



Styresak 078-2017

Tertialrapport 2-2017 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen
Dato dok: 29.09.2017
Møtedato: 04.10.2017
Vår ref: 2017/1215

Vedlegg (t): Tertialrapport 2-2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2017 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2017 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 ihht rapporteringsmal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering

Foretaket har over tid arbeidet aktivt for å redusere ventetider og fristbrudd for ventende og avviklede pasienter, og ventetidene pr utgangen av april var innenfor kravet om 60 dager. Pr utgangen av 2. tertial har ventetidene for avviklede økt til 67 dager. Som følge av redusert poliklinisk kapasitet om sommeren har vi de siste 5 årene hatt økning fra juli til august, så denne økningen er som forventet. Ventetid for ventende har i samme periode økt noe mindre, og vi er fornøyd med at ferieavviklingen ikke har medført ytterligere ventetid for denne gruppen.

Når det gjelder fristbrudd er status ved utgangen av 2. tertial stort sett uendret fra 1. tertial, med en andel fristbrudd for avviklede pasienter på 2,4 %, og andel fristbrudd for ventende pasienter på 0,7 %. Den positive utviklingen innenfor ventetider og fristbrudd knyttes til effekt av de tiltak som er iverksatt.

Foretaket ligger noe under kravet når det gjelder gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid. For perioden januar 2017- juli 2017 er andelen pasienter behandlet innen standard forløpstid 66 %, mens kravet er 70 %. Vi vil se nærmere på flaskehalser innenfor de ulike pakkeforløpene innenfor områdene der vi per i dag ikke når kravet.

Pr 2. tertial 2017 er andel tvangsinnleggelser redusert sammenlignet med samme periode i 2016, mens andel pasienter med tvangsmiddelvedtak har økt. Økningen er knyttet til større antall vedtak

om kortvarig fastholding (§4-8d) på Akuttpsykiatrisk avdeling. Noe av økningen kan være et resultat av bedret registreringspraksis etter kvalitetsgjennomgang.

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er i hovedsak innført i Nordlandssykehuset. Foretakets satsningsområdene for 2017/2018 er «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse av sepsis». Det er gitt opplæring i ProACT ved alle sengeposter på alle lokasjoner i foretaket for tidlig oppdagelse av forverret tilstand av voksne pasienter. Arbeidet med tidlig oppdagelse av sepsis er godt i gang i akuttmottaket i Bodø. Verktøy, prosedyrer og varslingsrutiner er testet og så godt som ferdig. Arbeidet med spredning av tiltaket til Lofoten og Vesterålen vil starte innen utgangen av 2017.

Oppdaterte data (2016) fra nasjonale kvalitetsindikatorer viser at Nordlandssykehuset HF har hatt en betydelig bedring i sine prevalens data med en andel egne helsetjenesteassosierte infeksjoner på 1,5 % hos innlagte pasienter mot et nasjonalt gjennomsnitt på 3,7 %. Data for mai viser en totalprevalens på 3,8 %. For prevalensundersøkelse gjennomført 6. september, er ikke resultatene ferdig kvalitetssikret.

Sykefraværet ved utgangen av 2. tertial var 8,7 %. Dette er en reduksjon på 0,4 prosentpoeng sammenlignet med 2. tertial 2016. Siden ny IA-strategi ble vedtatt i 2015 og egne tiltaksplaner for forebyggende, helsefremmende og reagerende arbeid ble innført, har det vært arbeidet svært systematisk og godt på dette området. Det vises også til tidligere styresak 044-2017 for beskrivelse av foretakets arbeid ift sykefravær, herunder inkluderende arbeidsliv og nærværprosjektet.

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 077-2017 *Driftsrapport august 2016* for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 2. tertial.

Risikovurdering av overordnede mål inkl delmål jamfør Oppdragsdokument for 2017 viser at ett av ni områder er vurdert i rød sone, og ett delvis i rød sone. Dette omfatter delmål 8 Økonomisk resultat i tråd med plan (fra Helse Nord RHF) og delmål 9 Pasienter med alvorlig sepsis skal få startet antibiotikabehandling innen 1 time (fastsatt av Nordlandssykehuset). Delmål 8 følges opp gjennom løpende tiltaks- og resultatoppfølging i klinikkene, samt i utvidet ledermøte i foretaket. Ut fra resultatutvikling pr 2. tertial vurderes det mindre sannsynlig at resultatkrav på + 5 mill kr vil være realiserbart, og status er noe forverret fra 1. tertial. For delmål ni er status forbedret siden forrige rapportering fra rød til gul/rød, som følge av god fremdrift i utrulling.

Rapportering 2.tertial 2017

Nordlandssykehuset H

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCIEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



 **HELSE NORD IKT**

Innhold

1	Om rapporteringen	3
2	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
2.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
2.2	Somatikk.....	6
2.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	12
2.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	15
2.5	Kvalitet	16
2.6	Pasientsikkerhet.....	17
2.7	Smittevern.....	18
2.8	Andre områder	23
2.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	23
2.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	23
2.8.3	Beredskap.....	23
3	Sikre god pasient- og brukarmedvirkning.....	24
4	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	25
4.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	25
5	Innfri økonomiske mål i perioden	27
5.1	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	28
5.2	Anskaffelsesområdet.....	28
6	Risikostyring og internkontroll.....	28

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

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

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

2.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
 - o Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - o Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - o Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - o Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - o Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Her vises til vår rapportering for 1. tertial 2017. Nordlandssykehuset HF finner det vanskelig å bruke disse indikatorene siden de ikke er godt definert eller standardisert før vi skal rapportere og vurdere dem.

I forkant av denne rapporteringen har vi fått data fra Helse Nord RHF. Nordlandssykehuset HF har etterspurt hvordan det er ønskelig at disse skal kommenteres uten å ha fått svar på dette.

Nedenfor gjengis tabellen oversendt fra Helse Nord RHF:

Indikator Fagområde	Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet 1. tertial 2017		Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten 1. tertial 2017 i %, (samme periode i fjor)		Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområde 1. tertial 2017 i %, (samme periode i fjor)		Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområde ¹ 1. tertial 2017 i %, (samme periode i fjor)		Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted 1. tertial 2017 i %, (samme periode i fjor)	
	antall	Andel i %								

¹ Publisert bare for hoveddiagnosegruppe «Sykdommer i skjellett-muskelsystemet og bindevev», vises hos ortopedi

Rapportering på OD 2017

psykisk helsevern	FIN			FIN	5,8 (19,6)	FIN	5,1 (5,6)	FIN		FIN	9,6 (5,8)
	UNN			UNN	22,4 (31,4)	UNN	4,5 (4,3)	UNN		UNN	7,6 (8,1)
	NLSH			NLSH	17,7 (30,0)	NLSH	4,6 (4,2)	NLSH		NLSH	12,0 (13,1)
	HSYK			HSYK	17,4 (26,8)	HSYK	4,2 (4,2)	HSYK		HSYK	2,0 (2,6)
						Private	19,4 (34,2)			Private	3,1 (4,1)
ortopedi	FIN			FIN	0,9 (7,7)	FIN	33,3 (34,8)	FIN	39,9 (36,2)	FIN	
	UNN			UNN	7,9 (31,8)	UNN	26,3 (24,8)	UNN	40,3 (38,6)	UNN	
	NLSH			NLSH	1,1 (27,8)	NLSH	25,5 (24,6)	NLSH	47,9 (49,3)	NLSH	
	HSYK			HSYK	0,3 (16,7)	HSYK	27,0 (31,0)	HSYK	41,9 (39,6)	HSYK	
Hjerte-sykdommer	FIN			FIN		FIN		FIN		FIN	
	UNN			UNN		UNN		UNN		UNN	
	NLSH			NLSH		NLSH		NLSH		NLSH	
	HSYK			HSYK		HSYK		HSYK		HSYK	
plastikkirurgi	FIN			FIN		FIN		FIN		FIN	
	UNN			UNN		UNN		UNN		UNN	
	NLSH			NLSH		NLSH		NLSH		NLSH	
	HSYK			HSYK		HSYK		HSYK		HSYK	
øyesykdommer	FIN			FIN		FIN		FIN		FIN	
	UNN			UNN		UNN		UNN		UNN	
	NLSH			NLSH		NLSH		NLSH		NLSH	
	HSYK			HSYK		HSYK		HSYK		HSYK	
øre-nese-hals-sykdommer	FIN			FIN		FIN		FIN		FIN	
	UNN			UNN		UNN		UNN		UNN	
	NLSH			NLSH		NLSH		NLSH		NLSH	
	HSYK			HSYK		HSYK		HSYK		HSYK	
Alle fagområder samlet	FIN	4633	17	FIN		FIN		FIN		FIN	
	UNN	8014	12	UNN		UNN		UNN		UNN	
	NLSH	8916	16	NLSH		NLSH		NLSH		NLSH	
	HSYK	3370	12	HSYK		HSYK		HSYK		HSYK	

- Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Temaet ble tatt opp i fagsjefmøte 17. februar. Det ble da påpekt at Sykehusapotek Nord i fagsjefmøtene jevnlig har orientert om legemiddelforbruk i HF-ene, og om muligheter for ytterligere utnyttelse av LIS-avtalene. Vi er også kjent med at det er satt i gang et interregionalt prosjekt for å utarbeide en felles plan for gjennomføring av tiltaket. Videre arbeid forventes til notat, eventuelt plan, fra prosjektet foreligger.

3. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

Denne risikovurderingen har vi foreløpig ikke hatt kapasitet til å gjennomføre. Foretaket er i prosess med å ansette personell for innføringsprosjekt til elektronisk kurve og medikasjon (EMK) og vi ønsker å bruke bl.a disse ressursene for gjennomføring av risikoanalysen. Innføring av EKM vil bli noe forsinket.

4. På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsløyfe», utarbeidet i FIKS2-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsløyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Nordlandssykehuset arbeider med å utrede mulighetene og rammene som må på plass for lukkede legemiddelsløyfer. Hovedfaktorene som berøres, og må på plass, er løsning for pasientbundne doser, elektronisk ordinerings (elektronisk medikasjon og kurve) samt nye legemiddellogistikkløsninger til apotek. Dette omfatter alle de ulike lokasjoner.

Dette arbeidet videreføres og jobbes med parallelt med at vi starter opp innføringsprosjektet for elektronisk medikasjon og kurve ved Nordlandssykehuset.

2.2 Somatikk

1. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Nordlandssykehuset HF har over flere år arbeidet systematisk og tverrfaglig for å optimalisere slagbehandlingen. I 2013 opprettet nevrologisk avdeling i Bodø kvalitetsforbedringsprosjektet «Prosjekt slagalarm» med mål om å gi raskere akuttbehandling til slagpasienter og arbeidet ble ledet av et eget team slagalarm. Prosjektet resulterte i vesentlig reduksjon i behandlingstid og ga økt trombolyseandel. Team slagalarm har fortsatt møter og organiserer blant annet teamtreninger / simulering i mottak av slagpasienter. Resultater og fagstoff om hjerneslag tas opp avdelingens internundervisninger og fagdager. Erfaring fra dette arbeidet er spredt til Lofoten og Vesterålen slik at også her er det etablert egen slagalarm.

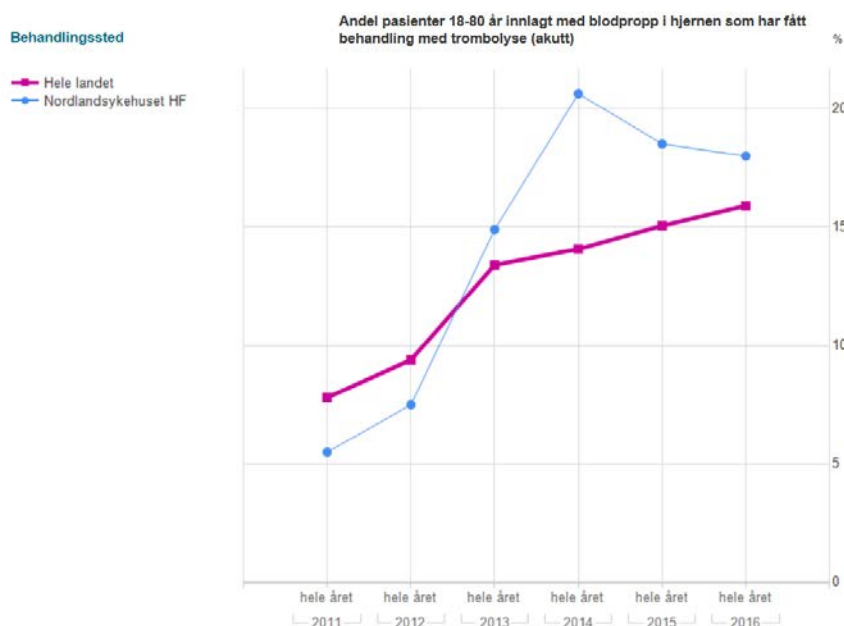
Antall aktuelle pasienter pr tertial er relativt lavt, spesielt for Lofoten og Vesterålen. Rapportering pr tertial kan dermed gi store svingninger i resultatene. Siste publiserte resultater på www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer er for første tertial 2017 og da bare andel pasienter som er trombolysebehandlet i aldersgruppen 18-80 år uten at det er angitt om dette er innen eller etter 40 minutter.

² Felles innføring kliniske systemer

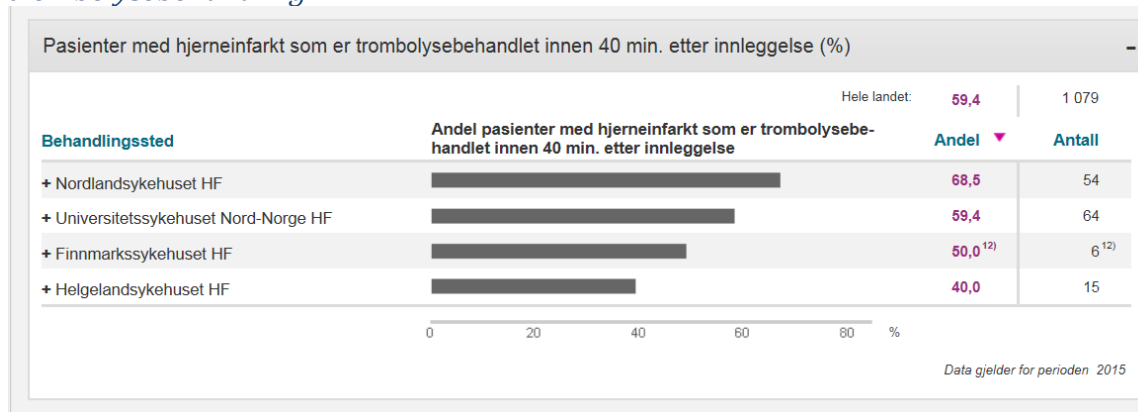
Rapportering på OD 2017

Behandlingssted	Andel	Antall
Hele landet	16,6	309
Nordlandssykehuset HF	18,8	13
Bodø	19,6	9
Lofoten	15,4	2
Vesterålen	20,0	2

Andel pasienter 18-80 år innlagt med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet for Nordlandssykehuset HF har siden 2013 vært høyere enn andelen nasjonalt.



Data på andelen som får trombolyse innen 40 minutter er sist oppdatert for 2015. Her måles andelen som får trombolyse innen 40 minutter av alle pasientene som får trombolysebehandling.



Vi vil se nærmere på denne indikatoren når årsrapporten for 2016 for norsk hjerneslagregister er publisert.

2. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

Nordlandssykehuset HF følger opp dialysepasienter tilhørende både eget opptaksområde og pasienter tilhørende Helgelandssykehuset HF.

Pr september 2017 har vi 71 HD pasienter og 25 PD pasienter, noe som gir en andel på PD dialyse på 26%.

Vi har ikke nådd målet om at andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30%. Vi er likevel svært fornøyd med at andelen nye pasienter som får hjemmedialyse er økt fra 17% i 2015 til 44% i 2016. Økning i andel pasienter med hjemmedialyse pr 1. januar har økt fra 20% i 2016 til 27 % i 2017.

	Nye pasienter i 2015			Pasienter i behandling pr 01.01.16			Andel PD av dialysepasienter pr 01.01.16
	HD/HDF ³	PD ⁴	Predial ⁵	HD/HDF	PD	Graft ⁶	
Nasjonalt	339	116 (23%)	59	1171	214	3445	15%
UNN HF	15	5 (23%)	2	48	19	182	28%
NLSH HF	17	4 (17%)	3	55	14	154	20%
	Nye pasienter i 2016			Pasienter i behandling pr 01.01.17			Andel PD av dialysepasienter pr 01.01.17
	HD/HDF	PD	Predial	HD/HDF	PD	Graft	
Nasjonalt	340	149	65	1212	262	3495	18%
UNN HF	17	8	4	51	22	182	30%
NLSH HF	18	16	2	62	23	166	27%

Kilde 2015:

https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/37_arsrapport_2015_nyre.pdf

Kilde 2016: <http://www.nephro.no/nnr/AARSM2016.pdf>

³ Hemodialyse.

⁴ Peritonealdialyse

⁵ Nyretransplantasjon før dialysebehov

⁶ Nyretransplantert

3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere⁷)

Helsedirektoratet sin side (<https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf>) med oversikt over status i pakkeforløp kreft er oppdatert for status ut juli 2017.

For perioden januar 2017- juli 2017 er andelen nye pasienter som har vært inkludert i pakkeforløp 73%.

⁷ Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

4. Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

***Fra Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
IS-IS-2651 58***

«Med ambulante tjenester menes tjeneste som tilbys og ytes utenfor sykehus. Bestemmelsen retter seg mot hvordan det generelle tilbudet, ikke det enkelte habiliterings- eller rehabiliteringsopplegg, skal tilbys og ytes i eller utenfor sykehus. Med hensiktsmessig siktes det til faglige og praktiske forhold, samt hensynet til pasient- og brukergrupper som helhet. Ambulante tjenester bør skje i tett dialog med kommunale tjenester. Arbeidsformen er godt egnet til kombinere med veiledning tett knyttet til pasient og brukers daglige livsarena, og til å styrke det tverrfaglige samarbeide mellom nivåene. Telemedisinske løsninger bør videreutvikles og tas i bruk der dette er mulig og hensiktsmessig.»

Det er noe usikkert hva innholdet i dette styringskravet er tenkt som, tolker det som utvikling av:

- Hvordan tjenester tilbys (ambulering til fagpersonell, pasientens hjem og via telekonsultasjoner)*
- Hvilke tjenester som tilbys (utredning, behandling, veiledning og opplæring)*
- Hvem tilbyr tjenestene:
Barnehabilitering i Lofoten og Vesterålen
Voksenhabilitering i Bodø, Lofoten og Vesterålen
Rehabilitering – ART teamene på de samme lokalisasjoner*

Det har via Skype konsultasjoner vært jobbet med utvikling av:

- Tilby veiledning til personell*
- Opplæring av personell*
- Behandlingsoppfølging*

I pasientforløp der det er omfattende tjenestebehov, mange ansatte som yter tjenester i en kommune og flere behandlere i spesialisthelsetjenesten:

- Skype temadager for ansatte*
- Ansvarsgruppedeltakelse via Skype*
- Samtaler med pårørende via Skype*
- Veiledning via Skype*

I pasientforløp der det er samtaleoppfølging:

- Skype samtaler med pasient kombinert med direkte samtaler*

Ved ansettelse av medisinsk faglig ansvarlig overlege i HAVO har planen vært ambulering til nærmeste lokalsykehus, poliklinikk der, og oppfølging og veiledning til lokalsykehus og fastlege via Skype – dette vil bli gjennomført når overlege er ansatt.

Videreutvikling av E-helse via Apper som kan gi pasient og pårørende veiledning i sykdomsforløp. For eksempel krisemestring ved psykisk sykdom, bruk av lister og fremgangsmåter for mennesker med ASD osv.

Videreutvikling av elektronisk direktekontakt med behandlere ved behov.

Videreutvikling av LMS tilbud og tjenester via Apper og elektroniske løsninger.

Målsetting: 10 % av HAVO konsultasjoner via Skype.

Måloppnåelse:

Målet for 2017 var at 10 % av konsultasjonene ved HAVO Bodø skulle være via SKYPE. 46 av 845 konsultasjoner registrert i DIPS er telemedisinske konsultasjoner ved HAVO Bodø fremt til 26.9.17 – det utgjør 5,4 %. Dette er ikke innfridd pga. flere langvarige sykemeldinger, og utsatte behandlingsforløp. Videreføres for HAVO totalt i 2018. For HAVO og HABU skal det arbeides med utprøving av telemedisin og Skype oppfølging for beskrevne pasientgrupper.

For rehabilitering må det arbeidets mer med å beskrive hvilke målgrupper der en kan benytte elektroniske løsninger og prøve dette ut.

5. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI⁸ innen 90 minutter.

Det henvises til rapportering fra første tertial med resultater for 2015. Rapporten for 2016 er ikke publisert ennå.

6. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Det er nylig gjennomført en fagrevisjon på behandling av NSTEMI i regionen. Vi har hatt foreløpig rapport til gjennomsyn. Når endelig rapport kommer vil vi bruke den for å se hvordan vi kan standardisere forløpet innad i Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset forventer at rapporten og regionalt arbeid for standardisering vil bli tema i regionalt fagråd for hjertemedisin.

Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid⁹ (skal være minst 70%).

Helsedirektoratet sin side (<https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf>) med oversikt over status i pakkeforløp kreft er oppdatert for status ut juli 2017.

⁸ Perkutan koronar intervensjon

⁹ Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

For perioden januar 2017- juli 2017 er andelen pasienter behandlet innen standard forløpstid 66%.

Dersom vi ser på krefttypene hvor vi har hatt 5 eller flere pasienter når vi ikke styringskravet om oppstart behandling innen standard forløpstid på lungekreft, lymfom og prostatakreft. For disse områdene vil vi se nærmere på flaskehalser innenfor de ulike pakkeforløpene for å øke andelen som starter behandling innen standard forløpstid.

2.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

Antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere var på 0,75 for andre tertial 2017, ned fra 0,78 for andre tertial 2016.

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere var på 0,30 for andre tertial i 2017, opp fra 0,15 for andre tertial 2016.

Økningen ser ut til å skyldes et langt større antall vedtak om kortvarig fastholding (§4-8d) på Akuttpsykiatrisk avdeling. Det kan være en reell økning, eller resultat av bedret registreringspraksis i år kontra i fjor, på bakgrunn av kvalitetsgjennomgangene vi hadde i etterkant av «VG-saken».

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

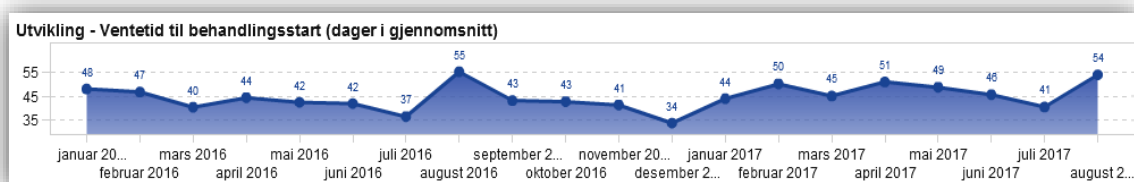
Klinikken har startet telling på «dropout» i døgnavdeling TSB fra 1/1- 17. Vi teller da på ikke møtt og avbrutt behandling, og registrerer det på NPRID. DIPS har ingen rapporter som kan brukes til dette formålet, så tellingene foregår manuelt. Reinnleggelser i forbindelse med sekvensielle behandlingsforløp er utelatt fra tallene, da disse er gjort med individuelle avtaler om behovsprøving og endring av datoer i forhold til pasientens behov (høy grad av brukerstyring).

Styringsparametere:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk

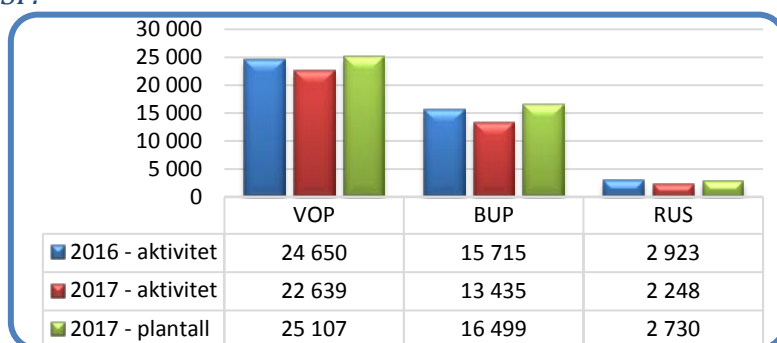
(helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"¹⁰ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

I Nordlandssykehuset HF har kostnadsutviklingen gjennom de siste årene vært noe lavere innenfor psykisk helse og rus enn for somatikk, med et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Dette er en direkte følge av effektene av den regionale inntektsfordelingsmodellen for psykiatri og rus, der finansieringen skal følge pasienten. Finansiering som følger pasientene medfører at endring i forhold til behandlingssted flytter budsjettmidler mellom foretakene i Helse Nord. Dersom kostnadsutviklingen i Nordlandssykehuset HF justeres i forhold til reduksjon i foretakets andel av den regionale inntektsfordelingen fra RHF, har det isolert sett vært kostnadsvekst.



Ventetidene for pasienter i psykisk helse og rus klinikken er på nivå med 2. tertial 2016, og er innenfor kravet på 60 dager.

Antall polikliniske konsultasjoner er redusert fra 2016 til 2017, noe som skyldes omlegging til ISF.



Det er gjort endringer i takstsystemet slik at indirekte pasientkontakt ikke telles som aktivitet. Dette er det store variasjoner på fra poliklinikk til poliklinikk. Fordi rapportene som tas ut i år ikke kan sammenliknes med 2016 på grunn av ulik telling, ulike takster og endring i hva som telles, ser det ut som vi har hatt en betydelig nedgang.

¹⁰ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

Rapportering på OD 2017

Det har vært en liten aktivitetsnedgang i BUP Salten og Lofoten men VOPene har stort sett samme aktivitet. Vesterålen har økt aktivitet i BUP. Omleggingen til ISF har skapt utfordringer i hele landet og er størst innenfor BUP-systemet.

Totalt antall opphold er nesten på samme nivå i 2017 som i 2016. Det er nedgang i antall registrert som behandling (- 3 429), men en tilsvarende økning i indirekte pasientkontakt (+ 3 209), se tabell nedenfor.

År_ ▲	2016		2017	
Poliklinisk Kontakttype ... ▲	Antall opphold	Konsultasjoner_Totalt	Antall opphold	Konsultasjoner_Totalt
Sum	40 532	36 631	40 371	32 390
Behandling	32 036	32 036	28 607	28 607
Behandling innlagt pasient	841	809	727	704
Dagkirurgi	1	1	1	1
Heldøgn	8	8	2	2
Indirekte pasientkontakt	6 875	3 006	10 084	2 126
Kontroll	9	9	2	2
Opplæring	89	89	44	44
Pasientadministrert behandling	10	10	3	3
Utredning	601	601	899	899
Utredning av rett til helsehjelp	62	62	2	2

Andre krav:

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).

Prosjektet er inne i siste fase. Kurs planlegges for alle ambulansearbeidere i Vesterålen og Salten. Samtidig vil vi skolere sivile ledsagere i Vesterålen som kan bistå pasienter som venter i transit på fly. Skoleringen i Vesterålen for ambulansearbeiderne er litt forsinket, men det planlegges oppstart i oktober/november. Foretaket har en stabil pool av sivile ledsagere som transporterer pasienter på fly. Tilbakemeldinger fra fly teamene og pasientene er svært positive. Nytt og forbedret transit rom i Vesterålen er på plass, men tas ikke i bruk før de sivile ledsagerne som skal vente sammen med pasient er på plass. Opplæringen av de sivile ledsagerne på bakken starter opp samtidig med opplæring av ambulansearbeiderne. Transit rom i Lofoten tilknyttet Lofoten interkommunale legevakt er etablert og fungerer fint.

2.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*¹¹.

NLSH Vesterålen og NLSH Bodø deltar i Gode Pasientforløp med hvert sitt forbedringsteam. NLSH Lofoten har nylig etablert et forbedringsteam som deltar fra samling nr. 3 i læringsnettverket.

Forbedringsteamet NLSH Vesterålen har et samarbeid med alle kommuner i Vesterålen og har gjennomført en felles workshop. Det er utarbeidet en felles sjekkliste som bidrar til å sikre informasjonsflyt i samhandlingen mellom sykehuset og kommunene. Oppstart av pilot 25/9-17

Forbedringsteamet NLSH Bodø har i samarbeid med Bodø kommune utarbeidet et forbedringsforslag som gjelder PLO helseopplysninger til kommunene og PLO inntekstjournal. Oppstart av pilot 3/10-17.

Det planlegges markering av «Hva er viktig for deg dagen» i Bodø 6. juni 2018. Undervisning i forbindelse med introdusering av «Hva er viktig for deg?» tenkningen pågår. Det planlegges fagdag for alle ansatte.

Bodø kommune og NLSH Bodø samarbeider om øke andelen EVU og inntekstrapporter til 100%.

2. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Arbeidet med å inngå avtaler med den enkelte spesialist er i god prosess. Nordlandssykehuset forventer at alle avtaler vil være inngått i løpet av oktober måned.

3. Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Nordlandssykehuset og kommunene gjennomgår for tiden alle avtalene som er inngått. Et klinisk samarbeidsutvalget har som plan å ferdigstille alle avtalene for videre behandling ultimo august. Herunder god oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 og de øvrige også.

4. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Dette arbeides med i læringsnettverket og vi vil ta erfaringene herfra med i fremtidige samarbeidsavtaler.

¹¹ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

2.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangboddhet. Foretaket har i andre tertial hatt 220 korridorpasienter, hvorav 209 i Bodø, 1 i Lofoten og 10 i Vesterålen. Dette er redusert fra første tertial hvor det totale antallet var 375.

For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

- *Øke andel sammedagskirurgi og dagkirurgi*
- *Arbeid ut mot kommunene for å redusere antall døgn med utskrivningsklare pasienter*
- *God utnyttelse av obs-enheten i Bodø*
- *Forbedring av pasientforløp med reduksjon av unødvendig liggetid*

Dessverre vil nok fortsatt korridorpasienter være en problemstilling ved Nordlandssykehuset Bodø inntil sengepostområdene i A/B fløya (høyblokka) er ferdig renovert.

2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

NLSH HF implementerte den nasjonale klassifiseringssystemet den 10/1 – 2017 på flere av våre meldingstyper. Alle avvik i egen avdeling, avvik i annen avdeling og pasienthendelser er omfattet av den nye nasjonale klassifiseringssystemet. Det betyr at ledere må bruke denne klassifiseringen når avvik/pasienthendelser saksbehandles. I tillegg er det slik at nevnte avvikstyper og pasienthendelser må risikovurderes før en sak kan lukkes. Dette har vært krav i foretaket i mange år og det er ikke mulig å lukke avvik uten at dette er gjort.

Foretaket har i mange år rapportert til styret på pasienthendelser, i tillegg blir statistikk fra vårt avvikssystem brukt klinikkene og stabenes systematiske forbedringsarbeid (KVAM – møter PR6021). Etter at vi tok i bruk det nasjonale klassifiseringssystemet arbeider vi nå med å se på hvordan vi på foretaksnivå og nedover i organisasjon i enda større grad kan bruke kunnskapen som avvikssystemet gir.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- o Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT¹²-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Den nye elektroniske løsningen for GTT-granskning er tatt i bruk av alle teamene i Nordlandssykehuset, og fra og med juli 2016 har GTT-teamene gransket i den nye portalen. Tidligere manuelt granskede GTT-data f.o.m 2010 er lagt inn i elektronisk

¹² Global Trigger tool

løsning for å kunne følge resultater over år. Resultater for 1. tertial 2017 legges frem i styresak om kvalitet og pasientsikkerhet i november.

Seksjon for pasientsikkerhet har i møte med pasientsikkerhetskontakter fra alle klinikker drøftet hvordan man kan bruke resultatene til forbedringsarbeid i klinikkene. Blant annet har Hode- og bevegelsesklinikken presentert resultatene i sitt månedlige nyhetsbrev til ansatte, og det ble også foreslått bruk av GTT-resultater i kombinasjon med avvik i klinikkens KVAM-møter.

- o Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Foretaket har deltatt på fagrevisjon innenfor behandling av NSTEMI og skal delta på planlagt fagrevisjon på kjemoterapi etter tykktarmskreft.

- o Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Nordlandssykehuset har deltatt i utviklingen av modulbasert opplæringsprogram med foretakets lokale programleder. Sluttrapport og opplæringsmateriell ble overlevert Helse Nord ved utgangen av august. Nordlandssykehuset har testet deler av opplæringsmaterialet på ulike grupper i eget foretak, men ikke som del av et opplæringsprogram.

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Hendelsesanalyser er under innføring i NLSH, men det gjenstår enda en del arbeid med innpassing i det ordinære kvalitetssystemet. Rutiner som skal sørge for at arbeidsprosessene knyttet til hendelsesanalyser, og ikke minst hvordan disse rapportene behandles i etterkant og fyller myndighetenes krav og intensjon, er under utvikling.

Nordlandssykehuset har gjennomført tre hendelsesanalyser så langt, hvorav siste analyse var en omfattende analyse i skjæringspunktet mellom medisinsk og psykiatrisk klinikk. I andre tertial er denne løftet i kvalitetsutvalg for både somatikk- og psykiatri, og presentert for ledergruppene til de respektive klinikker.

Nordlandssykehuset har vært med å arrangere den første nasjonale opplæringen i Hendelsesanalyse uten bistand fra Sverige. Nytt kurs er planlagt i november. I September blir den første regionale nettverkssamlingen for hendelsesanalyse arrangert i Bodø. Formålet er å dele erfaringer fra implementering og gjennomføring slik at det blir enklere for det enkelte foretak, samt at prosessene kan koordineres så langt det er naturlig.

2.6 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Tiltakspakkene er i hovedsak innført i Nordlandssykehuset. Det er gjort et stort arbeid for å utarbeide en ny spredningsplan, som har følgende status basert på egenrapportering fra enhetene:

[illegible]

Grått: Innsatsområdet skal ikke innføres på enheten

Hvit: Ingen data/ingen rutinemessige tiltak

Lys blå: Ett eller flere tiltak gjennomføres rutinemessig

Mørk blå: Alle tiltak gjennomføres rutinemessig.

For å bli mørkeblå inngår rutinemessige målinger til bruk i forbedringsarbeid. Som tidligere er utfordringene at enhetene jobber med mange innsatsområder, og har behov for manuelle målinger for å følge opp implementeringsarbeidet på alle områder bortsett fra Trygg kirurgi.

Foretakets satsningsområdene for 2017/2018 er «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse av sepsis».

Det er gitt opplæring i ProACT ved alle sengeposter på alle lokasjoner i foretaket for tidlig oppdagelse av forverret tilstand av voksne pasienter. Barneavdelingen har gitt opplæring i PedSAFE, og det er nylig etablert en arbeidsgruppe for utvikling av maternell tidlig varslingsrutiner. Rutiner for intensivfaglig kompetanse (Mobilt Akutt Team) til de sykeste pasientene piloteres i Bodø, og man gjør seg nyttige erfaringer før rutineene tilpasses forholdene i Lofoten og Vesterålen. Foretaket arbeider nå for å utarbeide rutiner for systematisk opplæring av alt personell.

Arbeidet med tidlig oppdagelse av sepsis er godt i gang i akuttmottaket i Bodø. Verktøy, prosedyrer og varslingsrutiner er testet og så godt som ferdig. Arbeidet med spredning til av tiltaket til Lofoten og Vesterålen vil starte innen utgangen av 2017.

2.7 Smittevern

1. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - o Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Det er utarbeidet et antibiotikastyringsprogram for 2017-2018 i NLSH HF og det er dannet et antibiotika-team.

A-teamet driver kontinuerlig forbedringsarbeid innen antibiotikabruk. Fokus 2. tertial har vært ferdigstilling av NLSH HFs antibiotikaforbruksrapport for 2012-2016, informasjon til foretakets leger om mangelsituasjon vedr. Piperacillin-Tazobactam, utarbeiding av Gentamicin-doseringskort til visitt og vaktgående leger NLSH Bodø, planlegging og oppstart av verifiseringsprosess vedr. [s-Gentamicin]-analyse ved NLSH Vesterålen samt planlegging av «antibiotikavisitter» ved NLSH Bodø.

- o Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

I juli-17 ble antibiotikaforbruksrapporten for NLSH utgitt. Den rapporterer forbruk fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger for tidsperioden 2012-2016. Fra 2018 skal den utgis i første kvartal hvert år.

2. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Nordlandssykehuset gjennomfører prevalensundersøkelser 4 ganger pr år. To obligatoriske og to frivillige undersøkelser. Data for mai viser en totalprevalens på 3,8 %. For prevalensundersøkelse gjennomført 6. september, er ikke resultatene ferdig kvalitetssikret.

3. NOIS¹³-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

NOIS-data for 1. tertial i år ble levert inn 1.september som er innleveringsdato for 1. tertial. Innleverte data er ennå ikke godkjent. Oppfølgingsprosent er 100 % på alle inngrep for uten keisersnitt som har 92,56 % i Bodø og 80% i Vesterålen. Denne gruppen har flest pasienter med fremmedspråk. Smittevern iverksetter nå tiltak overfor denne pasientgruppen for å øke svarprosenten.

Vi har ikke startet systematisk gjennomgang av pasientforløp ved dyp postoperativ sårinfeksjon, men har startet diskusjon/dialog internt i foretaket i forhold til hvordan dette bør gjennomføres.

4. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

¹³ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Vi har rapportert resultatene tertialvis fra Helse Nord RHF, men rapporteringsmåten har variert mellom gjennomgang i oppfølgingsmøte, via tertialrapport/ årlig melding eller via egen styresak som deretter har vært oversendt.

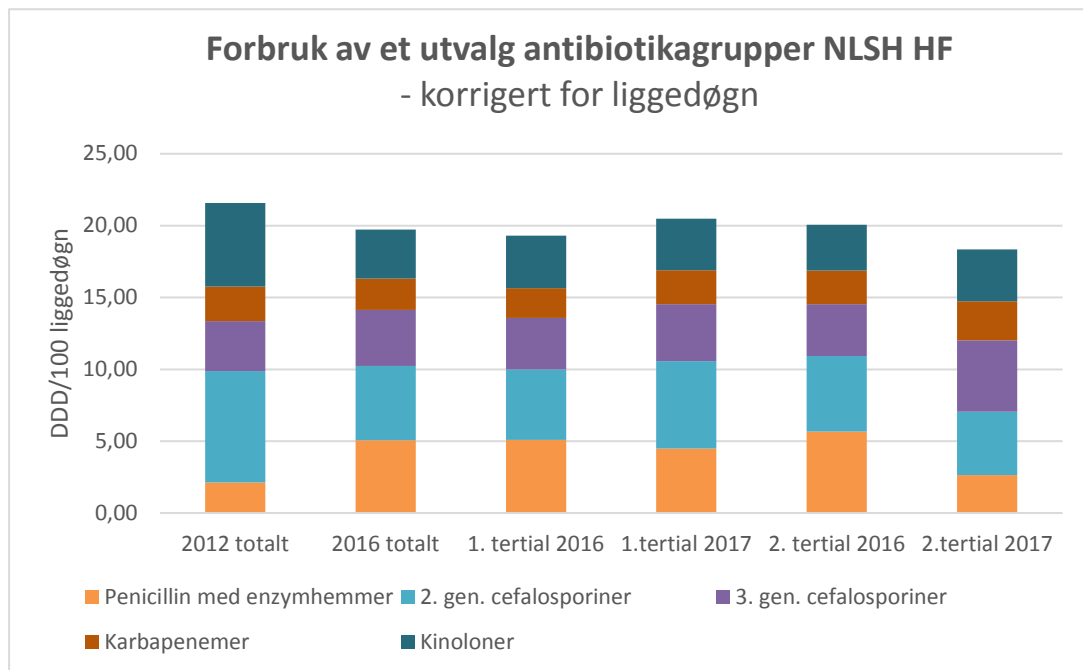
Styringsparametere:

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

Tall fra 2. kvartal 2016 hadde en prevalens på 6,76% for alle obligatoriske infeksjonstyper. Pr 2. kvartal 2017, var totalprevalensen 3,84 % slik at andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

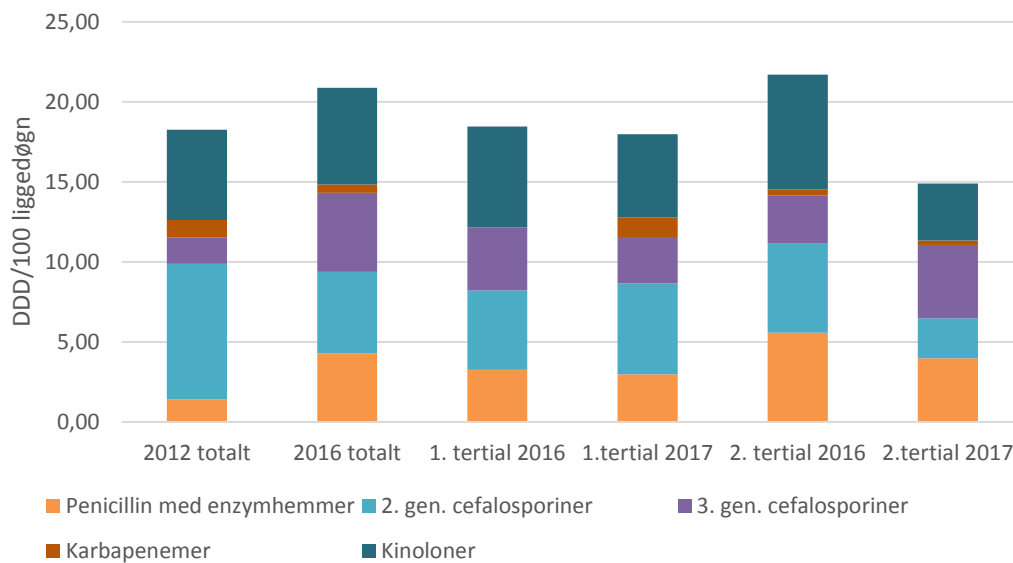
- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012¹⁴.

Nordlandssykehuset HF har redusert forbruket sammenlignet med 2012. Antallet definerte døgndoser korrigert for liggedøgn var 21,57 DDD/ 100 liggedøgn i 2012, og for andre tertial i år 18,34 DDD/100 liggedøgn. Det er særlig i Vesterålen at vi har hatt en stor reduksjon, mens forbruket i Bodø er nesten uendret sammenlignet med 2012.

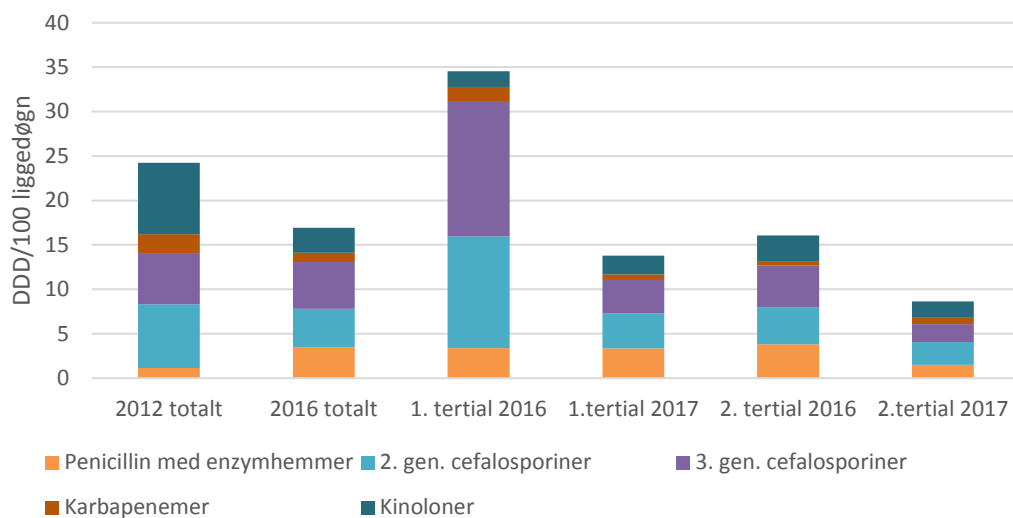


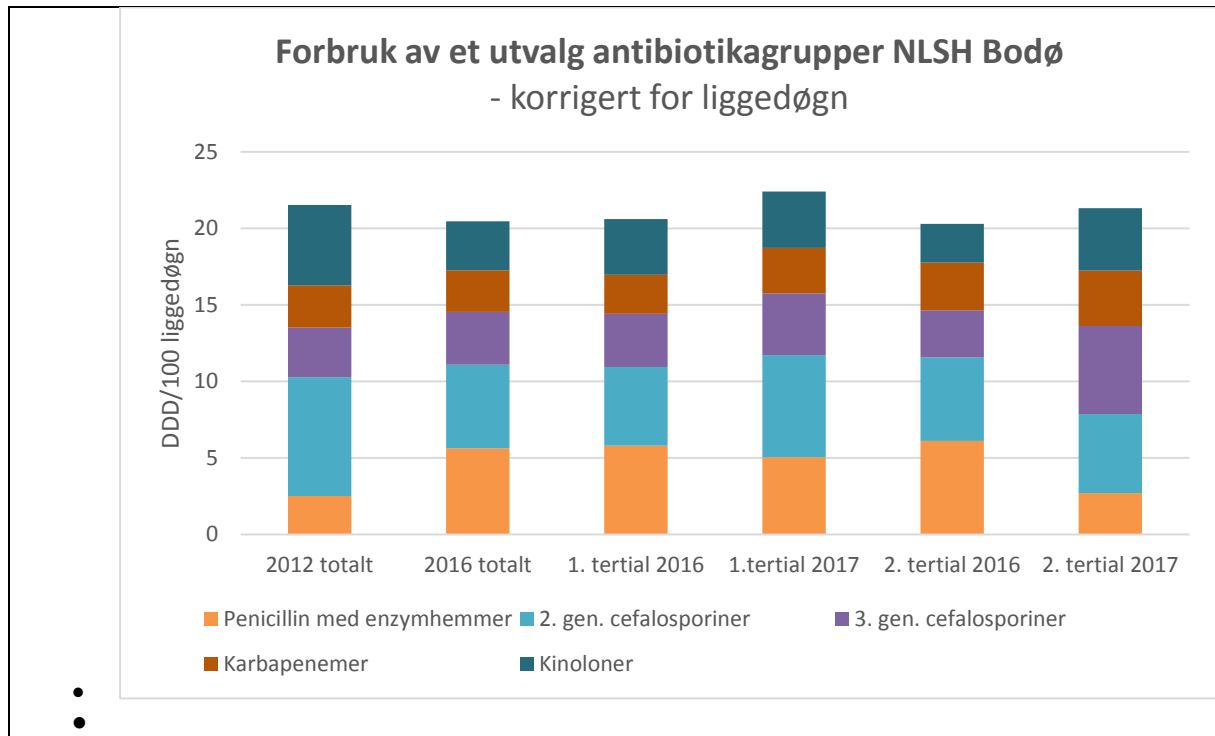
¹⁴ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

Forbruk av et utvalg antibiotikagrupper NLSH Lofoten - korrigert for liggedøgn



Forbruk av et utvalg antibiotikagrupper NLSH Vesterålen - korrigert for liggedøgn





2.8 Andre områder

2.8.1 Klima- og miljøtiltak

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Nordlandssykehuset HF ble 4. september 2017 sertifisert etter nye ISO14001:2015 miljøstyring standard.

2.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

Personvernombud er godt etablert og ivaretas fullt ut i Nordlandssykehuset også i samsvar med krav i EUs nye personvernforordning.

2.8.3 Beredskap

1. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgnkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF.

Nordlandssykehuset har ikke mottatt bestilling på dette fra Helse Nord RHF.

3 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Følge opp resultatene fra PasOpp¹⁵-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - o om sin sykdom
 - o om medikamentene
 - o får med seg oppdatert medikamentliste

Prosjektet Et vennlig sykehus følger opp resultatene fra tidligere PasOpp undersøkelser i somatikk, men undersøkelsen har ikke vært gjennomført de siste to år. Det er utført PasOpp undersøkelse innenfor psykisk helsevern, men resultatene fra denne er ikke publisert ennå.

Det er i prosjektet utarbeidet tiltak, retningslinjer og prosedyrer med bakgrunn i resultater fra indikatorene utskriving, informasjon, standard, pårørende og organisering.

Tiltak:

- Utreisesamtale
- Velkomstsamtale
- Mattilbud og estetikk
- Gjennomføring av enhetsvise pasienttilfredshetsundersøkelser
- Fadderordning for nyansatte/opplæringsplaner

Et vennlig sykehus bidrar til kultur og holdningsarbeid gjennom lederprogram, lederveiledning, nettverksforum, workshop og fagdager med kommunikasjon som tema. Prosjektet har vært pilotert i Kirurgisk ortopedisk klinikk avd. Bodø. Prosjektet omfatter somatiske sengeposter i NLSH HF og akuttmottaket.

Status:

Det pågår implementering av et eller flere tiltak på alle enheter og det er utarbeidet enhetsvise utrullingsplaner for de øvrige tiltak. Alle tiltak og rutiner skal være innført innen 2018.

Målinger:

Det gjennomføres resultatmålinger av prosjektet på noen av enhetene og det pågår utarbeidelse av kvalitetsmålinger for utreisesamtalen.

Utreisesamtalen

Utreisesamtalen skal sikre at pasienten har fått informasjon om sin sykdom/behandling og videre plan. Det informeres om hvilke plager pasienten kan forvente i etterkant av oppholdet og hvem de kan kontakte hvis noe oppstår etter innleggelse.

Prosedyren skal sikre at pasientens medikamenter gjennomgås og at alle pasienten reiser hjem med en samstemt legemiddelliste.

¹⁵ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Pårørende oppfordres til å delta på utreisesamtalen når pasienten samtykker. Det er etablert samtalerom ved enkelte avdelinger.

Det er 8 av 15 sengeposter som har innført prosedyren for utreisesamtale.

4 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

4.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Nordlandssykehuset har i flere år gjennomført systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte til AMU. Hendelsene blir registret og klassifisert i kategorier benevnt som blod, fall, løft, stikk/kutt, trussel, vold og andre. Fremstillingen til AMU gir bl. a. oversikt over utvikling i aktuelle tidsperioder per klinikk/avdeling samt inviterer til å finne og beslutte tiltak som kan bidra til å redusere risiko for lignende hendelser.

Antall hendelser per utgangen av 2. tertial 2016/2017 fremstår som følger:

Kategori:	andre		blod		fall		løft		stikk/kutt		trussel		vold		Totalsum	
År:	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Sum:	20	21	6	8	10	11	11	6	28	40	31	18	75	171	181	275

Hendelser knyttet til trusler og vold har gjennom årene vært gjenstand for skarp fokus i forhold til arbeid med risikoreduserende tiltak. I klinikker utenom Psykisk helse- og rusklinikken (PHR), er det hittil kun registrert slike sporadiske enkeltstående hendelser, mens antallet i PHR har variert betydelig fra periode til periode basert på endring i pasientsammensetning. En enkelt pasient kan i perioder gi opphav til en rekke meldinger. PHR arbeider kontinuerlig med risikoreduserende tiltak. Det lave antallet meldinger innenfor somatisk virksomhet, spesielt gjeldende for verbale trusler, kan være noe begrunnet i meldekultur. NLSH har derfor økt fokus på dette tema samt økt fokus på opplæring og bruk av meldesystemet iht. dets hensikt.

Vi betrakter målet til styringskravet om rapportering som nådd.

2. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Tiltaksarbeidet

Siden ny IA-strategi ble vedtatt i 2015 og egne tiltaksplaner for forebyggende, helsefremmende og reagerende arbeid ble innført, har det vært jobbet svært systematisk og godt på dette området. Vi kan konstatere at det jobbes med nesten alle tiltakene i

årets plan. Som eksempel har vi her valgt å ta med noen av de gode historiene fra noen av våre enheter/avdelinger.

iBedrift er et tiltak hvor Valnesfjord helsesportsenter og Arbeidslivssenteret i Nordland bistår med kunnskap og hjelp til å kjøre et strukturert opplegg. I NLSH har så langt Akuttmedisinsk klinikk, Kirurgis-ortopedisk klinikk og Medisinsk klinikk deltatt med tilsammen 5 enheter.

Skoprosjektet i Diagnostisk klinikk har det vært jobbet med i 3 år. Prosjektet videreføres nå som en del av driften og virker nå ifølge leder som en del av det forebyggende arbeidet. Klinikken har dokumentert en markant nedgang i sykefraværet de siste 3 årene i de enhetene som har deltatt i dette prosjektet.

I **Vesterålen** slet Medisinsk kontortjeneste med høyt sykefravær og en rekke utfordringer ved overgangen til ny organisering og samlokalisering i det nye sykehuset. Her har de ansatte sammen med ny leder gjort en formidabel innsats det siste året, og klart å redusere sykefraværet med mange prosentpoeng. Med bistand fra HMS-seksjonen ble det igangsatt et informasjons- og oppfølgingsarbeid rettet mot hele personalgruppen samt mot den enkelte sykmeldte.

Andre tiltak

I første halvår 2017 er det gjennomført lederopplæring for avdelingsledere og enhetsledere. Inkludert i denne ligger en rekke av områdene som setter lederne i stand til å ivareta sin rolle i HMS-arbeidet. Det er gjennomført en runde med HMS-grunnkurs og nytt kurs gjennomføres høsten 2017. I tillegg har det også vært gitt en rekke enkeltkurs i IA-arbeid og oppfølging av sykmeldte for personalgrupper som har bedt om dette. I løpet av høsten 2017 gjennomføres det ytterligere opplæring i form av en dagskonferanse om AKAN for ledere og en Arbeidsmiljøkonferanse med tema «humor på arbeidsplassen».

Det er etablert et tett og bra samarbeid med lokale Nav kontor. Dette gjør at vi får tidlig fokus i sakene og kan ta systemet i bruk i forhold til bl.a. virkemidler.

Klinikkene og avdelingene har gjort et stort arbeid i å presentere og følge opp resultatene fra MU – medarbeiderundersøkelsen som ble gjennomført ved slutten av 2016. Tiltak som ikke kan håndteres av den enkelte klinikk alene, vil bli fulgt opp gjennom HMS handlingsplan 2018 for foretaket.

Når det gjelder arbeidet med å utvikle gode rutiner og prosedyrer, er det i vår laget en prosedyre for faktaundersøkelse, og flere andre prosedyrer er under revidering.

Nærværprosjektet i Prehospital klinikk er startet opp og det har vært avholdt oppstartsamlinger i portørtjenesten, bilambulansetjenesten og akuttmottaket/AMK.

Tabellen nedenfor viser akkumulert/sum sykefravær per utgangen av 2. tertial 2016/2017, hvor august mnd. er erstattet med desember da registrering av data for august ennå ikke er komplett:

Sum 8 mndr. NLSH	Sum % sykefravær	Sykedager	Mulige dagsverk	Gjsnit aktive ansatte
2. tert. 2017	8,7%	39 337	453 765	3 107
2. tert. 2016	9,1%	40 872	447 439	3 048
Endring	-0,4 %	-1 536	6 326	59

Sykefraværet hittil i 2017 er redusert med 0,4 prosentpoeng sammenlignet med samme periode året før. Målet for perioden er likevel ikke nådd.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

Prehospital klinikk er først ute med Nærværprosjekt ettersom de over tid har hatt det høyeste sykefraværet i Nordlandssykehuset. Klinikken består av tre avdelinger; Avdeling for portørtjenester, Avdeling for ambulansetjeneste og Avdeling for AMK/akuttmottak/observasjonspost. Alle tre avdelingene har over tid hatt et høyt sykefravær. Årsakene er sammensatte og dels ulike i de tre avdelingene. En fellesnevner er at ansatte i alle avdelingene har utfordrende arbeid med til tider høyt tempo, stress og tunge fysiske løft. Sykefravær har mange negative effekter, og i ytterste konsekvens kan det gjøre at pasientene ikke opplever et stabilt behandlingsforløp. Fokus på nærvær, felles verdigrunnlag og målsetting er derfor viktig. Det skal være en sammenheng mellom arbeidet i dette prosjektet og klinikkens og foretakets strategiarbeid. Et overordnet mål er å etablere en nærværskultur i klinikken. Dette betyr konkret at:

- *De ansatte skal oppleve ivaretagelse, slik at de i størst mulig grad skal være i arbeid.*
- *Pasientene skal oppleve stabile prehospitalt behandlingsforløp.*
- *Omdømmet til klinikken styrkes på bakgrunn av øket stabilitet og kvalitet.*
- *Det har vært gjennomført Kick-off i alle tre avdelinger der fokus har vært på nærvær og utarbeidelse av lokale tiltaksplaner.*
- *Det har vært gjennomført egen arbeidsmiljøkartlegging for Portøravdelingen og lages handlingsplan.*
- *Det gjennomføres lignende kartlegginger for Ambulansen og Akuttmottak/AMK.*
- *Ny møtestruktur etableres i klinikken og medarbeidersamtaler gjennomføres.*
- *Medarbeiderundersøkelsen følges opp med tiltaksplaner.*
- *Det etableres et system for organisert debriefing i klinikken*

5 Innfri økonomiske mål i perioden

5.1 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons-systemet innen 30. april.

Store deler av NLSH HF's arealer er lagt inn i basen. Imidlertid medfører ombygging og nybygg som først ferdigstilles i 2020 stadige endringer som må håndteres. Vi vil derfor ikke kunne ferdigstille alle data før en mer statisk situasjon er etablert.

5.2 Anskaffelsesområdet

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivarettatt.

Sykehusinnkjøp HF har ikke klarlagt rutiner og rammer for samhandling, følgelig er det ennå uklart hvordan anskaffelsesoppdrag skal kommuniseres og bestilles.

Foreløpig utfører Innkjøpsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF i all hovedsak alle anskaffelser på egen hånd da Sykehusinnkjøp HF foreløpig ikke har tilstrekkelig kapasitet.

2. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
 - o Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - o Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Nordlandssykehuset HF har sendt oversikt over alle anskaffelse som etter planene skal gjennomføres i 2018 til Sykehusinnkjøp HF. Anskaffelser knyttet til byggarbeider, vedlikehold, medisinteknisk utstyr og lignende utføres i all hovedsak ad hoc.

Når det gjelder innkjøpsstatistikk har vi kun tilgang til det som kjøpes inni Clockwork. Annen statistikk må innhentes fra leverandørene. 95 % av alt medisinsk forbruksmateriell bestilles i Clockwork.

6 Risikostyring og internkontroll

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹⁶.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger¹⁷, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

1. Helsetjenesteassosierte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).

Prevalensregistreringer gjøres fire ganger i året. Bare to av disse (vår og høst) skal rapporteres til Folkehelseinstituttet og Helse Nord RHF. Den første prevalensregistreringen som skal rapporteres i 2017 ble gjennomført onsdag 10. mai.

Oppdaterte data (2016) fra nasjonale kvalitetsindikatorer viser at Nordlandssykehuset HF har hatt en betydelig bedring i sine prevalens data med en andel egne helsetjenesteassosierte infeksjoner på 1,5 % hos innlagte pasienter mot et nasjonalt gjennomsnitt på 3,7 %. Data for mai viser en totalprevalens på 3,8 %. For prevalensundersøkelse gjennomført 6. september, er ikke resultatene ferdig kvalitetssikret.

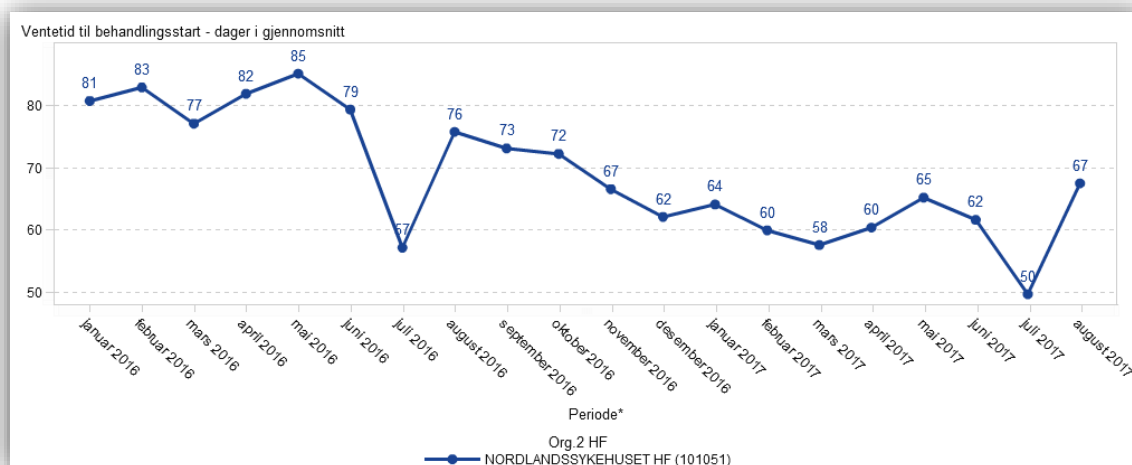
Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse gjennom 2017:

- *Økt fokus på smittevern og etterlevelse av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet som omhandler infeksjoner.*
- *Videreføring av iverksatte tiltak: videre arbeid med innsatsområder for infeksjon i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet samt forebyggende og infeksjonsreducerende tiltak innenfor smittevern*

¹⁶ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

¹⁷ Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager



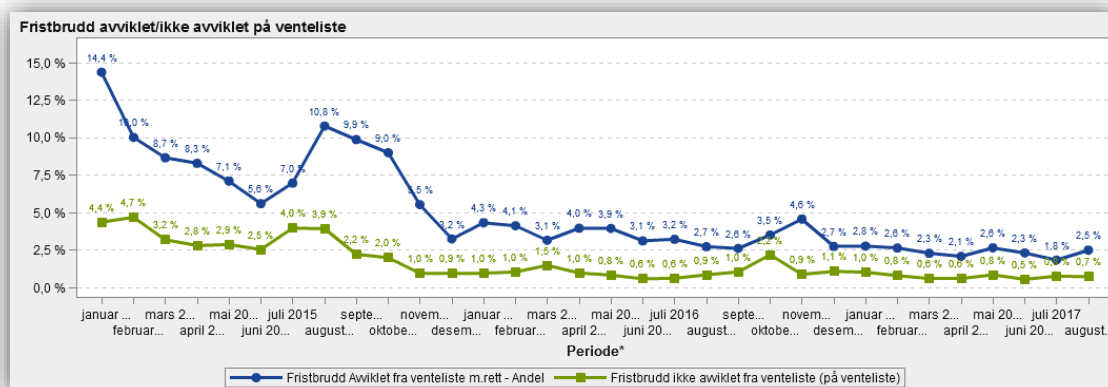
Nordlandssykehuset HF arbeidet gjennom hele 2016 aktivt for å redusere ventetid for ventende. Dette arbeidet har bestått av opplæring til både leger og sekretærer i forhold til riktig registrering av datoer i DIPS EPJ, analysing av behov og kapasitet med økning av tilgjengelige ressurser og bruk av eksterne leverandører som Helse Nord RHF har avtale med.

I løpet av 2016 oppnådde foretaket en gradvis reduksjon av ventetid for både ventende og avviklede. Ved utgangen av april 2017 var gjennomsnittlig ventetid for ventende 57 dager og for avviklede 60 dager. Status pr 2. tertial 2017 er at ventetidene for avviklede pasienter er 63 dager, og ventetider for avviklede er 67 dager. Vi har de siste 5 år hatt en økning i ventetid for avviklede fra juli til august, på grunn av redusert poliklinisk kapasitet om sommeren, så denne økningen er ikke overraskende. Vi er svært fornøyd med at ferieavvikling ikke har medført høyere økning i ventetid for ventende enn det vi har.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Iverksatte tiltak videreføres.

3. Det skal ikke være fristbrudd



Nordlandssykehuset HF arbeidet gjennom hele 2016 aktivt for å redusere fristbrudd både blant ventende og avviklede. Dette arbeidet har bestått av opplæring til både leger og sekretærer i forhold til riktig registrering av datoer i DIPS EPJ for å unngå «tekniske fristbrudd». I tillegg har det vært gjort analyse av behov og kapasitet for å vurdere økning av tilgjengelige ressurser og bruk av eksterne leverandører som Helse Nord RHF har avtale med.

For å styrke arbeidet med fristbrudd i 2017 er det ansatt en rådgiver i prosjektstilling hos medisinsk direktør som blant annet skal jobbe med pasientrettigheter og fristbrudd. Videre er oppfølgingen styrket ved at administrerende direktør avholder månedlige statusmøter med alle nivå 2 og 3 ledere i klinikkene (kliniksjefer og deres ledergrupper) med gjennomgang av resultater forutgående måned, inklusive fristbrudd.

Pr utgangen av 2. tertial er andel fristbrudd for avviklede pasienter 2,5 %, mens andel fristbrudd for ventende pasienter er 0,7 %. Dette er en reduksjon fra 2016, og på nivå med 1. tertial 2017. Den positive utviklingen knyttes til effekt av de iverksatte tiltak.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Iverksatte tiltak videreføres.
- Tilstrekkelig kapasitet innen de ulike fagområder.

4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

For perioden januar 2017- juli 2017 er andelen pasienter behandlet innen standard forløpstid 66 %.

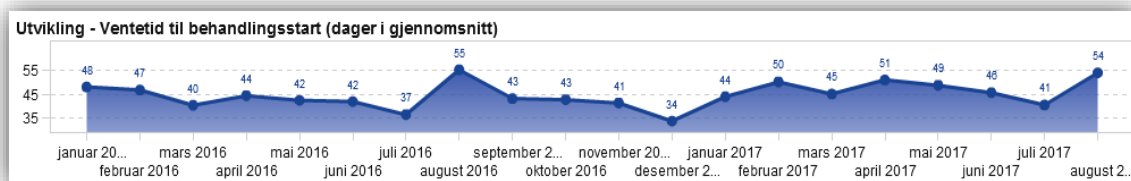
Dersom vi ser på krefttypene hvor vi har hatt 5 eller flere pasienter når vi ikke styringskravet om oppstart behandling innen standard forløpstid på lungekreft, lymfom og prostatakreft. For disse områdene vil vi se nærmere på flaskehalser innenfor de ulike pakkeforløpene for å øke andelen som starter behandling innen standard forløpstid.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Kontinuerlig evaluering av de pågående pasientforløp og ulike prosesser knyttet opp mot det enkelte pakkeforløpet. Ved identifikasjon av ev «flaskehals» eller andre utfordringer, må disse tas tak i umiddelbart.
- Videreføring av iverksatte tiltak.

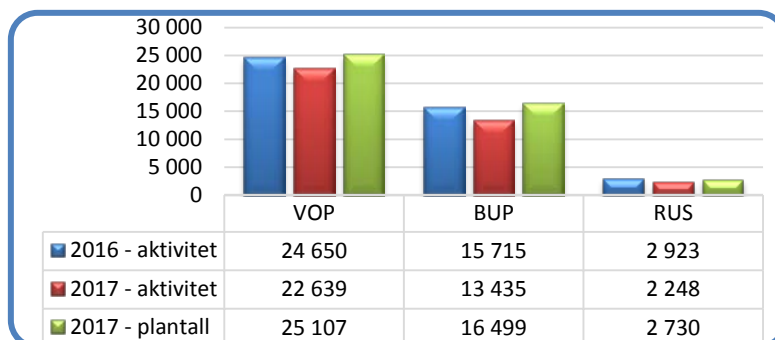
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)

I Nordlandssykehuset HF har kostnadsutviklingen gjennom de siste årene vært noe lavere innenfor psykisk helse og rus enn for somatikk, med et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Dette er en direkte følge av effektene av den regionale inntektsfordelingsmodellen for psykiatri og rus, der finansieringen skal følge pasienten. Finansiering som følger pasientene medfører at endring i forhold til behandlingssted flytter budsjettmidler mellom foretakene i Helse Nord. Dersom kostnadsutviklingen i Nordlandssykehuset HF justeres i forhold til reduksjon i foretakets andel av den regionale inntektsfordelingen fra RHF, har det isolert sett vært kostnadsvekst.



Ventetidene for pasienter i psykisk helse og rus klinikken er på nivå med 2. tertial 2016, og er innenfor kravet på 60 dager.

Antall polikliniske konsultasjoner er redusert fra 2016 til 2017, noe som skyldes omlegging til ISF.



Det er gjort endringer i takstsystemet slik at indirekte pasientkontakt ikke telles som aktivitet. Dette er det store variasjoner på fra poliklinikk til poliklinikk. Fordi rapportene

som tas ut i år ikke kan sammenliknes med 2016 på grunn av ulik telling, ulike takster og endring i hva som telles, ser det ut som vi har hatt en betydelig nedgang.

6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming

I Nordlandssykehusets prosjekt «Et vennlig sykehus» er det som en egen del i utskrivningssamtalen satt fokus på å sjekke at pasienten har fått en samstemt legemiddelliste. Det er planlagt et regionalt prosjekt for legemiddelsamstemming under ledelse av Helse Nord RHF, hvor NLSH HF seksjon for pasientsikkerhet deltar. I NLSH HF har vi flere team ute i klinikkene som arbeider med samstemming og utfører målinger, men den manuelle registreringen rapporteres og være svært tidkrevende. I samband med det regionale prosjektet vil det utarbeides en ny regional prosedyre og veileder for bruk av DIPS medikasjonsmodul. Ved innføring av elektronisk kurve er det naturlig at samstemming implementeres i dette. Vi håper også at det regionale prosjektet kan være pådriver til å få automatiske registreringer, for å sikre riktige og gode data.

Foretaket skulle ihht egen fremdriftsplan presentere målinger for legemiddelsamstemmingen fra andre halvår 2017. Samstemmingen skulle registreres i Imatis, for deretter å kunne ta ut rapporter på andel gjennomførte legemiddelsamstemminger. Dette arbeidet er forsinket på grunn av regional anskaffelse av innsjekk/utsjekk og pasientlister.

Kritiske suksessfaktorer:

- Regional innføring av prosedyre for samstemming og automatisering av datafangst.

7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012

Etter forrige rapportering har foretaket utarbeidet egen rapport om antibiotikabruk fordelt på lokasjoner og enheter. Vi har nå derfor en mer detaljert oversikt over forbruket.

Nordlandssykehuset HF har redusert forbruket sammenlignet med 2012. Antallet definerte døgndoser korrigert for liggedøgn var 21,57 DDD/ 100 liggedøgn i 2012, og for andre tertial i år 18,34 DDD/100 liggedøgn. Det er særlig i Vesterålen at vi har hatt en stor reduksjon, mens forbruket i Bodø er nesten uendret sammenlignet med 2012.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Etablering av program for antibiotikastyring og A-team i NLSH HF. Programmet og teamet skal være en hjelp til de kliniske miljøene med etterleve de nasjonale retningslinjene for bruk av bredspektrede antibiotika.

8. Økonomisk resultat i tråd med plan

Foretaket har et resultatkrav på 5 mill kr i overskudd i 2017.

Resultat ved utgangen av 2. tertial er et negativt budsjettavvik på 19,4 mill kr. Det er særlig innenfor andre driftskostnader og innleie av arbeidskraft utviklingen har vært negativ. Justert omstillingsutfordring for 2017 identifiserte et behov for driftstilpasning på 90 mill kr. Statusoppdatering for tiltaksgjennomføring etter utgangen av 1. halvår viste at fremdriften innenfor enkelte klinikker var forsinket, og estimert effekt av vedtatte tiltak ble derfor justert til 17 mill kr lavere enn plan. Det har vært forventet at gevinstene skulle realiseres i større grad utover året. Til tross for at tiltaksplanen i stor grad rapporteres gjennomført/delvis gjennomført i flere av klinikkene, har rokaden som følge av ombygging i Bodø og høyt sykefravær i enkelte deler av virksomheten medført økning i kostnadene de siste månedene. Det vurderes krevende å gjennomføre kostnadsreducerende tiltak resterende del av 2017 som vil være tilstrekkelige for å oppnå budsjettbalanse, uten at dette vil gå ut over pasientbehandlingen. Prognose for 2017 er derfor satt til et budsjettavvik på -25 mill kr.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

Tiltaksplan for resterende del av året må gjennomføres etter plan for å unngå forverring av prognosen.

Mål fastsatt av Nordlandssykehuset:

9. Pasienter med alvorlig sepsis skal få startet antibiotikabehandling innen 1 time

Nordlandssykehuset i Bodø har siden 2016 hatt fokus på sepsisbehandling, og har fra mars samme år hatt et pilotprosjekt i medisinsk klinikk og akuttmottaket for rask identifikasjon og -behandling av sepsispasienter. Tiltaket fokuserte særlig på å identifisere pasienter med såkalt «Alvorlig sepsis» etter gammel sepsisdefinisjon. Ved tilsyn fra Fylkesmannen høsten 2016 fant man at 11 av 12 medisinske pasienter i denne kategorien fikk behandling innen en time.

NLSH HF er nå i gang med del to av dette arbeidet, hvor kompetanse og forbedringsarbeidet nå skal spres til samtlige klinikker som bruker akuttmottaket og omlegges i tråd med

a) Ny sepsisdefinisjon

b) Tiltakspakke Tidlig oppdagelse av sepsis i Pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24/7 (utgitt februar 2017)

Arbeidet med tidlig oppdagelse av sepsis er godt i gang i akuttmottaket i Bodø. Verktøy, prosedyrer og varslingsrutiner er testet og så godt som ferdig. Arbeidet med spredning til av tiltaket til Lofoten og Vesterålen vil starte innen utgangen av 2017.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Innføring av tiltakene i innsatsområdet «Tidlig oppdagelse av sepsis» i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet med tydelig lederforankring.
- Oppstart av «Lege i front» i akuttmottaket for bedre sortering og seleksjon av pasienter som sikrer hurtig igangsetting av adekvat og nødvendig behandling.

Nordlandssykehusets risikovurdering av disse overordnede målområder og delmål er presentert i matrisen nedenfor:

Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor			7	8	
	Middels			536		
	Liten			2	149	
	Svært liten					
		Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens				

Krav:

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Dette er gjennomført og rapportert til styret i styresak 070-2017: Ledelse- og kvalitetsforbedringssystem i NLSH - status pr august 2017.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift

om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- o Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
- o Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
- o Informasjonssikkerhet.
- o Klima og miljø.
- o Beredskap.
- o Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- o Sammenlignbar statistikk.
- o Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- o Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- o Lovkrav og forskrifter.

Dette er gjennomført i henhold til foretakets rutiner gjennom ledelsens gjennomgang som rapportert til styret i styresak 060-2017: Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2016.