



Styresak 64-2015 Tertialrapport 1-2015 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler:

Tonje E Hansen, Gro Ankill

Saksnr.:

2015/872

Dato:

26.05.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Tertialrapport 1-2015

Ikke trykt vedlegg:

Innledning

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2015 for Nordlandssykehuset HF.

Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Saken består av rapporteringspunkter knyttet til oppdragsdokumentet og rapportering på styringsparametere pr 1.tertial. I saksutredningen gis en redegjørelse for måloppnåelse knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale kreftpakkeforløp, økonomi, og krav i oppdragsdokumentet 2015 som blir vanskelige å innfri.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Gjennomsnittlig **ventetid** for avviklede pasienter var ved utgangen av april 80 dager, og ligger over fristen på 65 dager. For pasienter med rett til behandling var ventetiden 66 dager. NLSH har den lengste ventetiden i Helse Nord.

Siden høsten 2014 har vært et stort fokus på **fristbrudd** blant avviklede og ventende pasienter i Nordlandssykehuset. I dette ligger det en kartlegging av metoder for data fremstilling, bruk av DIPS rapporter, opplæring av klinisk og merkantilt personell, jevnlig gjennomgang i direktørens ledergruppe og i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Arbeidet har så langt ført til en kraftig reduksjon (fra 14,7 % i januar til 7,7 % i april) i antall fristbrudd blant ventende pasienter, mens fristbruddene blant avviklende pasienter er relativt konstant.

En **reinnleggelse** i sykehus defineres som: enhver etterfølgende akuttinnleggelse (ø-hjelp) for samme pasient etter en tidligere innleggelse som finner sted innenfor 30 dager etter utskrivelse. Andelen reinnleggelser i NLSH ligger stabilt mellom 18-20 %. Det er vanskelig å definere på hvilket nivå reinnleggelser burde ligge på. Dette fordi reinnleggelser ikke bare er uttrykk for omsorgssvikt, men også uttrykk for at en andel pasienter har sykdommer og tilstander som må følges tett og som krever hyppig innleggelse i sykehus.

Innenfor hjerneslagsbehandling er det flere nasjonale kvalitetsindikatorer. Andelen pasienter (18-80 år) innlagt med blodpropp i hjernen (hjerneinfarkt) som har fått **behandling med trombolyse** har hatt en positiv utvikling i NLSH siden 2012. Målet er at 20 % eller mer skal få slik behandling. For

2015 har 19 pasienter har fått trombololysebehandling 1. tertial. Totalt har det vært innlagt 63 pasienter med hjerneinfarkt, som gir en andel på 30 %. Dette gjelder imidlertid alle pasienter, også de over 80 år.

Tall fra nasjonalt hjerneslagsregister for 2013 viste at det nasjonale gjennomsnittet for **andel pasienter med hjerneslag som ble direkte innlagt på slagenhet** var 84,4 %. Til sammenligning hadde NLSH Bodø en andel på 88,2 %, NLSH Lofoten en andel på 90,8 % og NLSH Vesterålen en andel på 78,8 %. Nyere data er ikke tilgjengelig. Andelen i Bodø og Lofoten er tilfredsstillende. Resultatet for Vesterålen er vi derimot ikke fornøyd med og ser dette i sammenheng med den lavere overlevelsen for hjerneslagspasienter i Vesterålen, både sammenlignet med nasjonalt snitt og de øvre sykehusene i NLSH HF. NLSH skal starte et arbeid med å finne ut av hvorfor det er slik, og hvilke endringer og tiltak som må iverksettes for å øke andelen som legges rett i slagenhet, i den tro at dette vil påvirke overlevelsen.

Nasjonale kreftpakkeforløp

Til nå er det etablert standardisert pasientforløp (pakkeforløp) for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft i henhold til nasjonale retningslinjer. Disse pasientforløpene ser ut til å fungere etter hensikten bortsett fra at vi i prostatakreftforløpet opplever noen kapasitetsproblemer på MR. De neste kreftpakkeforløpene som skulle implementeres fra 1.mai, jobbes det med å få etablert. For å legge ytterligere til rette for disse pasientforløpene ble det ansatt to kreftkoordinatorer (en i MED klinikk og en i KIRORT klinikk) fra mai 2015.

Nordlandssykehuset legger opp til at registrering av pakkeforløpskoder skal være en del av ordinære basisoppgaver i klinikkene. Ved gjennomgang av registreringene for de fire første månedene i 2015 finner vi både manglende registrering og feil registrering. Selv om vi nå har fått på plass pakkeforløpskoordinatorer og har forløpsansvarlig lege ser vi at hvert pakkeforløp har behov for en navngitt sekretærressurs for å følge opp tilbakemeldingene fra NPR og drive opplæring blant personellet som skal registrere. Sekretæren skal sammen med forløpsansvarlig lege og pakkeforløpskoordinatorer utgjøre et støtteapparat for å sikre korrekte og komplette registrerte data innenfor det aktuelle forløp.

I oppdragsdokumentet for 2015 er det et krav at andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer. Det er også et krav at andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %. Kravene er i seg selv konkrete, men ut fra tilbakemeldingene fra NPR, hvor det finnes svært mange indikatorer for hvert forløpt, er vi i NLSH usikre på hvordan det skal beregnes. Vi forslår derfor ovenfor Helse Nord RHF at det avvikles et regionalt møte sammen med NPR for å avklare dette. De fire første månedene i 2015 har vi registrert 240 pasienter i pakkeforløp, men flere av pasientene er fortsatt under utredning og vi kjenner derfor ikke den endelige status i forhold til kreft/ikke kreft. I samme periode er det registrert nye kreftdiagnoser for 65 pasienter som ikke har vært registrert inn i noe tilhørende kreftforløp. NLSH har grunn til å anta at det per i dag er < 70 % av nye kreftpasientene i et definert pakkeforløp, men vi må bruke noe mer tid på å gjennomgå rapportene, sjekke registreringen av kreftdiagnoser på pasienter utenfor pakkeforløp og få en avklaring med NPR før vi vet dette sikkert. Uavhengig av om vi ligger > 70 % eller ikke, ser vi at vi har et forbedringspotensial på rapporteringen og vil jobbe videre med det. Når de gjelder forløpstiden de fire første månedene av 2015 har 88 % av pasienter med påvist kreft, som er ferdig registrert med oppstart behandling, fått gjennomført pakkeforløpene innen standard forløpstid.

Økonomiske og organisatoriske krav

Regnskapsmessig resultat etter 1.tertial viser 35,5 mill kr i underskudd, som gir et budsjettavvik på 10,5 mill kr fra resultatkrav. Prognose for 2015 er foreløpig estimert til regnskapsmessig resultat på -90 mill kr og et budsjettavvik på -15 mill kr.

Tiltaksplanen for realisering av budsjett 2015, ihht styringskrav på -75 mill kr, forutsetter gjennomføring av kostnadsreduserende og inntekstøkende tiltak på om lag 120 mill kr. Tiltaksarbeidet har vært fulgt opp fortløpende med den enkelte klinikk for å sikre den nødvendige fremdrift. Så langt er store deler av tiltaksplanen implementert, men det er samtidig identifisert områder der tiltakene enten er forsinket i tid, eller av ulike årsaker ikke vil kunne gi forventet effekt. Det er derfor reell risiko for at nåværende plan ikke vil være tilstrekkelig for å nå resultatkravet inneværende år. De klinikkene dette gjelder er bedt om å identifisere og iverksette alternative tiltak for å kompensere for manglende økonomiske effekter.

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging er et sentralt tiltak i det langsiktige arbeidet med driftstilpasning i foretaket, og skal gjennomføres i samtlige klinikker og stabsavdelinger. For å få til god ressursplanlegging er det avgjørende at planleggingshorisonten for de ulike personellgruppene er tilstrekkelig lang. I enkelte klinikker planlegges aktivitetene for sentrale personellgrupper kun 4-6 uker frem i tid. Dette vanskeliggjør god koordinering og utnyttelse av de samlede ressursene, og er i mange tilfeller direkte årsak til lange ventetider og fristbrudd innenfor flere fagområder. For å sikre forutsigbarhet for den enkelte pasient og best mulig ressursutnyttelse for foretaket, ba styret i april om at arbeidsplanene for alle yrkesgrupper ved NLSH senest innen 1.9.2015 utarbeides med minimum 4 måneders horisont. Tilsvarende bestilling ble gitt fra Helse Nord RHF gjennom foretaksmøte 13.05.2015. Foretaksmøtet ga i tillegg krav om styrket ledelsesmessig oppmerksomhet rundt virksomhetsplanleggingen der behandlingen skjer, herunder fastsetting av måltall for aktivitet og mer rasjonell utnyttelse av behandlingsskapasiteten. Direktøren har iverksatt tiltak for å intensivere arbeidet med ressursplanlegging gjennom utvikling av rapporteringsverktøy og etablering av faste møtepunkter i klinikkene for fortløpende monitorering og oppfølging av gjennomført aktivitet ift plan.

Bærekraftanalysen har vist at omstillingsutfordringen vil være økende i perioden 2016-2019. Virksomheten må derfor allerede i 2015 starte forberedelsene for nedbemanningen som må gjennomføres de nærmeste årene. For å løse siste del av omstillingsutfordringen frem mot 2016-2019 må foretaket redusere kostnader med ytterligere om lag 100 mill kr. Da lønn utgjør hovedandelen av kostnadene i foretaket vil reduksjonene i all hovedsak måtte omfatte årsverk. Det vil si at foretaket må nedbemanne tilsvarende om lag 130-150 årsverk dersom vi tar med gjenstående bemanningsreduksjoner fra tiltaksplan 2015. Som ledd i arbeidet er det igangsatt et større kartleggingsarbeid der det for samtlige klinikker og stabsavdelinger som rapporterer til direktør, samles inn data knyttet til bemannings- og aktivitetsutvikling de siste 4 år. Datamaterialet settes sammen og kvalitetssikres i klinikkene/avdelingene og vil bli benyttet som grunnlag for diskusjon rundt fremtidig dimensjonering av de ulike funksjoner. I de tilfeller hvor tjenesteinnhold eller omfang vil bli vesentlig endret vil foretaket gjennomføre forutgående dialog og avklaringer med Helse Nord RHF.

Status for krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015

1. Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Dette er et krav fra brukerorganisasjonene. Det er ingen empiri på at dette virker, og ikke grunnlag for å hevde at dette er god behandling. Det er vanskelig å forsvare å bruke betydelige ressurser på å bygge opp enheter som vi ikke har evidens for at de vil fungere bedre eller like godt som de enhetene vi allerede har. Det finnes en rekke ikke-medikamentelle behandlingsalternativer i psykisk helsevern, i poliklinikk og sengeposter. Vi tilbyr flere ulike former for psykoterapi (psykodynamisk, kognitiv, gruppeterapi), fysioterapi, kroppsbevissthetsgrupper, mestringsgrupper (fysisk aktivitet og sosial ferdighetstrening), miljøterapi i våre eksisterende døgnenheter (inkl. treningsterapeuter og ernæringsfysiologer), psykoedukasjon til pasienter og pårørende, samt seminarer der pasientene selv

definerer innholdet. Mange pasienter behandles allerede uten medisiner, eller oftere: med nevnte behandlingsoalternativer i kombinasjon med medisin.

Medikamentfrie enheter framstilles som et alternativ til tvungent psykisk helsevern. De juridiske kravene til tvungent psykisk helsevern er at pasienten skal ha en alvorlig psykisk lidelse (som regel psykose eller mani), samt risikere forverring og forspille sine muligheter til bedring, uten behandling, og/eller være til fare for seg selv eller andre. Frivillighet skal være prøvd eller være opplagt uhensiktsmessig (Psykisk helsevernlovens § 3). Disse reglene forholder vi oss strengt til, hvilket tilsier at de som er underlagt tvang til enhver tid er svært syke, og frivillig behandling er som regel prøvd og har vist seg å ikke fungere. I slike situasjoner har vi omfattende klinisk erfaring og et utall studier som viser at disse pasientene blir fortere friskere (eller mindre syke) når vi bruker medisiner. Utlirekkelig behandlede psykoser medfører dårligere funksjon, tap av skolegang/jobb og nettverk, økt stigmatisering i lokalmiljøet, sosioøkonomiske problemer og økt risiko for suicid. Langvarige psykoser medfører større funksjonstap. Risikoen for tilbakefall i løpet av ett år er mangedoblet uten medisin (over 30 % i de fleste studier), faktisk er den mangedoblet med tabletter sammenlignet med depot-antipsykotika ettersom svært få tar medisin som forskrevet. I slike tilfeller er det faglig uforsvarlig å legge opp til å behandle svært alvorlige sykdommer med behandling som har dårligere effekt. Fagrådet i Psykisk helse for voksne i HN RHF behandlet saken 01.12.14 og konkluderte med at «egne, døgnbaserte enheter ikke lar seg etablere». De ber om at kravet omformuleres for å gjøre det realistisk. De mener det bør etableres et prosjekt med mål å utrede mer av muligheter og konsekvenser. Hvilken pasientgruppe kan dette egne seg for? Ideen fikk tilslutning fra fagdirektøren. Det ble også diskutert om kravet kan stilles i oppdragsdokumentet til et spesifikt foretak. Helse Nord tar saken videre”.

2. Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

Dette kravet vil ikke kunne oppfylles i år grunnet at vi har tatt ned overkapasitet i Vesterålen. Vi har heller ikke tilstrekkelig kompetanse til å behandle de alvorligst syke i distrikts DPSene, så vi har etablert et behandlingstilbud på sykehusnivå for kronisk syke pasienter med psykoser og lignende. Bedre spesialistdekning i Lofoten og Vesterålen vil kunne medføre at kravet kan oppfylles på sikt, men for 2015 er dette urealistisk.

3. Sørge for et godt tilbud til CFS/ME pasienter.

Dette er et område som Nordlandssykehuset til nå ikke har fått etablert et godt utviklingsarbeid på for voksne pasienter. Per i dag eksisterer det et utredningstilbud til barn, men ikke til voksne. Utfordringen med å få etablert et godt tilbud til denne pasientgruppen, ligger i at denne pasientgruppen representerer en gruppe hvor det ikke er klart definert hvor lidelsen hører hjemme. Pasientgruppen trenger tilbud både innenfor psykiatri og ulike fagområder i somatikk. I tillegg må det etableres et godt samarbeid og gode kontaktpunkt i kommunehelsetjenesten. NLSH vil forsøke å få etablert et tilfredsstillende tilbud for pasientgruppen, men ser at dette kan bli utfordrende å få til i løpet av 2015.

4. Rituell omskjæring av gutter

Nordlandssykehuset er gitt i oppdrag å organisere et tilbud i regionen, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Nordlandssykehuset har per i dag ingen operatører eller opererende team som ønsker å delta i rituell omskjæring av gutter. NLSH har undersøkt muligheten for å få etablert et tilbud blant annet gjennom private aktører, uten at vi har lyktes. Nordlandssykehuset klarer derfor ikke å løse oppdraget slik det her ble forstått. Imidlertid har vi nå fått kjennskap via fagdirektør i Helse Nord at det i Helse Midt ved barnekirurgisk avdeling, St. Olav er startet opp et tilbud som gutter kan henvises til for rituell omskjæring. Nordlandssykehuset ber derfor Helse Nord om at tilbudet ved St. Olavs kan brukes som løsning på oppdraget som er gitt NLSH, og at oppdraget dermed kan anses som løst. Denne henvendelsen er også sendt i brev form til Helse Nord RHF fra administrerende direktør.

5. Svartid på telefon hos Pasientreiser

Kravet fra RHF er at 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen 60 sek.

Så langt i år er resultatet slik:

Januar	64 %
Februar	68 %
Mars	68 %
April	64 %

Kravet fra RHF er strammere enn de nasjonale føringene på området. NLSH ligger over de nasjonale føringene men under kravet fra Helse Nord RHF. Resultatmessig er vi her på linje med Helgelandssykehuset, og godt foran UNN og Finnmarkssykehuset.

Innstilling til vedtak

1. Styret vedtar tertialrapport for 1.tertial 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Avstemming:

Vedtak:

Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2015

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÄRKKU BUOHCCVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVIESSU



Innhold

Innhold	2
1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3 Risikostyring og internkontroll	4
2.4 Innkjøp	4
3 Pasientens helsetjeneste.....	5
3.1 Somatikk	7
4 Styringsparametre 2015.....	10
4.1 Styringsparamete.....	10
4.2 Rapporteringskrav	12
5 Sak til HF styrebehandling	13

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Det er i tillegg lagt inn nummerering på rapporteringskravene.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

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

Nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer: <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2015:

Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:

- ROS- analyser
- gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
- oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
- status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

I henhold til Nordlandssykehusets rutine for ledelsens gjennomgang av internkontrollen skal foretakets øverste ledelse regelmessig gjennomgå organisasjonens internkontroll-/ kvalitetsstyringssystem for å sørge for at dette systemet er hensiktsmessig, tilstrekkelig og at det virker effektivt. Gjennomgangen har som målsetning å sikre at ledelsen er kjent med foretakets utfordringer og kan bidra til at det utformes en handlingsplan som ivaretar det risikobilde som framkommer.

Direktøren har i perioden februar-mars 2015 hatt egne møter med alle kliniksjefer, senterledere og ledere for de største stabene. Disse møtene har vært gjennomført i henhold til foretakets retningslinjer for Ledelsens gjennomgang (RL2339) og er dokumentert i henhold til Mal for referat (SJ2301).

Direktørens gjennomgang med virksomhetslederne har belyst en rekke utfordringer som i varierende grad har betydning for foretakets måloppnåelse, kvalitet i tjenestene og pasientsikkerheten. Utfordringene er gruppert i hovedområder med en overordnet beskrivelse, beskrivelse av risikoforhold og forslag til risikoreduserende tiltak. Risikovurdering og risikostyring er lagt til grunn for utarbeidelse av risikoreduserende tiltak og utfordringene er plottet i en matrise som viser risiko før og etter tiltak. Ledelsens gjennomgang av foretaket ble fremlagt for styret den 20.mai i Styresak 54-2015 «Rapportering fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2014».

2.4 Innkjøp

Mål 2015:

Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nords forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel.

Nordlandssykehuset HF har koordinert sine planer i forhold til gjeldende planer for HINAS og Helse Nord RHF.

I forbindelse med alle våre anbud, stilles det krav i tilknytning til etisk handel. NLSH har alene ikke ressurser til

å foreta revisjoner eller kontroll av tilbydernes dokumentasjon og beskrivelser. På dette området bør det iverksettes tiltak på regionalt nivå overfor de leverandører der det synes mest kritisk.

NLSH forholder seg til regionale og nasjonale mål og retningslinjer i forbindelse med innkjøp og bidrar også i arbeidet med utvikling av kategoribaserte innkjøp og ny nasjonal organisering.

Innfri målkrav i bølge 2[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

Som tidligere redegjort foretas innkjøpene ved NLSH i 3 ulike systemer. Portico for materiell til drift og vedlikehold, Merdia for deler og supplering til medisinskteknisk utstyr og Clockwork benyttes til kjøp av medisinsk- og annet forbruksmateriell til avdelingene.

I første tertial utgjorde innkjøpene av det som er kjøpt planlagt utført i Clockwork 89 % av det som kan anses som potensial. Totalt kjøp i Clockwork for 1. tertial er kr 63.185.283. Det er omtrent samme resultat som for 1. tertial 2014.

Andel bestilt i Clockwork fordelt på kostnadsart.

Art	Artsnavn	Kjøp 1000 kr	Agresso	ClockWork
4020	Implantater, proteser o.l.	1894	3 %	97 %
4030	Instrumenter	762	15 %	85 %
4040	Laboratorierekvisita	20518	10 %	90 %
4050	Røntgenrekvisita	649	0 %	100 %
4070	Andre medisinske forbruksvarer	16399	13 %	86 %
4072	Operasjonsmateriell	76	100 %	0 %
4073	Sondemat og intravenøs næring	2	0 %	100 %
4180	Diverse andre forbruksvarer	753	-14 %	113 %
6800	Kontorrekvisita	995	26 %	74 %
	TOTALT		11 %	89 %

Det arbeides kontinuerlig med bedre tilrettelegging og opplæring. Vi erfarer at de som bruker Clockwork Procurement er godt fornøyd med systemet.

3 Pasientens helsetjeneste

Styringsparameter og rapporteringskrav som er beskrevet i tekst i kapittel 3 i oppdragsdokumentet ligger i kapittel 7 i rapporteringsmalen, jf kapittel 7 i oppdragsdokumentet hvor kravene er fremstilt i tabellform.

^[2] Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

Mål 2015:

Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

I Nordlandssykehuset har det vært jobbet med standardiserte pasientforløp gjennom Utviklingsprogrammet i 2014. Til nå er det etablert standardisert pasientforløp (pakkeforløp) for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft i henhold til nasjonale retningslinjer. Disse pasientforløpene ser ut til å fungere etter hensikten bortsett fra at vi i prostatakreftforløpet opplever noen kapasitetsproblemer på MR og at det har tatt tid å få innført registreringen ordentlig. De neste kreftpakkeforløpene som skulle implementeres fra 1.mai, jobbes det med å få etablert. For å legge ytterligere til rette for disse pasientforløpene ble det ansatt to kreftkoordinatorer (1 i MED klinikk og 1 i KIRORT klinikk) fra mai 2015.

Når det gjelder andre standardiserte pasientforløp har vi ved Nordlandssykehuset fått etablert:

- *Pasientforløp for trombolysebehandling ved hjerneslag (slagalarm) ved NLSH Bodø. Dette pasientforløpet er et helhetlig og tverrfaglig forløp fra AMK og prehospitale tjenester til pasienten mottar behandling. Forløpet har redusert tiden fra pasienten kommer inn til trombolyse er gitt til < 30 min.*
- *NLSH har også startet arbeidet med helhetlige, tverrfaglige pasientforløp etter nasjonale retningslinjer for pasientgruppene med akutte magesmerter (både medisinske og kirurgiske kasus) og blodforgifning. Disse forløpene vil fullføres i løpet av året.*

Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS 1.

Nordlandssykehuset legger opp til at registrering av pakkeforløpskoder skal være en del av ordinære basisoppgaver i klinikkene. Ved gjennomgang av registreringene for de fire første månedene i 2015 finner vi både manglende registrering og feil registrering. Selv om vi nå har fått på plass pakkeforløpskoordinatorer og har forløpsansvarlig lege ser vi at hvert pakkeforløp har behov for en navngitt sekretærressurs for å følge opp tilbakemeldingene fra NPR og drive opplæring blant personellet som skal registrere. Sekretæren skal sammen med forløpsansvarlig lege og pakkeforløpskoordinatorer utgjøre et støtteapparat for å sikre korrekte og komplette registrerte data innenfor det aktuelle forløp. Dette skal opp som egen sak i direktørens ledergruppe ved NLSH 26.05.15.

NLSH har med deltaker i arbeidsgruppen som lager rapporteringsløsning for kreftpakkeforløp i Helse Nord.

Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

Vi har ikke laget prosedyrer for DIPS som tar hensyn til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. Vi har ennå ikke fått vite hvilke endringer som kommer i DIPS og da kan ikke dette prosedyrearbeidet starte. Når dette er avklart bør arbeidet med prosedyrer gjerne skje regionalt så ikke alle foretak bruker ressurser på samme oppgaver. I forbindelse med endringene i pasient- og brukerrettighetsloven må det også legges nye brevmaler inn i DIPS, men de nasjonale brevmalene er enda ikke vedtatt. I ny lov skal pasientene ha beskjed om time i første brev. Dette er allerede et mål for 2015 i oppdragsdokumentet, vi har startet arbeid i klinikkene med å øke planleggingshorisont for å kunne innfri dette.

Medisinsk avdeling Bodø har vært pilot på vegne av den arbeidsgruppen som ser på rutiner for varsling av fristbrudd til Helfo etter 1.september 2015. Vi tar erfaringene fra denne piloten med oss i det videre arbeidet. Vi er usikre hvilke endringer som må til i de pasientadministrative rutiner ved innføring av fritt behandlingsvalg og har ikke startet noe arbeid med dette.

For pakkeforløp kreft registrerer vi tjenestekodene i DIPS. DIPS har kun en rapport for å ta ut oversikt over registrerte koder, men den er ikke veldig god. Vi har fått demonstrert mulig løsning via Imatis. Denne ga en god oversikt, men det krevde registrering både i DIPS og Imatis. NLSH har ikke kjøpt løsningen fra Imatis, men har valgt å fokusere på den regionale løsningen via virksomhetsportalen, og foretaket har deltager i arbeidsgruppen der.

¹ Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Nordlandssykehuset bruker pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid innenfor ulike arenaer og områder:

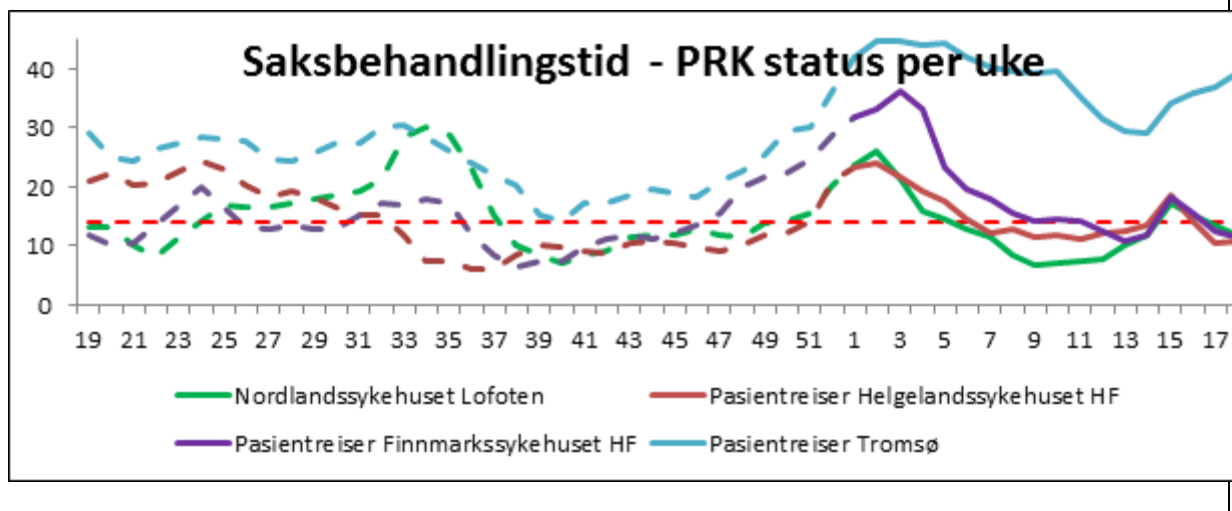
- Styret i Nordlandssykehuset får noen ganger per år presentert en pasienthistorie av en pasient og/eller pårørende for å synliggjøre pasientens perspektiver på det helsetilbudet organisasjonen gir.
- Gjennom arbeidet med helhetlige pasientforløp i utviklingsprogrammet i NLSH deltok brukere under utarbeidelsen eller det ble gjennomført behovskartlegginger gjennom intervju av brukere. Her ble pasienterfaringene viktig i forhold til utformingen av pasientforløpene.
- NLSH deltar i de nasjonale Passopp undersøkelsene, og resultatene offentliggjøres gjennom styrebehandling.
- Det gjennomføres hvert år nasjonale og egenutviklede pasienttilfredshetsundersøkelser.
- Avvik i form av § 3.3 meldinger offentliggjøres i anonymisert form på NLSH internettider.

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

I Nordlandssykehuset er kostnadsutviklingen noe lavere innenfor psykisk helse og rus området enn den er i somatikken og vi ser et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Imidlertid er det en reduksjon i ventetid og økning i aktivitet (hovedsakelig poliklinikk) i psykisk helsevern sammenlignet med somatikk, noe som er en ønsket utvikling.

Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

Med unntak av de første ukene etter årsskiftet og en kort periode rundt påske ligger saksbehandlingstiden innenfor kravet om 14 dager saksbehandlingstid.



3.1 Somatikk

Mål 2015:

Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Medisinsk klinikk har startet arbeidet med å ivareta styringskravet, men klinikken har ikke nådd målet av tidsmessige hensyn. Oppdraget er noe uklart. Det er tatt kontakt med ulike instanser innenfor samisk miljø for å kunne konkretisere det videre arbeidet til et mer spisset oppdrag som NLSH kan arbeide videre med. Det har også vært kontakt med UNN for lære fra deres erfaringer – og arbeid med ivaretagelse av samisk språk. Her er tilbakemeldingen at det ikke er gjort annet en oversettelse av informasjonsmateriell på ulike fagområder. Folkehelseavdelingen i Helsedirektoratet har fått et tilnærmet oppdrag fra HOD – og det kan være aktuelt å ha kontakt her i det videre arbeidet med oppdraget.

Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15.

Planen for arbeidet består av følgende punkter:

- 1. Kartlegge dagens ordning i Bodø, Lofoten og Vesterålen*
- 2. Kontakte politiet for å kartlegge avtaler med justissektoren angående rettsmedisinske undersøkelser.*
- 3. Økonomi*

1. Kartlegge dagens ordning i Bodø, Lofoten og Vesterålen

NLSH hadde møte med overgrepsmottaket ved legevakten i Bodø 20.03.15. Representanter var Raymond Dokmo, Stian Wik Rasmussen Larsen og Anita Kvarnsnes. Overgrepsmottaket i Salten ble opprettet i kommuner i Salten regionråd samt Værøy og Røst, totalt 11 kommuner. Mottaket er et heldøgnstilbud organisert under Bodø legevakt, hvor seks sykepleiere og seks leger går i en egen turnus. Alle ansatte har tilleggsutdanning med kurs i seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Mottaket tar hånd om både seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner, andelsmessig fordelt hhv. 70/30. NLSH HF skal overta ansvaret for seksuelle overgrep fra 2016. Vold i nære relasjoner skal fortsatt ivaretas av kommunene. Overgrepsmottaket i Bodø har budsjett på ca. 3 millioner. I 2014 behandlet overgrepsmottaket 81 ulike saker. Av disse var 56 seksuelle overgrep. Det meldes at det sees en økning fra tidligere år, selv om tallmaterialet ikke foreligger ennå. Overgrepsmottaket får i dag henvendelser fra Lofoten og Vesterålen, men de har kapasitetsproblem for å kunne ivareta disse henvendelsene per i dag. Konsultasjonene ved overgrepsmottaket journalføres i et eget system. Bevismateriale(klær- annet) fra undersøkelsene oppbevares i 6 måneder.

Turnusordning:

- 6 leger, særavtale med KS, har fast timesats. Vakt 1 uke av gangen.*
- 6 sykepleiere, ansatt i stillinger i Bodø kommune, 16,6 % av stillingen tilknyttet overgrepsmottak. Vakt 1:4. Tilgjengelig 24/7. Sykepleier tilknyttet mottaket har 1,5 time responstid.*

Lofoten

Det er opprette kommunikasjon med kommuneoverlege i Vestvågøy, Brage Thoreid, og NLSH har bedt om å få en beskrivelse av dagens situasjon, omfang og organisering. NLSH har også bedt om uttalelse fra stedlig gynekolog. Informasjonene vi har fått så langt er at overgrepsmottaket er organisert under interkommunal legevakt. Ingen spesiell opplæring eller kursing. Overgrepsmottaket betjenes av legevaktslege og sykepleier. Noen ganger blir stedlig gynekolog kontaktet for bistand med undersøkelser ved seksuelle overgrep.

Vesterålen

Det er opprettet kommunikasjon med kommuneoverlege i Hadsel, Barbara Baumgarten Austrheim. NLSH har bedt om en beskrivelse av dagens situasjon, omfang og organisering. NLSH har også bedt om en uttalelse fra stedlig gynekolog. Informasjonene vi har fått så langt er at overgrepsmottaket er organisert under interkommunal legevakt. Ingen spesiell opplæring eller kursing. Overgrepsmottaket betjenes av legevaktslege og sykepleier.

2. Kontakte politiet for å kartlegge avtaler med justissektoren angående rettsmedisinske undersøkelser.

Kontakt: Trine Alvestad, Salten politidistrikt.

Når det gjelder rettsmedisinske undersøkelser (omfanget foreløpig ukjent for NLSH, vi venter på tall fra Salten politidistrikt), blir disse utført etter begjæring fra politiet. Legen som utfører undersøkelsen, sender i dag faktura til politiet og får utbetalt honorar for denne tjenesten.

3. Økonomi

Overgrepsmottaket i Bodø har et budsjett på ca. 3 millioner. Per i dag omhandler 70 % av konsultasjonene seksuelle overgrep. NLSH venter på opplysninger fra Lofoten og Vesterålen. Etter at NLSH har mottatt alle opplysninger vedrørende de ulike ordningene, vil vi sette oss ned i samarbeidsmøter med de ulike aktørene for å finne den beste løsningen for organisering. Vårt inntrykk er at ordningen per i dag mangler robusthet i Lofoten og Vesterålen, noe som vil være utfordrende å få etablert innen 1.1.16. Vi vil derfor også vurdere om vi skal etablere midlertidige overgangsordninger i påvente av å få bygget opp robuste overgrepsmottak.

Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

I oppfølgingsmøtet med RHF 20.04.15 ble det gitt muntlig orientering om at dette arbeidet ikke var kommet så langt som vi ønsker, i stor grad skyldes det intensivt arbeid med fristbrudd.

Kontroll av åpne dokumenter og åpne henvisningsperioder uten planlagt ny kontakt er en del av drift og skal følges opp i vanlig linjeledelse. Vi ser behov for økt ledelsesfokus på disse områdene fordi dagens status er langt fra tilfredsstillende. Vi har allerede prosedyre vedrørende åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt (PR27718) og for å finne åpne dokumenter eldre enn 14 dager (PR 25760).

Antall åpne dokumenter for perioden 1980-2014 var 08.04.15 på totalt 31201. Når vi bruker den regionale prosedyren PR25760 som anbefaler å gå ti år tilbake i tid, får vi et lavere tall. Dette viser at vi har noen svært gamle dokumenter vi skal få lukket, slik at vi kan bruke den regionale prosedyren uten at det medfører underrapportering.

Klinikkene fikk i begynnelsen av april oversendt en oversikt over åpne dokumenter og vi vil følge dette opp videre. Antall åpne dokumenter for perioden 1980-2014 var 05.05.15 totalt 18003, fortsatt alt for høyt, men likevel en betydelig reduksjon kun ved å sette fokus på området. Vi håper at antallet åpne dokumenter skal bli mulig å vise i Visual Analytix på avdelingsnivå, slik at også ledere som ikke har tilgang til DIPS kan få en oversikt over dette. Inntil videre er det DIPS rapport D-9586 og D-9582 vi bruker i dette arbeidet. Siden vi fortsatt er langt unna et ønsket normalnivå, vil det å definere et normalnivå allerede nå være for tidlig.

Hvordan handlingsplanen for både åpne dokumenter og åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt skal være, er noe avhengig om vi klarer vise dette i SAS Visual Analytix eller må basere oss utelukkende på DIPS rapporter. NLSH kommer tilbake med beskrivelse av handlingsplan. I mellomtiden vil beholde fokus på dette, og følge det opp i linjeledelsen.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Nordlandssykehuset

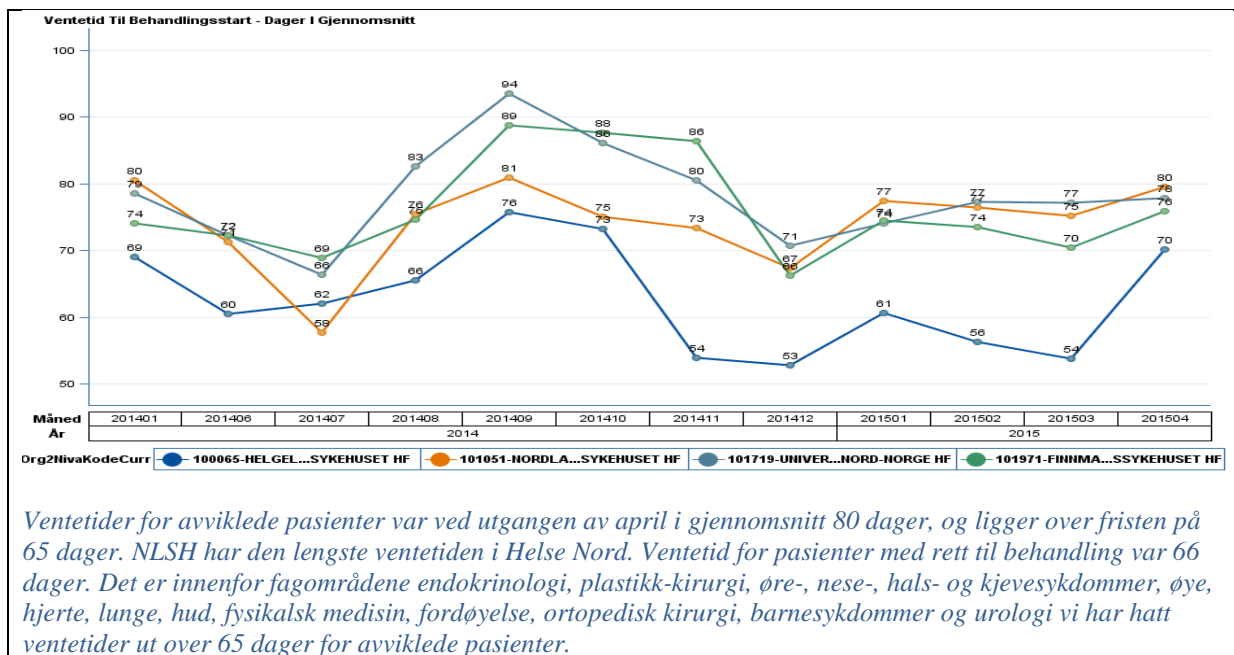
Organisere et tilbud, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter.

Nordlandssykehuset er gitt i oppdrag å organisere et tilbud i regionen, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Nordlandssykehuset har per i dag ingen operatører eller opererende team som ønsker å delta i rituell omskjæring av gutter. NLSH har derfor undersøkt muligheten for å få etablert et tilbud blant annet gjennom private aktører, uten at vi har lyktes. Nordlandssykehuset klarer derfor ikke å løse oppdraget slik det her ble forstått. Imidlertid har vi nå fått kjennskap via fagdirektør i Helse Nord at det i Helse Midt ved barnekirurgisk avdeling, St. Olav er startet opp et tilbud som gutter kan henvises til for rituell omskjæring. Nordlandssykehuset ber derfor Helse Nord om at tilbudet ved St. Olavs kan brukes som løsning på oppdraget som er gitt NLSH, og at oppdraget dermed kan anses som løst. Denne henvendelsen er også sendt i brev form til Helse Nord RHF fra administrerende direktør.

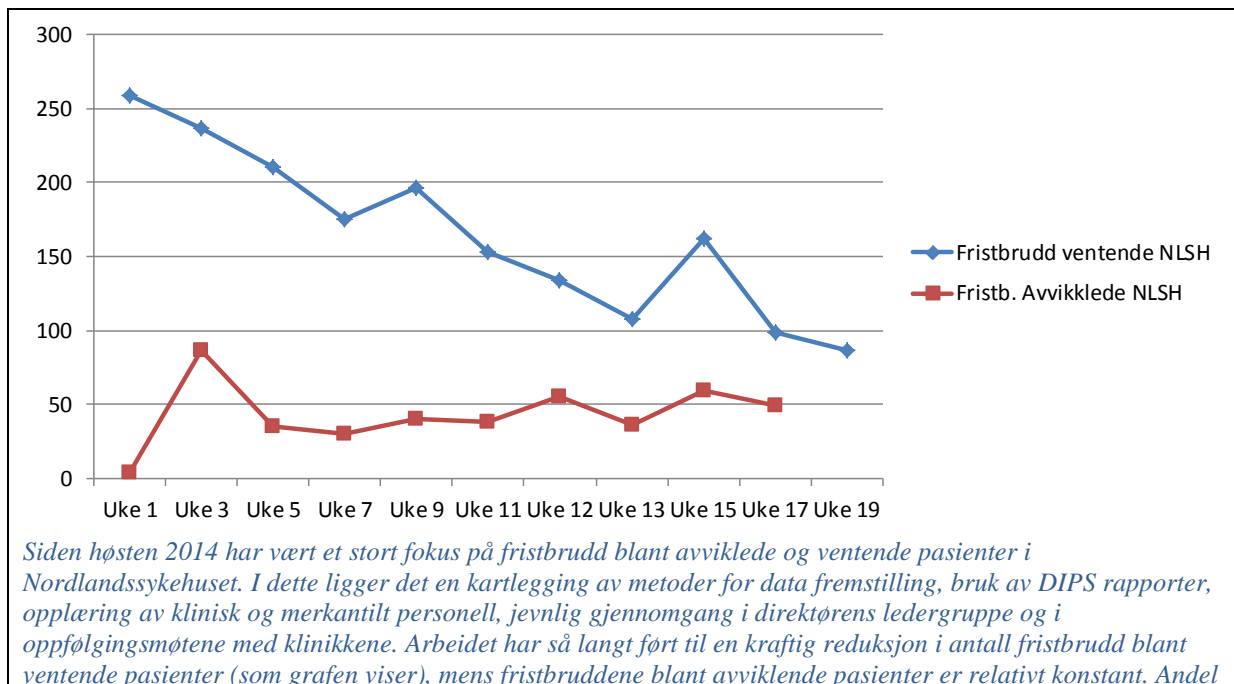
4 Styringsparametre 2015

4.1 Styringsparamete

Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.



Ingen fristbrudd².



² Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av april måned 7,7 %, og det er en positiv trend i 2015 (fra 14,7 % i januar til 7,7 % i april).

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

Ut fra tilbakemeldingene fra NPR, hvor det finnes svært mange indikatorer for hvert forløp, er vi litt usikker på hvordan dette skal beregnes. NLSH vil derfor kontakte prosjektleder i Helse Nord RHF og foreslå et regionalt møte sammen med NPR for å avklare dette. Først nå inneholder tilbakemeldingene fra NPR mange nok pasienter som har gått igjennom hele forløpet, til at vi oppdager hvor mange ulike indikatorer vi får tilbake fra NPR. Totalt har vi for de fire første månedene **240 pasienter** registrering i pakkeforløp, men flere av disse forløpene er ikke ferdig så vi vet ikke fasiten i forhold til om pasienten har kreft eller ikke. I samme periode er det registrert nye kreftdiagnoser på **65 pasienter** uten at disse er registrert i noe tilhørende pakkeforløp.

NLSH har grunn til å anta at det per i dag er < 70 % av nye kreftpasientene i et definert pakkeforløp, men vi må bruke noe mer tid på å gjennomgå rapportene, sjekke registreringen av kreftdiagnoser på pasienter utenfor pakkeforløp og få en avklaring med NPR før vi vet dette sikkert. Uavhengig av om vi ligger > 70 % eller ikke, ser vi at vi har et forbedringspotensial på rapporteringen og vil jobbe videre med det.

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

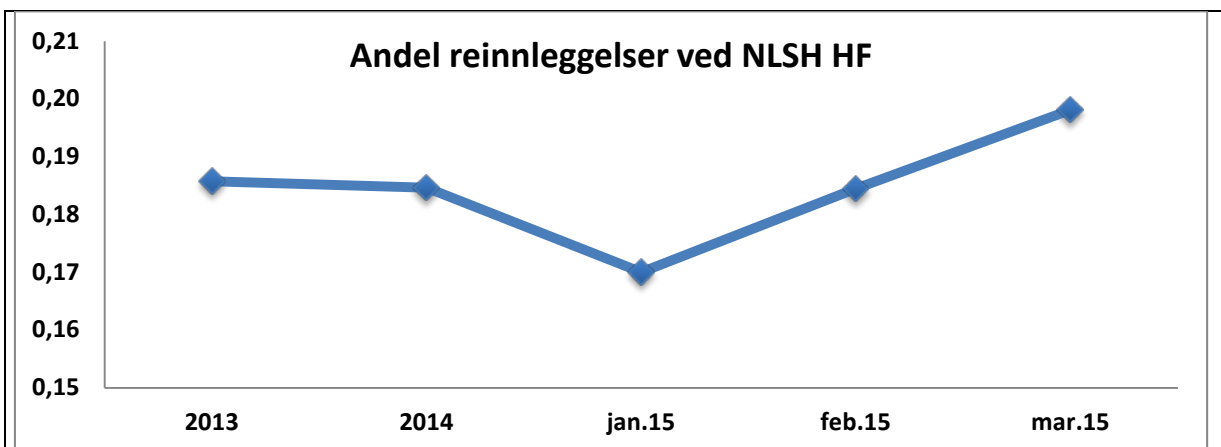
Ut fra tilbakemeldingene fra NPR, hvor det finnes svært mange indikatorer for hvert forløp, er vi litt usikker på hvordan dette skal beregnes. NLSH vil derfor kontakte prosjektleder i Helse Nord RHF og foreslå et regionalt møte sammen med NPR for å avklare dette. Det er først nå at tilbakemeldingene fra NPR har inneholdt mange nok pasienter som har gått igjennom hele forløpet, og foretaket oppdager hvor mange ulike indikatorer vi får tilbake fra NPR.

I dag er det en del forløp som starter i Lofoten og Vesterålen, men som ved påvist kreft fullfører sin utredning og starter behandlingen i Bodø. I tilbakemeldingen fra NPR til Lofoten og Vesterålen vil disse ikke bli registrert med oppstart behandling, noe som gjør det vanskelig å få oversikt. Dette blir bedre når vi fra oktober får en felles DIPS database for hele NLSH HF. Av de pasientene som er registrert med påvist kreft og registrert med startet behandling, uavhengig av type pakkeforløp eller behandling, har **51 av 58 (88 %)** hatt et forløp gjennomført innen standard forløpstid. Dersom NLSH skal ta hensyn til pasienter som ikke får påvist kreft er dagens tilbakemelding fra NPR vanskelig å tolke, og tall på dette må foretaket komme tilbake med.

Personell på brystdiagnostisk senter var de første til å få opplæring i registrering, og vi ser at det er de som er kommet lengst i dette arbeidet. Brystdiagnostisk senter har 33 pasienter som første tertial er operert pga. brystkreft, 32 av disse pasientene (96 %) har gjennomført pakkeforløpet innen standard forløpstid.

Oppsummert: Av pasienter med påvist kreft, som er ferdig registrert med oppstart behandling, har 88 % gjennomført pakkeforløpene innen standard forløpstid.

Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose.

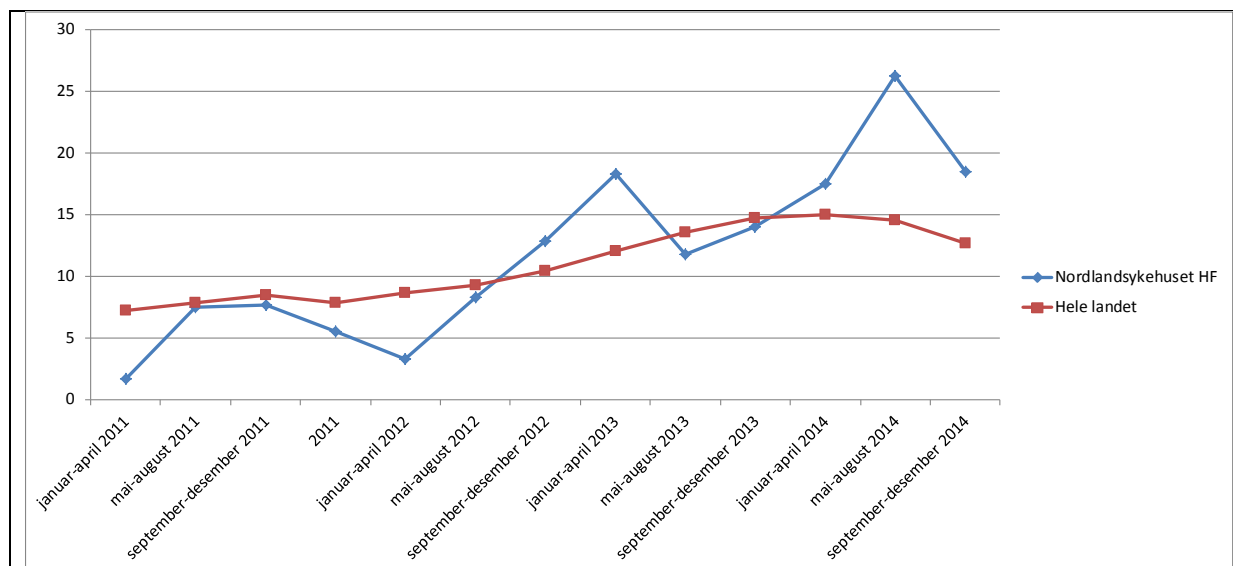


Figuren viser andelen reinnleggelser ved Nordlandssykehuset HF for hele 2013, hele 2014 og for de tre første månedene i 2015. Data er hentet fra VA – løsningen i Helse Nord (da data på Helsenorge ikke er oppdatert) som bruker følgende definisjon: Enhver etterfølgende **akuttinnleggelse** (ø-hjelp) for samme pasient etter en tidligere innleggelse som finner sted innenfor 30 dager etter utskrivelse betraktes som en reinnleggelse. Reinnleggelsen legges på første avdelingsopphold ved nytt sykehusopphold.

Som figuren viser er andelen reinnleggelser stabil mellom 18-20 %. Det er vanskelig å definere på hvilket nivå reinnleggelsene burde ligge på. Dette fordi reinnleggelser ikke bare er uttrykk for omsorgssvikt, men også uttrykk for at en andel pasienter har sykdommer og tilstander som må følges tett og som krever hyppig innleggelse i sykehus.

4.2 Rapporteringskrav

Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Mål 20 %.



Figuren viser andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse fra januar 2011 til og med desember 2014. Tallene er basert på den nasjonale kvalitetsindikatoren. For 2015 har 19 pasienter fått trombolysbehandling 1 tertial. Totalt har det vært innlagt 63 pasienter med hjerneinfarkt, som gir en andel på 30 %. Dette gjelder imidlertid alle pasienter, også de over 80 år.

Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet.

Tall fra nasjonalt hjerneslagsregister for 2013 viste at det nasjonale gjennomsnittet for andel pasienter med hjerneslag som ble direkte innlagt på slagenhet var 84,4 %. Til sammenligning hadde NLSH Bodø en andel på 88,2 %, NLSH Lofoten en andel på 90,8 % og NLSH Vesterålen en andel på 78,8 %. Nyere data er ikke tilgjengelig. Andelen i Bodø og Lofoten er tilfredsstillende. Resultatet for Vesterålen er vi derimot ikke fornøyd med og ser dette i sammenheng med den lavere overlevelsen for hjerneslagspasienter i Vesterålen, både sammenlignet med nasjonalt snitt og de øvre sykehusene i NLSH HF. NLSH skal starte et arbeid med å finne ut av hvorfor det er slik, og hvilke endringer og tiltak som må iverksettes for å øke andelen som legges rett i slagenhet, i den tro at dette vil påvirke overlevelsen.

Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

I hvilken grad styringskravet er oppfylt er vanskelig å si, da bestillingen i oppdragsdokumentet er for lite konkret. I Nordlandssykehuset er det farmasøyt fast på følgende avdelinger i NLSH Bodø: Alderspsykiatri, sengepost for nyre- og gastromedisin og korttidsenheten for rus. Ved disse avdelingene er det gjennomført totalt ca. 250 legemiddelgjennomganger i løpet av første tertial 2015. For Lofoten og Vesterålen har det ikke vært gjennomført LMG som følge av personalmangel blant sykehusfarmasøytene.

Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Det er satt av tid til gjennomføring av samstemming av legemiddellister i SamStem prosjektet. Hvilke avdelinger og antall samstemminger er avtalt med NLSH og er gjennomført i NLSH, Bodø. På grunn av personalmangel blant sykehusfarmasøytene har det ikke blitt gjennomført legemiddelsamstemminger verken i Lofoten eller Vesterålen. Det er gjennomført 15 antall samstemminger i NLSH første tertial 2015.

5 Sak til HF styrebehandling

Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.

Innen Psykisk helse- og rusbehandling er det to krav i Oppdragsdokument 2015 som vi vil varsle om at vi ikke vil kunne oppfylle i 2015.

1. *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.*

Dette er et krav fra brukerorganisasjonene. Det er ingen empiri på at dette virker, og ikke grunnlag for å hevde at dette er god behandling. Det er vanskelig å forsvare å bruke betydelige ressurser på å bygge opp enheter som vi ikke har evidens for at de vil fungere bedre eller like godt som de enhetene vi allerede har.

Det finnes en rekke ikke-medikamentelle behandlingstilbud i psykisk helsevern, i poliklinikk og sengeposter. Vi tilbyr flere ulike former for psykoterapi (psykodynamisk, kognitiv, gruppeterapi), fysioterapi, kroppsbevissthetsgrupper, mestringsgrupper (fysisk aktivitet og sosial ferdighetstrening), miljøterapi i våre eksisterende døgnenheter (inkl. treningsterapeuter og ernæringsfysiologer), psykoedukasjon til pasienter og pårørende, samt seminarer der pasientene selv definerer innholdet. Mange pasienter behandles allerede uten medisiner, eller oftere: med nevnte behandlingstilbud i kombinasjon med medisin.

I tilfeller der man vurderer at pasienten kan bli friskere, eller fortære frisk, ved hjelp av medisiner, vil pasienten som regel tilbys samtale med lege. Pasienten vil da få informasjon om hvilke medisiner som kan være til hjelp, hvordan de forventes å virke, og hvilke bivirkninger de kan ha. Pasienten vil da selv bestemme om han/hun vil benytte seg av dette. Noen ønsker det, andre vil prøve uten medisin. De aller fleste pasientene som bruker medisin gjør det av fri vilje fordi de selv opplever å ha effekt av det.

Medikamentfrie enheter framstilles som et alternativ til tvungent psykisk helsevern. De juridiske kravene til tvungent psykisk helsevern er at pasienten skal ha en alvorlig psykisk lidelse (som regel psykose eller mani), samt risikere forverring og forspille sine muligheter til bedring, uten behandling, og/eller være til fare for seg

selv eller andre. Frivillighet skal være prøvd eller være opplagt uhensiktsmessig (Psykisk helsevernlovens § 3). Disse reglene forholder vi oss strengt til, hvilket tilsier at de som er underlagt tvang til enhver tid er svært syke, og frivillig behandling er som regel prøvd og har vist seg å ikke fungere. I slike situasjoner har vi omfattende klinisk erfaring og et utall studier som viser at disse pasientene blir fortere friskere (eller mindre syke) når vi bruker medisiner.

Utilstrekkelig behandlede psykoser medfører dårligere funksjon, tap av skolegang/jobb og nettverk, økt stigmatisering i lokalmiljøet, sosioøkonomiske problemer og økt risiko for suicid. Langvarige psykoser medfører større funksjonstap. Risikoen for tilbakefall i løpet av ett år er mangedoblet uten medisin (over 30 % i de fleste studier), faktisk er den mangedoblet med tabletter sammenlignet med depot-antipsykotika ettersom svært få tar medisin som forskrevet. I slike tilfeller er det faglig uforsvarlig å legge opp til å behandle svært alvorlige sykdommer med behandling som har dårligere effekt.

For psykosepasienter har vi landets største psykoseteam, som jobber ambulant/oppsøkende for å fange opp og behandle mennesker på et tidlig stadium av psykosen, eller ideelt sett før de har utviklet en psykose. Tidlig intervensjon reduserer medisinbruk og tvang.

Vi kan ikke pålegge våre behandlere å tilby behandling som ikke er egnet til å gjøre pasientene bedre. Det eneste forsvarlige kompromisset vi kan se i denne situasjonen er at vi er imøtekommende til pasienter som ønsker behandling uten medisiner i våre eksisterende enheter.

Fagrådet i Psykisk helse for voksne i HN RHF behandlet saken 01.12.14 og konkluderte med at «egne, døgnbaserte enheter ikke lar seg etablere». De ber om at kravet omformuleres for å gjøre det realistisk. De mener det bør etableres et prosjekt med mål å utrede mer av muligheter og konsekvenser. Hvilken pasientgruppe kan dette egne seg for? Ideen fikk tilslutning fra fagdirektøren. Det ble også diskutert om kravet kan stilles i oppdragsdokumentet til et spesifikt foretak. Helse Nord tar saken videre”.

2. Andel årsverk ved distriktspsykiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

Dette kravet vil ikke kunne oppfylles i år grunnet at vi har tatt ned overkapasitet i Vesterålen. Vi har heller ikke tilstrekkelig kompetanse til å behandle de alvorligst syke i distrikts DPS-ene, så vi har etablert et behandlingstilbud på sykehusnivå for kronisk syke pasienter med psykoser og lignende. Bedre spesialistdekning i Lofoten og Vesterålen vil kunne medføre at kravet kan oppfylles på sikt, men for 2015 er dette urealistisk

Innen somatikk vil følgende krav i oppdragsdokumentet, bli vanskelig å løse i løpet av 2015:

3. Sørge for et godt tilbud til CFS/ME pasienter.

Dette er et område som Nordlandssykehuset til nå ikke har fått etablert et godt utviklingsarbeid på for voksne pasienter. Per i dag eksisterer det et utredningstilbud til barn, men ikke til voksne. Utfordringen med å få etablert et godt tilbud til denne pasientgruppen, ligger i at denne pasientgruppen representerer en gruppe hvor det ikke er klart definert hvor lidelsen hører hjemme. Pasientgruppen trenger tilbud både innenfor psykiatri og ulike fagområder i somatikk. I tillegg må det etableres et godt samarbeid og gode kontaktpunkt i kommunehelsetjenesten. NLSH vil forsøke å få etablert et tilfredsstillende tilbud for pasientgruppen, men ser at dette kan bli utfordrende å få til i løpet av 2015.

4. Rituell omskjæring av gutter

Nordlandssykehuset er gitt i oppdrag å organisere et tilbud i regionen, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Nordlandssykehuset har per i dag ingen operatører eller opererende team som ønsker å delta i rituell omskjæring av gutter. NLSH har derfor undersøkt muligheten for å få etablert et tilbud blant annet gjennom private aktører, uten at vi har lyktes. Nordlandssykehuset klarer derfor ikke å løse oppdraget slik det her ble forstått. Imidlertid har vi nå fått kjennskap via fagdirektør i Helse Nord at det i Helse Midt ved barnekirurgisk avdeling, St. Olav er startet opp et tilbud som gutter kan henvises til for rituell omskjæring. Nordlandssykehuset ber derfor Helse Nord om at tilbudet ved St. Olavs kan brukes som løsning på oppdraget som er gitt NLSH, og at oppdraget dermed kan anses som løst. Denne henvendelsen er også sendt i brev form til Helse Nord RHF fra administrerende direktør.

5. Svartid på telefon hos Pasientreiser

Kravet fra RHF er at 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen 60 sek.

Så langt i år er resultatet slik:

<i>Januar</i>	<i>64 %</i>
<i>Februar</i>	<i>68 %</i>
<i>Mars</i>	<i>68 %</i>
<i>April</i>	<i>64 %</i>

Kravet fra RHF er strammere enn de nasjonale føringene på området. NLSH ligger over de nasjonale føringene men under kravet fra Helse Nord RHF.

Resultatmessig er vi her på linje med Helgelandssykehuset, og godt foran UNN og Finnmarkssykehuset.