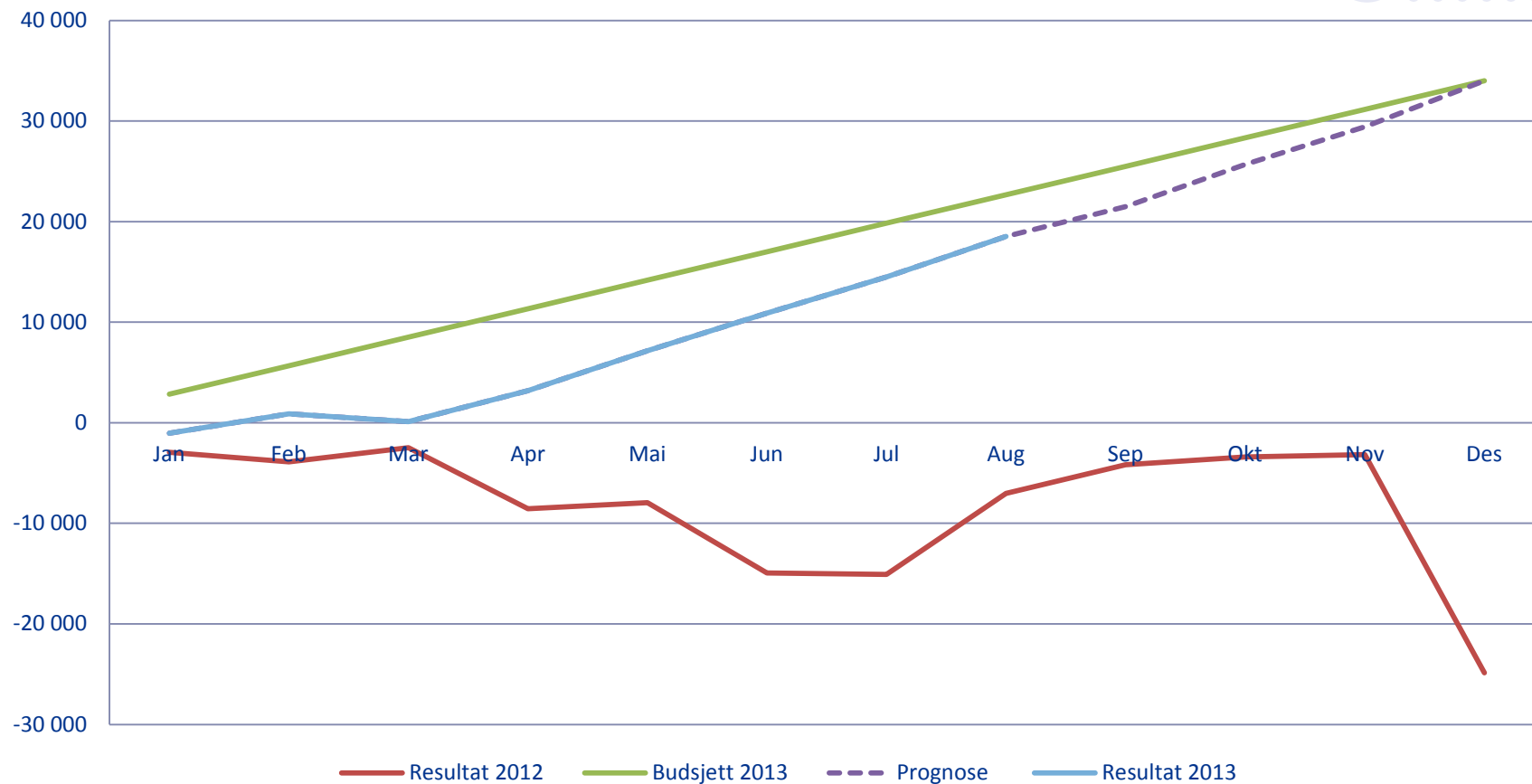
Akkumulert resultatutvikling

Helse Stavanger HF



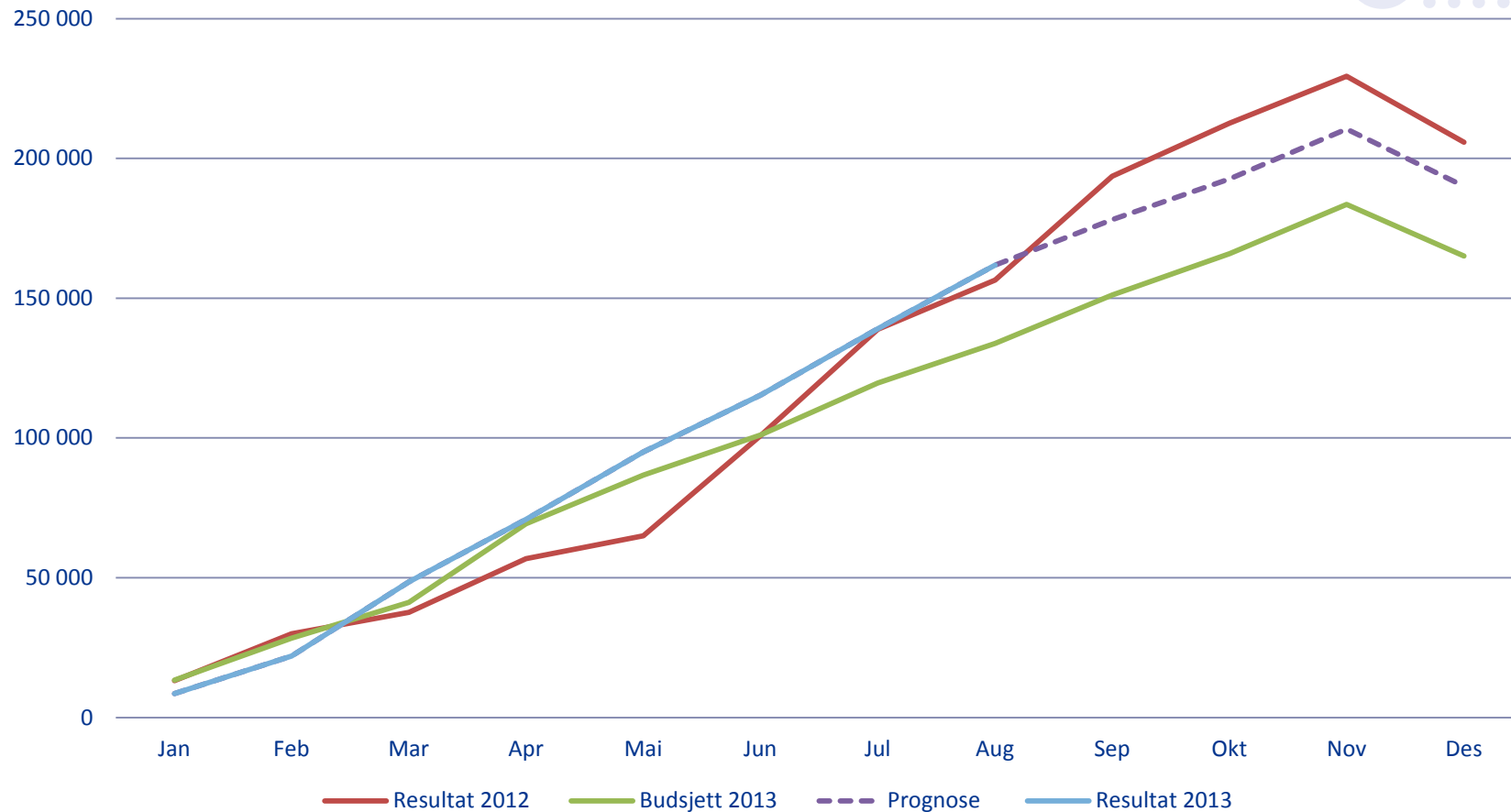
Akkumulert resultatutvikling

Helse Fonna HF



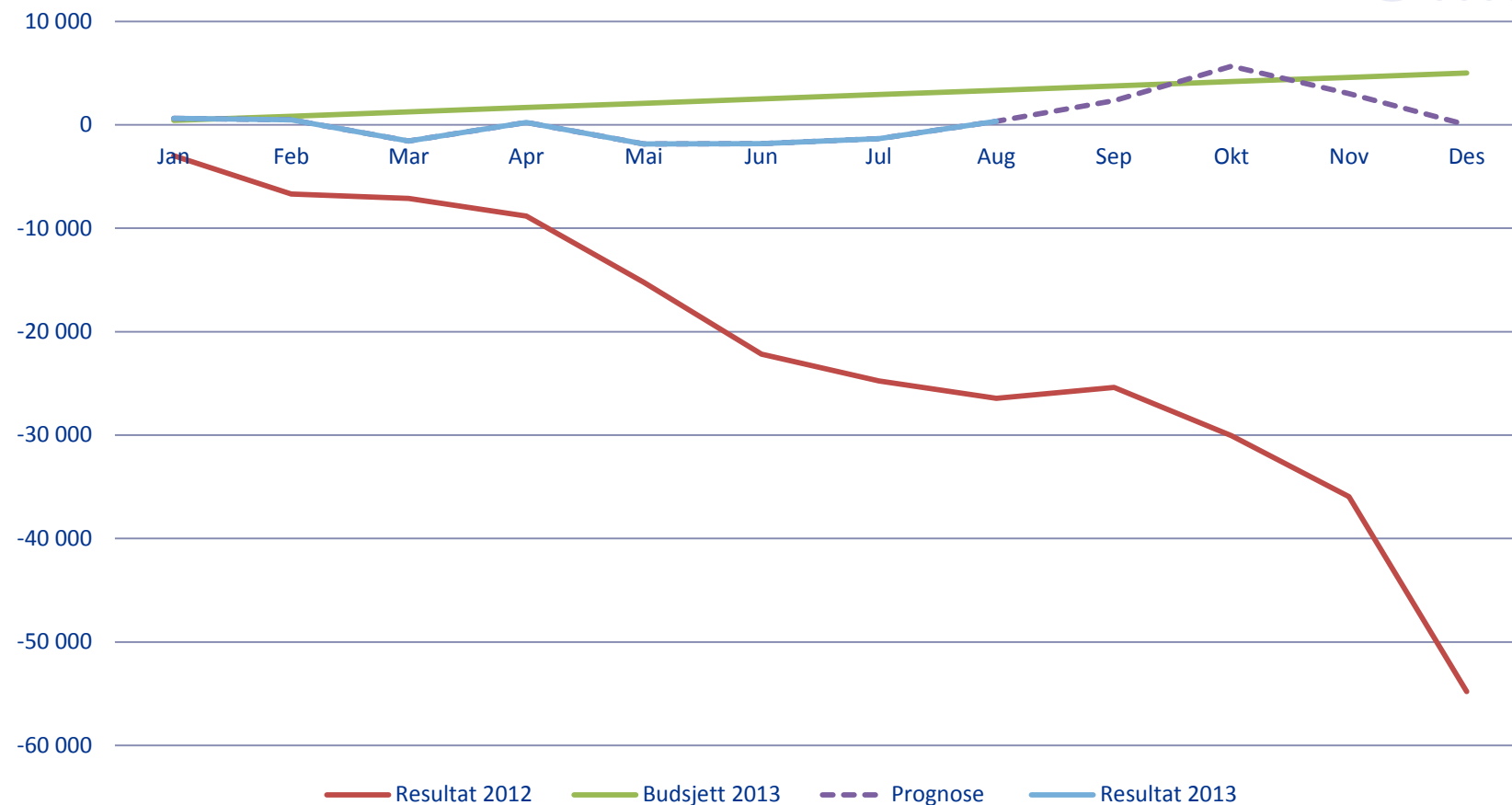
Akkumulert resultatutvikling

Helse Bergen HF



Akkumulert resultatutvikling

Helse Førde HF



Prognose

	Heile året		
	Prognose	Budsjett	Budsjett avvik
Sjukehusapoteka Vest HF	8 500	13 000	-4 500
Helse Bergen HF	190 000	165 000	25 000
Helse Fonna HF	34 000	34 000	0
Helse Førde HF	0	5 000	-5 000
Helse Stavanger HF	60 000	90 000	-30 000
Kjøp av helsetenester	60 000	0	60 000
Administrasjon morselskap	0	0	0
Helse Vest IKT as	1 000	1 000	0
Reserve	154 000		154 000
Til sam an	507 500	308 000	199 500