



Styresak 92-2015 Tertialrapport 2-2015 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler:

Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen

Saksnr.:

2015/872

Dato:

26.05.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Tertialrapport 2-2015

Ikke trykt vedlegg:

Innledning

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2015 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).

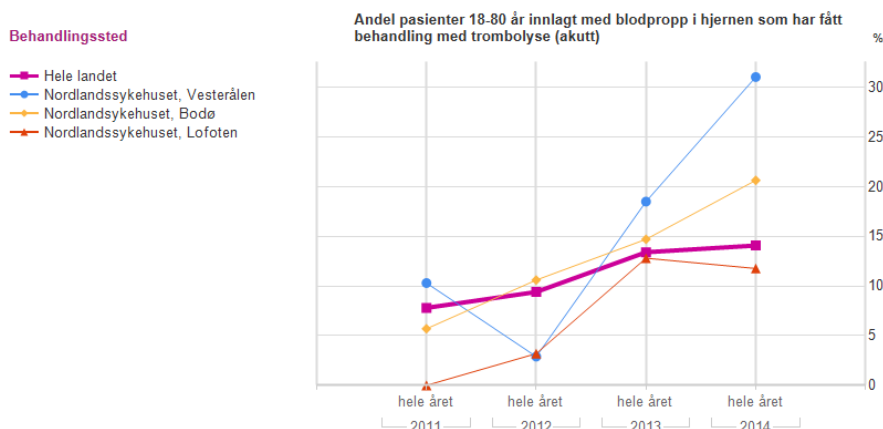
Saken består av rapporteringspunkter knyttet til oppdragsdokumentet og rapportering på styringsparametere pr 2. tertial. I saksutredningen gis en redegjørelse for måloppnåelse knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale kreftpakkeforløp, økonomi, og krav i oppdragsdokumentet 2015 som blir vanskelige å innfri.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

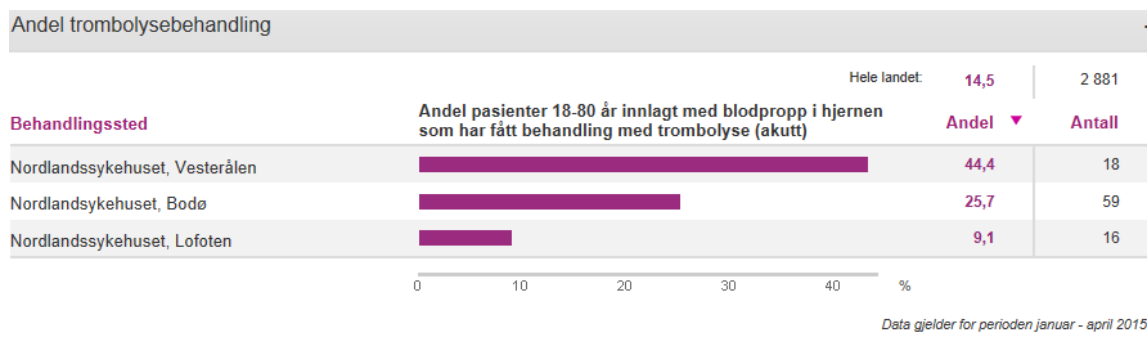
Gjennomsnittlig **ventetid** for avviklede pasienter økte ved utgangen av august til 82 dager, og lå dermed over fristen på 65 dager. I likhet med de øvrige foretakene i Helse Nord kom den største veksten etter sommerferieavviklingen. Foretaket vil utover høsten særskilt rette fokuset mot langtidsventende, slik at vi får avviklet pasientene som har stått lenge på venteliste. Dette vil dra opp ventetid for avviklede pasienter, slik at fristen på 65 dager ikke vil kunne nås i 2015. I det videre arbeidet vil det være et spesielt fokus på antall langtidsventende (>180 dager), totalt antall ventende, andel ventende som er gitt time, samt gjennomsnittlig ventetid på de 5 pasientene som har ventet lengst.

Foretaket har over lang tid hatt et høyt fokus på reduksjon i antall **fristbrudd**, og ut over våren 2015 har hovedfokuset vært på reduksjon i antall fristbrudd hos ventende. Gjennom våren var det en fin utvikling på antall fristbrudd både hos ventende og blant avviklede pasienter, mens vi fikk en betydelig økning igjen ut over sommeren. Innføring av pakkeforløp for kreft har medført reduksjon i den polikliniske kapasiteten fordi timer holdes åpne for pasienter knyttet til pakkeforløpene. Dette har gitt gode resultater innen forløpstidene for pakkeforløp kreft, men har gitt utfordringer for den samlede polikliniske kapasiteten om sommeren, da kapasiteten i denne perioden er lavere enn resten av året. Dette innebærer at vår polikliniske virksomhet må organiseres på en annen måte om sommeren. I tiden fremover vil oppmerksomheten i større grad også rettes mot truende fristbrudd. Målsetningen er 0 fristbrudd, men vi vil antakelig ikke lykkes med å nå målet innen utgangen av 2015.

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.



Vi har ikke tall fra Helsenorge på 2.tertial 2015, men ser at den positive utviklingen for Bodø og Vesterålen fortsetter også ut i 1.tertial 2015.09.



Målet er at 20 % eller mer skal få slik behandling. For pasienter mellom 18-80 år med blodpropp i hjernen har 14 pasienter fått trombolyse i 1.tertial og 10 pasienter i andre tertial.

Ved gjennomgang av egne NPR data gjenfinder vi pasientene som har fått trombolyse, og kan derfor rapportere på antall pasienter også for andre tertial. Derimot er det noe vanskeligere å se hvor det totale antall pasienter med blodpropp i hjernen er hentet fra. Dette antallet samsvarer ikke med antall heldøgns pasienter innlagt med hjerneslag, og sannsynligvis er disse dataene bearbeidet av NPR. Vi må derfor vente til vi får dette fra Helsedirektoratet/ Helse Norge før vi kan si noe om andel i 2. tertial.

Andelen trombolysebehandlinger i Lofoten er lavere enn både det nasjonale målet og for foretaket for øvrig. Det er i løpet av sommeren innført slagalarm også her og vi forventer det vil bidra til å øke andelen trombolysebehandlinger.

Nasjonalt hjerneslagregister har ikke publisert tall for 2014, så vi venter på oppdaterte tall på øvrige kvalitetsindikatorer for hjerneslagbehandling.

Nasjonale kreftpakkeforløp

I løpet av 2. tertial har antallet kreftpakkeforløp økt ytterligere og vi har fått på plass forløpskoordinatorer.

Nordlandssykehuset legger opp til at registrering av pakkeforløpskoder skal være en del av ordinære basisoppgaver i klinikkene, og har derfor i tillegg til forløpsansvarlig lege også forløpsansvarlig sekretær knyttet til alle kreftpakkeforløpene.

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 %. Vi ser at vi ikke er i mål mht andel pasienter som er registrert inn i pakkeforløp, og må arbeide med å forbedre registreringen. Når det gjelder andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid er imidlertid resultatene gode, hvor Nordlandssykehuset Bodø har 82 % fullført innen standard forløpstid, mens andelen i Lofoten og Vesterålen er enda høyere. Brystdiagnostisk senter fremheves spesielt, da registreringen viser at hele 91,9 % av brystkreftpasientene starter behandling innenfor standard forløpstid.

Økonomiske og organisatoriske krav

Regnskapsmessig resultat etter 2. tertial viser 51,4 mill kr i underskudd, som gir et budsjettavvik på 1,4 mill kr fra resultatkrav. Prognose for 2015 er foreløpig estimert til regnskapsmessig resultat på - 89 mill kr og et budsjettavvik på -14 mill kr.

Tiltaksplan for realisering av budsjett 2015, ihht styringskrav på -75 mill kr, omfatter omstillingstiltak tilsvarende 120 mill kr i økonomisk effekt. Forventet realiseringsgrad for disse omstillingstiltakene ved utgangen av året estimeres til mellom 40 og 50 %. Årsaken til lavere effekt enn forutsatt er delvis at gjennomføring av tiltak er forsinket i tid, og delvis at tiltak ikke vil gi forventet effekt. For å kompensere for redusert effekt i 2015 er det innenfor stabs- og fellesområdene gjennomført ekstraordinære tiltak, herunder begrensninger i vedlikehold bygg mv. Slike tiltak vil imidlertid gi negativ effekt over tid, og kan ikke videreføres på lang sikt.

I forbindelse med budsjettarbeidet for 2016 revideres tiltaksplanene for 2015, og gjenstående tiltak fra inneværende budsjettår vil i stor grad innarbeides i det videre planverket for 2016, men med nødvendige justeringer for å sikre gjennomføring og gevinstrealisering som forutsatt.

Bærekraftsanalyser har vist at foretaket vil ha et omstillingsbehov på om lag 200 mill kr i perioden 2016-2019 sammenlignet med driftsnivå i 2014. Det er derfor viktig at omstillingsarbeidet som er startet opp i forbindelse med innflytting og ibruktaking av nye bygg i Bodø og Vesterålen videreføres med uforminsket styrke.

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.**

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 behandlingsalternativer i kombinasjon med medisin.

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».

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:

Mai	64 %
Juni	67 %
Juli	78 %
August	71 %

Foretaket har stadig fokus på å optimalisere våre rutiner for å yte best mulig service med de ressurser vi har til rådighet. Det vil samtidig være en avveining hvor store ressurser man skal bruke på de ulike oppgaver som skal løses, herunder saksbehandling.

6. Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR innen utgangen av 2015.

Det utfordrende av to årsaker. NPR trekker ut data om gitte frister og om disse fristene er overholdt eller ikke. Slike frister gjelder for "henvisninger" til diagnostikk og utredning. Det opereres ikke

med henvisninger til radiologi, men med rekvisisjoner. Det eneste område som kvalifiserer til dette er Brystdiagnostisk senter, men rent datateknologisk kan ikke dette håndteres i Sectra.

Det vil ikke være mulig for NLSH å innfri dette oppdraget i år. Dette har vært tatt opp med RHF tidligere i år, hvor foretaket har fått tilbakemelding fra Helse Nord RHF om at vi ikke kan påregne å få en dataløsning for dette på plass før tidligst 2016.

Innstilling til vedtak

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. 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-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



Innhold

Innhold	2
1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3 Risikostyring og internkontroll	4
2.4 Innkjøp	5
3 Pasientens helsetjeneste.....	5
3.1 Somatikk	8
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	10
4.1 Beredskap.....	10
5 Styringsparametre 2015.....	11
5.1 Styringsparamete.....	11
5.2 Rapporteringskrav	14
6 Sak til HF styrebehandling	15
6.1 Sak til HF styrebehandling.....	15

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:

- 2.3.1 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 klinikkjefer, 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 styret den 20.mai i Styresak 54-2015 «Rapportering fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2014».

2.4 Innkjøp

Mål 2015:

- 2.4.1 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.

Nordlandssykehuset HF gjør avrop av forbruksmateriell i 3 systemer, Clockwork for medisinsk forbruksmateriell, Portico for driftsmateriell og Merida for medisinskteknisk utstyr.

Ved utgangen av 2 tertial var omsetningen i de tre systemene på til sammen kr 228.573.000.

Dette fordeler seg slik på de tre systemene:

Clockwork	128.488.000
Portico	80.635.000
Merida	19.414.000

En økning i innkjøpsvolumet via Clockwork vil fordre at kjøp av medisinske tjenester, tolketjenester eller vikartjenester inngår. Foreløpig er det ikke tilrettelagt egnede avropsløsninger for disse tjenestene. Det må løses på et regionalt nivå.

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.

Mål 2015:

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

Vi har i 2.tertial ikke etablert mange nye standardiserte pasientforløp. Som beskrevet i rapporteringen i 1.tertial har Utviklingsprogrammet jobbet med standardiserte forløp. Vi planlegger en internrevisjon på noen av forløpene fra Utviklingsprogrammet for å se om de er implementert slik de var planlagt, og deretter nyttegjøre oss disse erfaringene i det videre arbeidet med pasientforløp.

Vi hadde allerede slagalarm ved mistanke om hjerneslag aktuell for trombololysebehandling i

^[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.

Bodø og Vesterålen, og i løpet av 2.tertial er dette implementert også i Lofoten.

3.0.2 Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS1.

Nordlandssykehuset legger opp til at registrering av pakkeforløpskoder skal være en del av ordinære basisoppgaver i klinikkene. Hvert pakkeforløp har i tillegg til en forløpsansvarlig lege også en forløpsansvarlig sekretær. Forløpsansvarlig sekretær skal følge opp tilbakemeldingene fra NPR og sørge for at manglende koder settes inn.

Nordlandssykehuset har hatt deltager med i arbeidet med å lage rapporteringsløsninger som vi nå ruller ut til dem som skal bruke løsningene i klinikkene.

Ved hjelp av rapporteringsløsningen i Visual Analytix er det nå lettere å følge opp at registreringene gjøres fortløpende. Rapporteringsløsningen er helt ny, og foreløpig er det ikke alle pakkeforløpssekretærene som har fått tilgang til opplæring i løsningen.

3.0.3 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.

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven pålegger foretakene å melde til Helfo ved fristbrudd, løsningen for slik melding vil bli presentert på et møte i Tromsø 22.oktober og alle klinikker hos oss som har ventende skal delta i møtet (via video). Foruten å avklare hvem hos oss som skal gjøre dette, er det vanskelig å lage prosedyrer for dette før vi vet hvordan løsningen blir.

For pakkeforløp kreft registrerer ta
ut oversikt over registrerte koder, men den er ikke veldig god. Den nye løsningen i Visual Analytix forventer vi vil gi en forbedring.

3.0.4 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

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

- NLSH deltar i de nasjonale Passopp undersøkelsene, og resultatene diskuteres i ledergruppen og offentliggjøres gjennom styrebehandling.
- Brukerrepresentanter deltar i ulike fora både på klinikknivå og foretaksnivå..

¹ Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

- Avvik i form av § 3.3 meldinger offentliggjøres i anonymisert form på NLSH internettsider.

3.0.5 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.

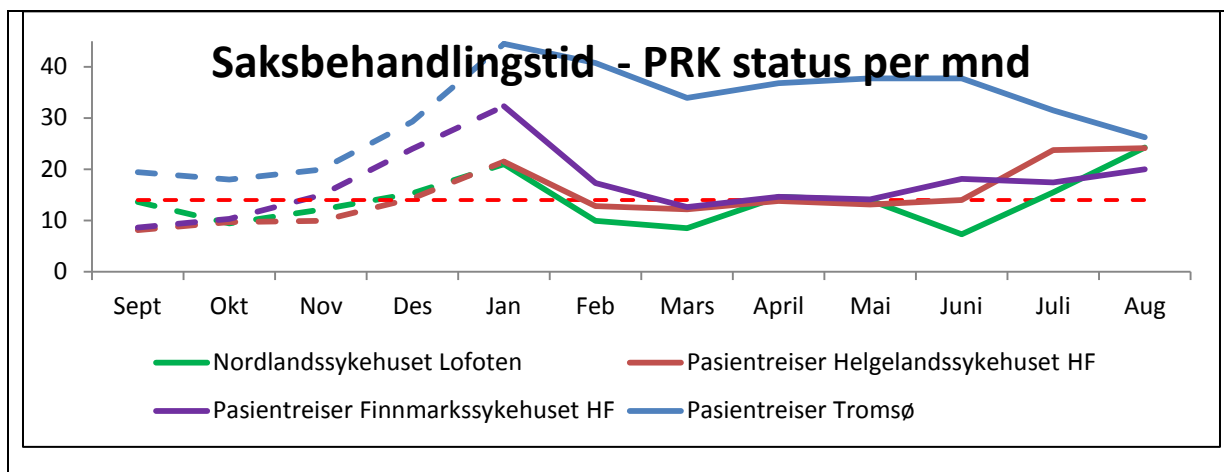
I Nordlandssykehuset er kostnadsutviklingen noe lavere innenfor psykisk helse og rus området enn den er i somatikken og vi ser et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Dette er en direkte følge av effektene av den regionale inntektsmodellen for psykiatri og rus. Dersom kostnadene justeres for rammereduksjonen fra RHF, har det likevel vært vekst i med +6,4 % fra 2013 til 2014 og + 3,4 % fra 2014 til 2015.

Psykiatri og rus området i NLSH har en nullvekst blant ansatte i 2015. Antall stillinger ble i 2014 redusert med noen få, hovedsakelig pga. overflytting av tjenestetilbud innen habiliteringsområdet til somatikk. I Vesterålen er desentralt plasserte døgntilbud uten spesialistdekning i Bø og Andenes erstattet med økt spesialistdekning ved DPS Stokmarknes og oppbygging av ambulante tjenester.

Aktiviteten innenfor psykisk helse og rus er økt. F.eks har antall konsultasjoner per behandler økt fra 1.1 til 2.1-3.0 noe som tilsvarer en økning i 19 %, og ligger betydelig høyere enn det nasjonale snittet på 1.7. Gjennomsnittlig ventetid er 52 dager for døgntilbud, noe som er en økning på 8 dager fra året før. Gjennomsnittlig ventetid er 61 dager for poliklinisk behandling, og dette er en nedgang på 7 dager fra året før. NLSH HF er nå ved en smertegrense m.h.t nedbygging av sentralinstitusjonsplasser. En utfordring med «Ikke bygge ned før kommunene kan overta»-regelen kan segmentere en lokal historisk arbeidsdeling mellom spesialist-helsetjenesten og kommuner med mangelfullt utbygde tilbud til borgere med behov for 'forsterkede omsorgsboliger'.

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

NLSH saksbehandlet for UNN i en periode tidlig på sommeren, for å bidra til å få redusert deres kø. Konsekvensen er at NLSH sin kø vokste mer enn planlagt i utgangspunktet, så saksbehandlingstiden i august ligger 3 dager over målet. Med normal kapasitet nå etter ferien forventes saksbehandlingstiden å bli redusert.



3.1 Somatikk

Mål 2015:

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

Medisinsk klinikk har startet arbeidet med å ivareta styringskravet, men 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 å arbeide videre med for NLSH. Det har også vært kontakt med UNN for å se på deres arbeid og erfaringer 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.

Dette er ikke slutført, men arbeidet pågår og planlegges slutført innen utgangen av 2015.

- 3.1.2 Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR² innen utgangen av 2015.

Det som etterspørres er at det skal ordnes slik at NPR kan trekke ut ventelister ut av EPJ-systemet. Det er 2 ting som vanskeliggjør dette. NPR trekker ut data om gitte frister og om disse fristene er overholdt eller ikke. Slike frister gjelder for "henvisninger" til diagnostikk og utredning. Det opereres ikke med henvisninger til radiologi men med rekvisisjoner. Det eneste område som kvalifiserer til dette er BDS. Pasienter med kul i bryst henvises til BDS som del av radiologi med ønske om både diagnostikk og utredning. Det er imidlertid et problem med dette, og det er at rent datateknologisk kan ikke dette håndteres i Sectra.

Det vil ikke være mulig for NLSH å innfri dette oppdraget i år. Dette har vært tatt opp med RHF tidligere i år, hvor foretaket har fått informasjon fra IT-sjef i RHF om at vi ikke kan

² Norsk pasientregister

regne med å få en dataløsning for dette på plass før tidligst 2016.

- 3.1.3 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.

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 regionale prosedyrer vedrørende åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt (PR27718) og for å finne åpne dokumenter eldre enn 14 dager (PR 25760).

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.

Arbeidet med åpne dokumenter har bidratt til at antallet ikke øker, men vi mener nivået som rapporteres fortsatt er høyere enn ønsket normal nivå.

Åpne dokumenter mer en 14 dager gamle	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	22 086	20 909	20 572	19 880	21 588		22 285	20 521

I forbindelse med HOS trinn 2 gjøres det en ryddejobb med gjennomgang av alle felles arbeidsgrupper. Vi håper med dette at vi skal få lukket mange av de eldre åpne dokumentene slik at vi kommer nærmere å definere et normalnivå.

Pasienter med åpen henvisningsperiode	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt	30812	31782	32254	32716	34192		35085	35012

Antallet her er alt for høyt, og vi ser at oppmerksomheten vi har hatt på dette kun har stoppet veksten men ikke redusert antallet i særlig grad. Dette området vil vi følge videre.

Nordlandssykehuset

- 3.1.4 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.

- 3.1.5 Ventetid for rekonstruksjon av bryst.

Ventetiden for rekonstruksjon etter brystkreft er ca 12 mnd.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Beredskap

Mål 2015:

- 4.1.1 Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS³-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

Nordlandssykehuset behandlet *styresak 69-2015 Informasjonssikkerhet* i styremøtet den 18.juni.2015.

³ Risiko- og sårbarhetsanalyse

5 Styringsparametre 2015

5.1 Styringsparamete

5.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

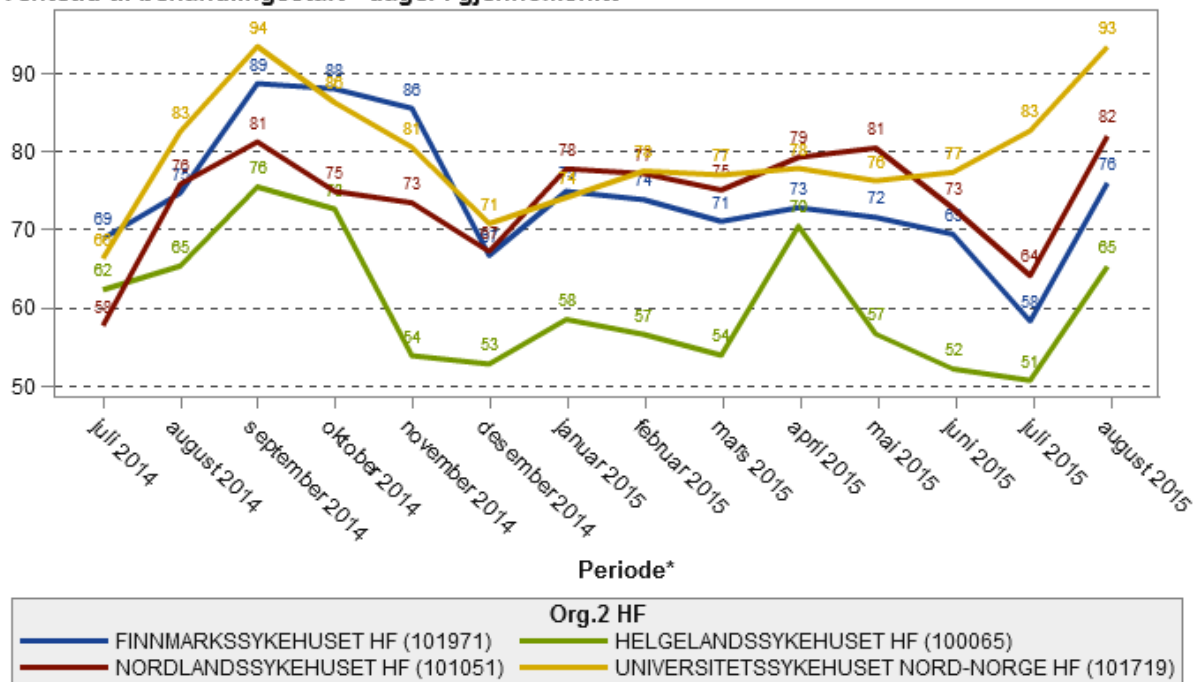
Vår gjennomsnittlige ventetid har i likhet med de andre helseforetakene i Helse Nord hatt en betydelig økning etter sommeren. Dette skyldes at på sommeren prioriteres de som haster mest, og da går gjennomsnittlig ventetid ned, for så å stige igjen over sommeren.

Vi vil utover høsten rette et særskilt fokus mot langtidsventende, slik at vi får avviklet de pasientene som har stått lenge på venteliste. Dette vil dra opp ventetid til behandlingsstart, sannsynligvis så mye at ventetid til behandlingsstart ikke vil reduseres ned til 65 dager i løpet av 2015.

I arbeidet mot klinikkene vil vi i 2015 ikke fokusere på gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart, men på:

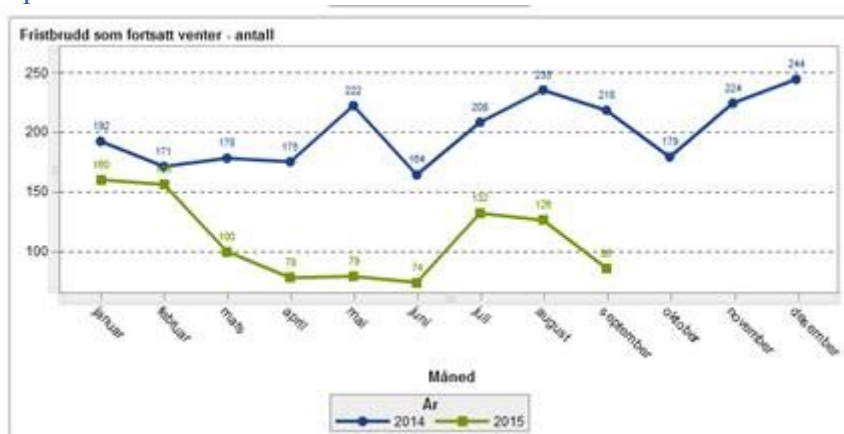
- antall langtidsventende (> 180 dager)
- total antall ventende
- andel ventende som er gitt time
- gjennomsnittlig ventetid på de 5 pasientene som har ventet lengst

Ventetid til behandlingsstart - dager i gjennomsnitt



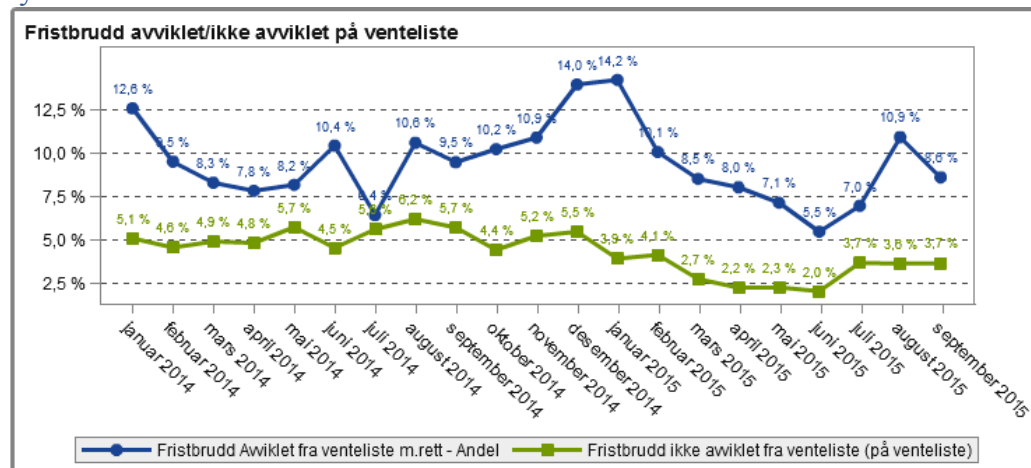
5.1.2 Ingen fristbrudd⁴.

Nordlandssykehuset har hatt et høyt fokus på å redusere antall fristbrudd, og utover våren 2015 har hovedfokus vært å redusere antall fristbrudd hos ventende. Vi hadde en fin utvikling på antall fristbrudd både hos ventende og blant avviklede utover våren, men har fått en betydelig økning i løpet av sommeren. Dette kan tyde på at vår polikliniske virksomhet må organiseres annerledes på sommeren enn vi tidligere har gjort. Innføring av pakkeforløp kreft har redusert vår polikliniske kapasitet fordi timer holdes åpne for pakkeforløp. Dette har gitt resultater innen forløpstider på pakkeforløp kreft som vi er fornøyde med, men den reduserte kapasiteten blir særlig utfordrende på sommeren hvor vi allerede har lavere kapasitet enn resten av året.



Selv om vi også tidligere har hatt fokus på å unngå nye fristbrudd, vil fokuset fremover handle om dette. Det betyr at oppmerksomheten nå i større grad rettes mot de truende fristbruddene.

Vårt mål er 0 pasienter med fristbrudd. Før sommeren var vi optimistiske i forhold til å lykkes med det i løpet av 2015. Det er fortsatt målet vårt, men vi er ikke like sikre på at vi vil lykkes med å nå dette i 2015.



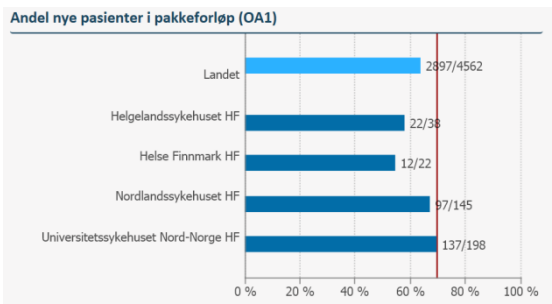
5.1.3 Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Visual Analytix løsningen som viser andel kreftpasienter registrert i pakkeforløp synes ikke å ha tatt hensyn til at de ulike pakkeforløpene har startet opp på ulike tidspunkt i løpet av året. Denne rapporten kan vi foreløpig ikke benytte for å angi andel kreftpasienter som registreres

⁴ 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.

i et definert pakkeforløp.

Resultatene fra første tertial fra Helsedirektoratet viser at vi ikke er i mål på andelen og må jobbe med å forbedre registreringen inn i pakkeforløp.

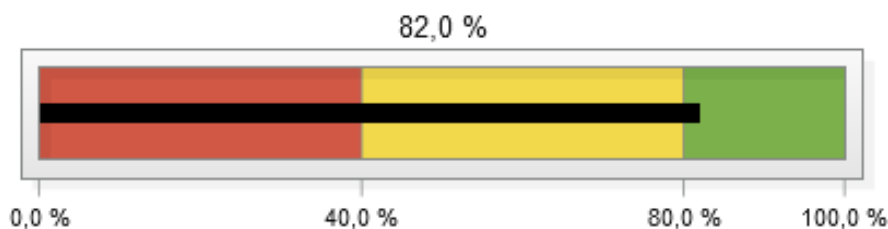


5.1.4 Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Andel pakkeforløp er foreløpig i Visual Analytix gruppert mellom Bodø, Lofoten og Vesterålen – slik at vi får ikke tatt ut tall for foretaket som helhet.

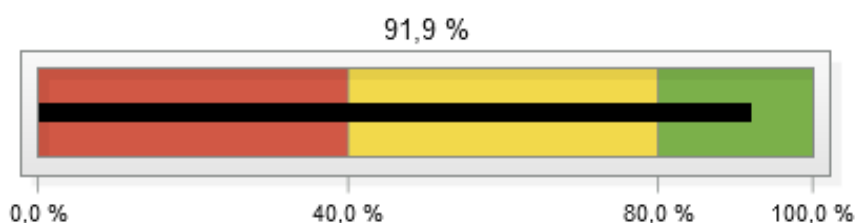
Nordlandssykehuset Bodø har fleste fullførte pakkeforløp, her er andel gjennomført innen standard forløpstid 82 %. Andel gjennomført innen standard forløpstid for Lofoten og Vesterålen er høyere.

Andel fullførte pakkeforløp innen frist (OF4)



Vi ønsker spesielt å fremheve brystdiagnostisk senter som gjennom lang tid har hatt gode resultater. Registreringen av pakkeforløp viser at 91,9 % av våre brystkreft pasienter starter behandling innenfor standard forløpstid.

Andel fullførte pakkeforløp innen frist (OF4)

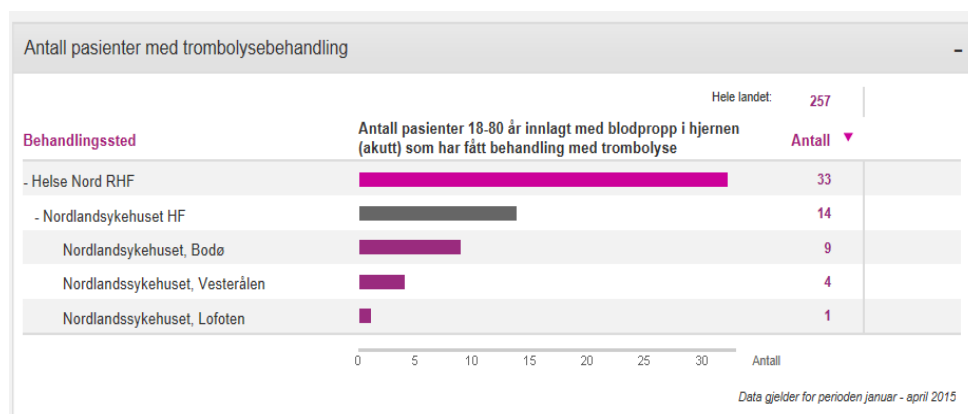
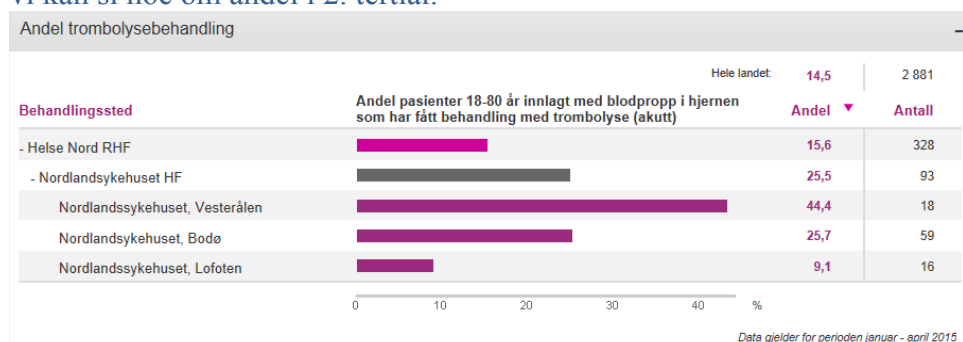


5.2 Rapporteringskrav

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

Oversikt fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne for første tertial viser at NLSH oppnår den ønskede andel som behandles med trombololyse for hjerneslag i aldersgruppen 18-80 år.

Ved gjennomgang av egne NPR data gjenfinner vi pasientene som har fått trombololyse, og kan finne tilsvarende antall også for andre tertial. Derimot er det noe vanskeligere å se hvor det totale antall pasienter med blodpropp i hjernen er hentet fra. Dette antallet samsvarer ikke med antall heldøgns pasienter innlagt med hjerneslag, og sannsynligvis er disse dataene bearbejdet av NPR. Vi må derfor vente til vi får dette fra Helsedirektoratet/ Helse Norge før vi kan si noe om andel i 2. tertial.



For 2.tertial er det registrert 10 pasienter mellom 18-80 år med trombololysebehandling for blodpropp i hjernen for Nordlandssykehuset HF.

5.2.2 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 fortsatt ikke tilgjengelig.

5.2.3 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 2.tertial er det gjennomført 180 legemiddelgjennomganger av farmasøyt ansatt i Sykehusapoteket.

5.2.4 Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Det er gjennomført 67 legemiddelsamstemminger i NLSH andre tertial 2015.

6 Sak til HF styrebehandling

6.1 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.

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.

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 behandlingsalternativer i kombinasjon med medisin.

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».

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 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

Svar % innen 60 sekunder var slik i 2. tertial:

Mai: 64 %
Juni: 67 %
Juli: 78 %
Aug: 71 %

Vi har stadig fokus på å optimalisere våre rutiner for å yte best mulig service med de ressurser vi har til rådighet.

Det vil samtidig være en avveining hvor store ressurser man skal bruke på de ulike oppgaver som skal løses, herunder saksbehandling.

6. Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR⁵ innen utgangen av 2015.

Det som etterspørres er at det skal ordnes slik at NPR kan trekke ut ventelister ut av EPJ-systemet. Det er 2 ting som vanskeliggjør dette. NPR trekker ut data om gitte frister og om disse fristene er overholdt eller ikke. Slike frister gjelder for "henvisninger" til diagnostikk og utredning. Det opereres ikke med henvisninger til radiologi men med rekvisisjoner. Det eneste område som kvalifiserer til dette er BDS. Pasienter med kul i bryst henvises til BDS som del av radiologi med ønske om både diagnostikk og utredning. Det er imidlertid et problem med dette, og det er at rent datateknologisk kan ikke dette håndteres i Sectra.

Det vil ikke være mulig for NLSH å innfri dette oppdraget i år. Dette har vært tatt opp med RHF tidligere i år, hvor foretaket har fått informasjon fra IT-sjef i RHF om at vi ikke kan regne med å få en dataløsning for dette på plass før tidligst 2016.

⁵ Norsk pasientregister