



Styresak 051-2017 Tertialrapport 1-2017 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Tonje Hansen, Gro Ankill, Marit Barosen
Dato dok: 31.05.2017
Møtedato: 06.06.2017
Vår ref: 2017/1215

Vedlegg (t): Tertialrapport 1-2017

Innstilling til vedtak:

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

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2017 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 1. tertial ihht rapporteringsmal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering

Foretaket har gjennom 2016 arbeidet aktivt for å redusere ventetider og fristbrudd for ventende og avviklede pasienter. I løpet av 2016 oppnådde foretaket en gradvis reduksjon av ventetid for både ventende og avviklede. Status pr 1. tertial 2017 er at ventetidene for avviklede pasienter er ytterligere redusert fra 2016, og ved utgangen av april er ventetidene innenfor kravet om 60 dager. Når det gjelder fristbrudd har foretaket også her oppnådd reduksjon og status ved utgangen av 1. tertial er andel fristbrudd for avviklede pasienter 0,5 %, mens andel fristbrudd for ventende pasienter er 2,4 %. Den positive utviklingen innenfor ventetider og fristbrudd knyttes til effekt av de tiltak som er iverksatt. Videre er oppfølgingen av virksomheten styrket ved at administrerende direktør avholder månedlige statusmøter med alle nivå 2 og 3 ledere i klinikkene (klinikkjefer og deres ledergrupper) med gjennomgang av resultater forutgående måned, inklusive fristbrudd.

Foretaket tilfredsstillers også kravene til kreftpakkeforløp. For årets fire første måneder er andel fullførte pakkeforløp innen frist i Nordlandssykehuset 77 %. Dette tilfredsstillers kravet om en andel på 70 %.

Foretaket har pr 1. tertial 2017 redusert andel tvangsinnleggelseser og andel pasienter med tvangsmiddelvedtak sammenlignet med samme periode 2016, i tråd med bestilling i oppdragsdokumentet. Kvalitetsgjennomganger gjennomført i klinikken etter nasjonale avisoppslag

om tvang i psykisk helsevern, viser en økt bevisstgjøring og klar forbedring i registreringspraksis, og dermed også økt kvalitet på innrapporterte data til NPR.

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er i hovedsak innført i Nordlandssykehuset. Foretaket har igangsatt arbeidet med alle de tre innsatsområdene som ble annonsert våren 2017; tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, tidlig oppdagelse av forverret tilstand og forebygging av underernæring. Arbeidet med innsatsområdet «Tidlig oppdagelse av sepsis» ble pilotert i 2016 i samarbeid mellom Medisinsk klinikk og Prehospital klinikk. Et nasjonalt tilsyn viste at Nordlandssykehuset Bodø hadde de beste resultatene blant 20 andre sykehus i andel pasienter som fikk antibiotika innen en time etter ankomst.

Ifølge oppdaterte data fra nasjonale kvalitetsindikatorer har Nordlandssykehuset hatt en betydelig bedring i sine prevalens data der andel av innlagte pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner pr 3. tertial 2016 utgjør 1,5 %, mot et nasjonalt gjennomsnitt på 3,7 %.

Sykefraværet ved utgangen av 1. tertial var 8,4 %, og dette er en reduksjon fra 3. tertial 2016. Det vises til tidligere styresak 044-2017 for beskrivelse av foretakets arbeid ift sykefravær, herunder inkluderende arbeidsliv og nærværprosjektet.

I forbindelse med behandling av driftsrapport for april 2017 ba styret om oversikt som viste sammenhengen mellom sykefravær og overtid/innleie av personell i klinikkene, samt oversikt over hvordan overtid og innleie fordeler seg mellom klinikkene. Slik oversikt vil bli presentert som del av driftsrapport for mai.

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 039-2017 *Driftsrapport april 2016* for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 1. tertial.

Risikovurdering av overordnede mål inkl delmål jamfør Oppdragsdokument for 2017 viser at to av ni områder er vurdert 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 den løpende tiltaksoppfølgingen i klinikkene, samt i utvidet ledermøte i foretaket og status for arbeidet fremlegges i styremøte i juni. Delmål ni følges opp gjennom implementering av tiltakspakke tidlig oppdagelse av sepsis i pasientsikkerhetsprogrammet ved samtlige lokasjoner i 2017.

1.

Tertialrapport 1.tertial for Nordlandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORLÄNDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **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.....	11
2.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	14
2.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	16
2.5	Kvalitet	17
2.6	Pasientsikkerhet.....	19
2.7	Smittevern.....	20
2.8	Andre områder	23
2.8.1	Personvern og informasjonssikkerhet.....	23
3	Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....	24
4	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	25
4.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	25
5	Innfri økonomiske mål i perioden	28
5.1	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:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - 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.

Tabell 1 viser antall mottatte og andelen avviste henvisninger i Nordlandssykehuset HF for fagområdene, psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer og ØNH-sykdommer. Tabellen viser at det er en forskjell i andelen avviste henvisninger mellom de ulike fagområdene. Likevel kan ikke disse dataene brukes til å vurdere variasjon da alle henvendelser fra fastleger (inkludert supplerende informasjon, purringer etc.) blir mottatt som et dokument i journal og automatisk opprettet en henvisning til vurdering. Det er mulig å fjerne koblingen mellom opprettet henvisning og mottatte dokument dersom dette gjøres før dokument/ henvisning sendes videre til vurdering. Om dette koblingen ikke fjernes initialt må henvisningen registreres som avvist eller forespørsel. Vi vet at en del av de avviste henvisningene egentlig er supplerende opplysninger fra fastlege og ikke en ny henvisning. Derfor kan ikke dataene i Tabell 1 tolkes for dette formål.

Tabell 1. Andel pasienter vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Fagområde	Antall mottatte henvisninger	Antall avviste henvisninger	Andel avviste henvisninger
Øye	866	56	6,5 %
ØNH	1614	10	0,6 %
Plastikkirurgi	145	40	27,6 %
Hjertesykdommer	1097	106	9,7 %
Ortopedi	3285	316	9,6 %
Psyksik helsevern	1614	386	23,9 %

Tabell 2 gir oversikt over andelen kontroller sett opp mot det totale antallet polikliniske konsultasjoner innenfor hvert fagområde i Nordlandssykehuset HF. Utfordringen med å tolke disse data i henhold til å vurdere varians i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, er at det ikke finnes en nasjonal definisjon på forskjellen mellom kontroll og behandling i somatikk. Innenfor fagområdet psykiatri har de definert at alle polikliniske konsultasjoner er behandling og ikke kontroll. Som Tabell 2 viser er det ikke registrert kontroller innenfor psykisk helse- og rus området. Pga. en manglende nasjonal definisjon, vil registreringspraksis varierer fra fagområde til fagområde, noe som gjør en sammenligning umulig.

Tabell 2. Andel kontroll sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner.

Fagområde	Antall konsultasjoner	Antall kontroller	Andel kontroller
Øye	3536	1517	42,9 %
ØNH inkl kjeve	3876	1227	31,7 %
Plastikkirurgi	236	68	28,8 %
Hjertesykdommer	2616	1155	44,2 %
Ortopedi	8307	3445	41,5 %
Psyk helsevern voksne	12818	1	0,0 %
BUP	9289	1	0,0 %
TSB	1773	0	0,0 %

Som Tabell 3 viser er det bare innenfor fagområdet psykisk helse- og rus hvor det utføres polikliniske konsultasjonen utenfor fast behandlingssted.

Tabell 3. Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Fagområdet	Antall konsultasjoner ekskl ikke møtt	Antall konsultasjoner utenfor fast behandlingssted	Andel konsultasjoner utenfor fast behandlingssted
Øye	3547	0	0,0 %
ØNH	3885	0	0,0 %
Plastikkirurgi	242	0	0,0 %
Hjertesykdommer	2618	1	0,0 %
Ortopedi	8397	0	0,0 %
Psyk helsevern voksne	13626	1824	13,4 %
BUP	9431	1012	10,7 %
TSB	1924	92	4,8 %

Merk at telefonkonsultasjoner inngår i antall konsultasjoner. De inngår ikke i antall utenfor fast behandlingssted.

- 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.

Nordlandssykehuset HF samarbeider med Sykehusapotek Nord i forhold til etterfølgelse av LIS anbud, både for medikamenter gitt på sykehus og H-resepter. Helse Sør-Øst har startet et prosjekt for å svare ut dette til Helsedirektoratet på vegne av RHF-ene. Prosjektet vil levere et notat innen 1. juni og en plan innen 1. oktober. Før dette vil ikke Sykehusapotek Nord foreta seg noe i sakens anledning.

3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Ordningen med prosjektfinansiering av Raskere tilbake skal avvikles, eller videreføres i en annen form, innen utgangen av 2017. Tilbud som har seg vist å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand skal vurderes særskilt. Etter en intern gjennomgang av tilbudet med Raskere tilbake, har kommet Nordlandssykehuset med anbefalingen nedenfor i forhold til videreføring av tjenestetilbudet. Det er utviklet en rapport fra dette arbeidet som vi oversendes Helse Nord RHF i sin helhet. Her gjengis bare hovedpunktene.

Nordlandssykehuset HF anbefaler videreføring av følgende tjenestetilbud:

1. Muskel-skjelett tilstander

Nordlandssykehuset HF sin FMR avdeling har solid erfaring med kompleks tverrfaglig rehabilitering. Tilbudene ved sykehuset for denne pasientgruppen utvikles med bakgrunn i salutogenese (teorien om hva som fremmer psykisk og fysisk god helse)

a. Tverrfaglig smertemestringstilbud individuelt i gruppe for sammensatte smertetilstander.

b. Livsstyrketrening ved langvarige smertetilstander

2. Kognitiv utredning til pasienter med ervervet hjerneskade Flere pasienter med milde ervervede hjerneskader får følger senere i forløpet. Særlig i forhold til deltagelse i arbeidslivet. Dette blir vanligvis ikke oppdaget ved en vanlig nevrologisk oppfølging. En kognitiv utredning avslører små kognitive svekkelser som ikke alltid er synlig for omverdenen, men som har stor betydning når pasienten skal ut i arbeidslivet.

3. Dagkirurgi

Selv om det er økende evidens for at konservativ behandling har like god effekt som kirurgi på plager med lett-moderat artrose/degenerative forandringer, har mange pasienter har prøvd ut fysioterapi og /eller andre behandlingsformer over lengre tid uten at det bringer resultater. Pasientene har gjentatte sykmeldinger og er i fare for uførhet. Disse blir vurdert til operativ behandling. Pasientene vurderes i tråd med prioriteringsveileder.

4. Nytt tilbud: For pasienter i psykiatrisk/somatisk poliklinikk.

Det jobbes med å etablere et tilbud til pasienter med lettere psykiske lidere og muskel-skjelettlidelser i samarbeid med UNN HF. Det pågår også en nasjonal diskusjon rundt dette. Det er ønskelig å bruke IPS som metode og fokusere på arbeidsrettet rehabilitering.

4. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Meldingsutveksling og samhandling

Fra Nordlandssykehuset kan vi kun sende PLO-meldinger fra sykehus til kommuner i Helse Nord (Nordland, Troms, Finnmark). Kommuner i andre helseregioner kan det ikke sendes PLO-meldinger til.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester i kommuner i Helse Nord kan det sendes alle type PLO-meldinger på de pasienter som er innlagt i sykehuset. Dette gjelder meldinger fra sykehus til kommunen og fra kommunen til sykehus.

Det kan ikke mottas PLO-meldinger på polikliniske pasienter eller pasienter som ikke er registrert som innlagt på det tidspunkt meldingen sendes. Dette fordi det ikke er lagt til rette i DIPS for mottak og ruting av disse meldingene.

Kliniske Servicefunksjoner (KSF) i Nordlandssykehuset sender sine rapporter elektronisk til kommunale tjenester. Dette er en enveiskommunikasjon ut fra sykehuset. De kommunale tjenestene kan ikke besvare eller stille spørsmål til disse elektronisk, og må derfor besvare eller stille spørsmål via brev/telefon. Til avtalebaserte fysioterapeuter og logopeder sendes rapporter pr brev/ post.

Det brukes fortsatt papirbaserte rutiner på følgende områder:

- *Dialog om polikliniske pasienter/ikke-innlagte pasienter fra kommunale tjenester til sykehuset.*
- *Rapporter til private institusjoner/spesialister, også de som har avtalehjemmel med kommune (privatpraktiserende fysioterapeuter og logopeder med driftstilskudd fra kommunen)*
- *Rapporter som sendes til private institusjoner i spesialisthelsetjenesten som har avtale med Helse Nord RHF (Valnesfjorden HSS, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad, Nordtun osv.)*
- *Dialog fra fastlege til sykehus. Fastlegene bruker feilaktig «Ny Henvisning» til å sende ytterligere opplysninger, spørsmål, avvik o.l. til Helseforetakene hvor de refererer til tidligere henvisning på aktuell pasient. Som utgangspunkt skal denne kommunikasjonen foregå pr brev/telefon hvis korrekt meldingsflyt skulle blitt fulgt.*
- *Enkelte kommuner mottar mikrobiologi/lab-svar elektronisk – andre mottar pr papir.*
- *All kommunikasjon til helsestasjon (fødselsrapporter) sendes pr papir.*
- *Røntgensvar sendes fortrinnsvis på papir, bortsett fra Bodø og Tromsø kommune som mottar elektronisk.*

Kjernejournal

I 2016 kom det et nasjonalt krav til alle helseforetakene om at kjernejournal skulle implementeres. Prosessen med lokal implementering ble lagt til seksjon for prosess støtte I Nordlandssykehuset. Implementeringen ble etablert som et prosjekt, og rådgiver Vidar Øyen fikk oppdraget med å lede prosjektet lokalt i Nordlandssykehuset. Prosjektet ble støttet av regional prosjektleder Eirin Rødseth.

Informasjon- og kommunikasjon:

I samarbeid med direktoratet for e- helse, ble det avholdt informasjonsmøter ved sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Det var meget godt oppmøte på alle disse informasjonsmøtene. Disse møtene ble annonsert gjennom mail, intranett, plakater og direkte kontakt med ledere. Møtene ble avholdt i perioden 17- 20 oktober 2016. Media ble også brukt aktivt for å sette fokus på kjernejournal (formål og bruk). I tillegg hadde direktoratet og prosjektleder en egen presentasjon for direktøren sin leder gruppe. Det har under hele implementeringsforløpet vært god dialog med klinikkene.

Målgruppe (skal ha tilgang til kjernejournal i NLSH):

- Leger
- Psykologer
- Sykepleiere
- Jordmødre
- Andre med tjenstlig behov

Implementeringsperiode:

Jobbet ut i fra en modell hvor vi skulle fokusere på klinikkvis implementering. Dette for å få til en strukturert og mere målbar effekt av implementeringen.

God, riktig og tidsstyrt dialog med klinikkene var nødvendig for å lykkes med implementeringen. Før hver klinikk hadde fokusuke, ble det sendt ut informasjon til ledere og ansatte på alle nivå i klinikken. Dette for å nå hver enkelt arbeidstaker som var knyttet til målgruppen. Denne informasjonen hadde innhold av viktigheten med å ta i bruk kjernejournal, samt hva som var forventet av den ansatte i forhold til tilegning av kunnskap (e- læring, prøve ut demo, godkjenningsprøve osv).

Målet var at alle klinikker skulle være «på plass» til 01.12.16. Da ble nemlig kjernejournal gjort aktiv i NLSH sine pasientdatasystemer (DIPS og AMIS). Grunnet i at NLSH gikk tom for PKI kort, ble implementeringsperioden forlenget med 2,5 mnd. Siste klinikk (PHR) ble ferdig uke 5 2016.

Bruk av kjernejournal i NLSH:

NLSH har en ok utvikling hva gjelder bruk av kjernejournal.

I Perioden 01.12.16 - 01.05.17 er det gjort 1174 oppslag i kjernejournal i NLSH.

Antall som har gjort oppslag fordelt på tittel:

- 88 leger
- 65 sykepleiere
- 10 annet personell

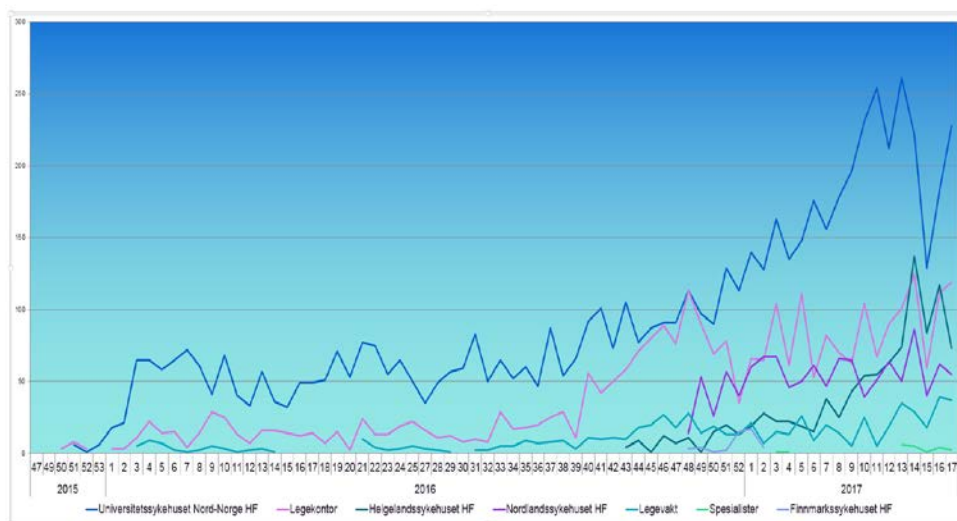
Det vi også ser, er at det er leger i akuttkjeden som har hyppigst oppslag i kjernejournal. Dette er helt i tråd med intensjon og tanke.

Til tross for at vi ligger på snitt med andre sammenlignbare sykehus hva gjelder antall oppslag, ønsker vi økt bruk. Høsten 2017 vil jeg lansere en høstkampanje for å få økt fokus på kjernejournal. Dette handler i hovedsak om å gjøre de ansatte klar over kjernejournalen sin funksjon og de forventninger og krav som ligger til bruk av kjernejournal. Denne kampanjen skal jeg diskutere med direktoratet i møte 15.mai.

Under følger en grafisk fremstilling over bruk og registrering i foretakene i Helse Nord:

Oppslag i kjernejournal i Helse Nord

- 12 329 oppslag
- 855 unike helsepersonell



☰ Direktoratet for e-helse 01.05.2017

E-resept

Status for bruk av e-resept for 1.tertial 2017: 25889 e-resepter / 3334 for utskrift = 89% e-resepter.

Variierer imellom avdelinger: 71 % for ØNH og ORT over 99% ved PHBU og FØBA
Det er 455 leger som har skrevet resepter 78 av disse har ennå ikke brukt e-resept.

Klinikk	E-resept	Utskrift	Prosent
Akuttmedisinsk klinikk	19	9	68
Diagnostisk klinikk		10	-
HBEV klinikken	4794	627	88
Kirurgisk ortopedisk klinikk	3968	1122	78
Kvinne og barn klinikk	2581	367	88
Medisinsk klinikk	12024	1019	92
PHR klinikken	2503	178	93
#I/T		2	-
Totalsum	25889	3334	89

5. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»¹.

Nordlandssykehuset HF arbeider med anbefalingene i de faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken» blant annet gjennom prosjektet vennligere sykehus og innføring av innsatsområdet «Forebygging av underernæring» gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Vi har ikke så langt fått på plass en overordnet ernæringsstrategi, men jobber med å få på plass en slik så raskt som mulig.

6. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Arbeidet er i gang, men det er langt igjen før prosedyrene er implementert og tatt i bruk av alt helsepersonell.

Felles prosedyrekort utviklet av foretakscoordinatorer - barn som pårørende i Helse Nord, for at dette skal være mest mulig likt innen Helse Nord. Prosedyrekortene deles ut til barneansvarlige for videre distribuering i egen enhet.

Informasjon om nye fagprosedyrer sendt via e-post til barneansvarlige, med link til DocMap, med oppfordring til å ta prosedyrene i bruk og informere i egen enhet. Lagt særlig vekt på at søsken er tatt inn i prosedyrene.

Foretakscoordinator og erfaringskonsulent har gitt tilbud om undervisning/opplæring og har vært i noen enheter, har avtale med flere, samt har gitt opplæring til nye barneansvarlige. Gir ellers råd og informasjon på direkte henvendelse.

Møte med barneansvarlige i NLSH, somatikk og psykiatri, er planlagt til juni 2017, der tilbakemeldinger på implementeringsarbeidet er et fokus. Det arbeides med Intranettside, bla for å lette tilgang på informasjon til barneansvarlige og annet helsepersonell i NLSH. Informasjon om barn som pårørende og prosedyrer ved mottak av sykepleierstudenter og turnusleger.

BARN SOM PÅRØRENDEARBEIDET ORGANISERES SLIK I NLSH:

Det er utnevnt barneansvarlige i mange enheter i NLSH, og det oppfordres til å utnevne flere.

Foretakscoordinator barn som pårørende 50%

Erfaringskonsulent 20%

Foretakscoordinator har møter med barneansvarlige. Vanskelig for mange barneansvarlige å få forlate egen enhet for å delta på møter, så oppmøte har vært variabelt. Oppnevning av nye barneansvarlige tar tid, hvis noen slutter.

I henhold til vedtatte prosedyrer, skal det utnevnes koordinatører/ klinikkbarneansvarlige i ulike avdelinger/klinikker i sykehuset. Dette er ikke gjort i NLSH. Det finns en utnevnt koordinator på et DPS. Multisenterstudien viser til at hos de

¹ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

HF som har koordinatorfunksjoner på plass, så fungerer implementeringen bedre. Man ser at veiledning/undervisning gjennom disse, på tvers av enheter og klinikker, gir positive konsekvenser for barn som pårørendearbeidet. Nordlandssykehuset faller dårlig ut i Multisenterstudien.

7. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Nordlandssykehuset HF bidrar til det strategiske arbeidet som Helse Nord RHF ønsker at vi skal bistå med. Når det gjelder videreutvikling av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen kan vi ikke se å ha mottatt et eget brev med utdyping av oppdraget og har således ikke kommet i gang med oppgaven.

8. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

NLSH HF har god kompetanse på området ettersom vi i mange år har hatt ansvar for det regionale teamet for pasienter med utviklingshemming og psykisk sykdom. Det er også etablert døgntilbud til gruppen fra høsten 2016. Det er både overlege, psykologspesialist og høyskoleutdannede knyttet til teamet og døgnplassene.

2.2 Somatikk

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

I tabellen nedenfor er foreløpige data per 3.5.17 fra hjenestagsregisteret vedrørende bruk av trombolysebehandling ved hjerneinfarkt. Som tabellen viser har Nordlandssykehuset, Bodø en andel på > 80 % som får trombolyse innen 40 minutter.

<i>Ant.</i>	<i>Trombolyse</i>	<i>Andel trombolysebehandlet</i>	<i>Andel trombolyse Innen 40 minutter</i>
<i>55</i>	<i>11</i>	<i>20%</i>	<i>82%</i>

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

Det er i dag er total 60 pasienter i dialyse i Nordland, tilhørende Nordlandssykehuset HF. Av disse 60 er det det 26 (43 %) pasienter som utfører dialyse hjemme i form av peritoneal dialyse (PD). Det er alltid de medisinske vurderinger hos enkeltpasienter som avgjør hvilken dialyseform man velger, men PD er førstevalg i de tilfeller det er mulig.

3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere²)

For årets fire første måneder er andel fullførte pakkeforløp innen frist i Nordlandssykehuset 77 %. Dette tilfredsstillende kravet om en andel på 70 %.

4. 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/PCI³ innen 90 minutter.

Nordlandssykehuset HF har et kontinuerlig fokus på korte beslutningslinjer og behandlingstid ved STEMI. Helse Nord RHF har tatt i bruk nytt utstyr, Corpulse-web, hvor prehospitalt EKG sendes raskt inn til respektive sykehus for umiddelbar vurdering av vakthavende lege, medisinsk avdeling. Vi har klare prosedyrer for prehospital og in-hospital trombolysebehandling. Når det gjelder pasienter som kan være aktuelle for trombolysebehandling er det stort fokus på rask innsendelse og tolking av EKG prehospitalt og intrahospitalt triageres alle disse pasientene som rød, for å sikre raskest mulig vurdering og oppstart av behandling.

Kvalitetsindikatoren til Norsk hjerteinfarktregister er bygget opp rundt internasjonale retningslinjer for behandling av hjerteinfarkt. Tallene er ikke justert og må tolkes med varsomhet. Kvalitetsindikator C = Revaskularisert innen anbefalt tid ved STEMI:

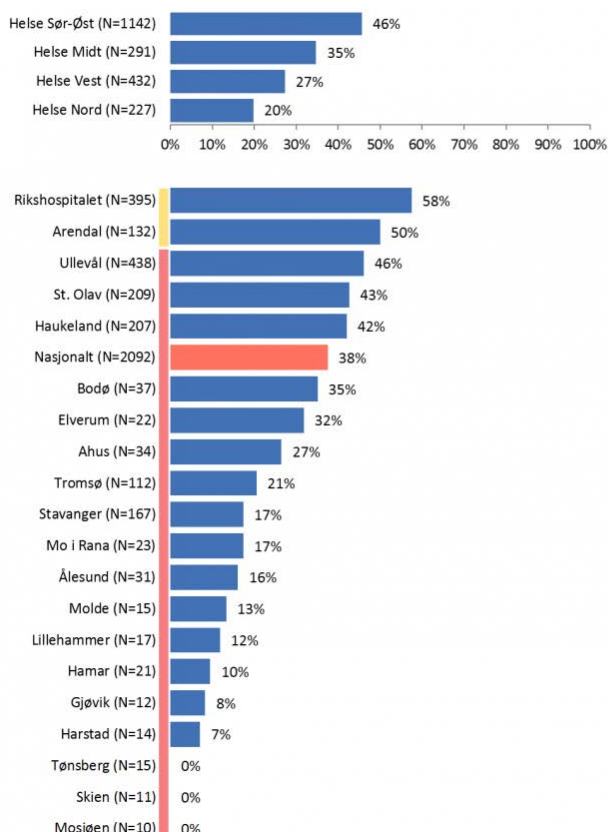
«Andel pasienter < 80 år med STEMI der tid fra symptomdebut til første medisinske kontakt < 12 timer som ble behandlet med trombolyse inne 30 minutter etter første medisinske kontakt, eller koronar angiografi / PCI innen 90 minutter etter første medisinske kontakt».

Oppdaterte data (2016) fra Norsk hjerteinfarkt register er presentert i grafen under. Denne viser at NLSH HF har en andel på 35 % som får behandling etter definisjonen over. Selv om dette er et resultat rett under det nasjonale gjennomsnittet og det beste resultatet i Helse Nord, ønsker vi å forbedre oss.

² 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.

³ Perkutan koronar intervensjon

Figur 4: Kvalitetsindikator C. Andel av pasienter <80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI) der tid fra symptomdebut til første medisinske kontakt <12 timer, som ble behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter etter første medisinske kontakt.



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

Ved Nordlandssykehuset HF er det planlagt en internrevisjon av pasientforløpet for pasienter med hjerteinfarkt. Når denne internrevisjonen er gjennomført vil vi få svar på om det er behov for presisering eller endringer av rutiner og prosedyrer som inngår i pasientforløpet.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Levere plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

Prosjekt oppgavedeling radiologi er i rute etter plan. Prosjektet søkte om utsettelse på grunn av sykdom, men er nå i gang igjen. Opplæring og testhenvisninger er gjennomgått og deltakerne er i gang med å gjennomgå de henvisninger som er grunnlaget for forskningsprosjektet. Alle henvisninger skal være gjennomgått innen juni 2017. Endelig rapport skal være ferdig innen utgangen av 2017.

Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid⁴ (skal være minst 70%).

Gjennomføringen av organspesifikke pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer i Nordlandssykehuset HF viser en andel på 74,5 % ved utgangen av 3. tertial 2016. NLSH HF oppfyller dermed kravet om minst 70 %.

2.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

Andel tvangsinnleggelses pr 1000 voksne var på 0,75 i første tertial 2017, ned fra 0,94 for første tertial 2016.

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

Andel pasienter med ett eller flere tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere var 0,16 i første tertial 2017, ned fra 0,25 for første tertial 2016.

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

Klinikken har startet telling på «dropout» fra 1/1- 17. Vi teller da på ikke møtt, takket nei og avbrutt behandling, og registrerer det på NPRID. DIPS har ingen rapporter som kan brukes til dette formålet, så tellingene foregår manuelt.

Tall fra 1/1- 30/4.17

Av 44 henviste pasienter er «dropout» fordelt slik:

- Ikke møtt: 4 pasienter (9%)
- Avbrutt behandling: 10 pasienter (22,7%)
- Annet: 1 pasient (2,2%, utskrevet pga. utagering og trusler)

Per nå er tallmaterialet for lite til å kunne gjøre vurderinger rundt tendenser og gjennomsnitt.

⁴ 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, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Vi har deltatt på et seminar om dropout-tiltak, men ser at de feedbackverktøyene de anbefaler er mest rettet mot poliklinisk virksomhet, og ikke så hensiktsmessige for heldøgns pasienter. Der er derfor satt i gang «egne» tiltak på enheten, som vi ser fungerer og som pasientene gir veldig positive tilbakemelding på.

De tiltakene vi har er eget inntaksteam (igangsatt av enheten ikke lenge etter at vi åpnet KER); to ansatte som har i oppgave å følge opp kommende pasienter, pr telefon eller møter før innleggelsen. De jobber turnus og kan da nå pasientene våre på kveld og helg; mange er ikke tilgjengelige mellom 8 og 16.

Vi begynner å få en del erfaring på å gjenkjenne de pasientene som er ekstra sårbare i forhold til å møte til innleggelse. Vi ser da på innleggelseshistorikk, motivasjonskartlegging som gjøres i for-samtale mm. I tillegg implementerer vi her momenter fra Dropout-prosjektet (risikofaktorer). Enheten har en policy på at pasientene ikke mister plassen hvis de ikke klarer å møte på rett dag, men at vi gir de flere sjanser til å klare å møte opp til innleggelse. Dette kan gi noe reduksjon i liggedøgn, men det gir økt oppmøte og bedre pasientbehandling for den gruppen vi jobber med.

I tillegg har vi etablert en egen «pasienttelefon». Etableringen er i helt oppstarten og fungerer på det måten at pasientene kan få et telefonnummer slik at de kan sende tekstmelding eller ringe enhetsleder/inntaksteam utenom ordinær arbeidstid.

Vi har tro på at disse tiltakene til sammen vil bidra til å redusere avbrudd i TSB behandlingen.

4. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Kvalitetsgjennomganger gjennomført i klinikken etter nasjonale avisoppslag om tvang i psykisk helsevern, viser en økt bevisstgjøring og klar forbedring i registreringspraksis, og dermed også økt kvalitet på innrapporterte data til NPR. Jfr. rapport sendt Helsedirektoratet, ultimo mars 2017.

Foretaksspesifikke krav:

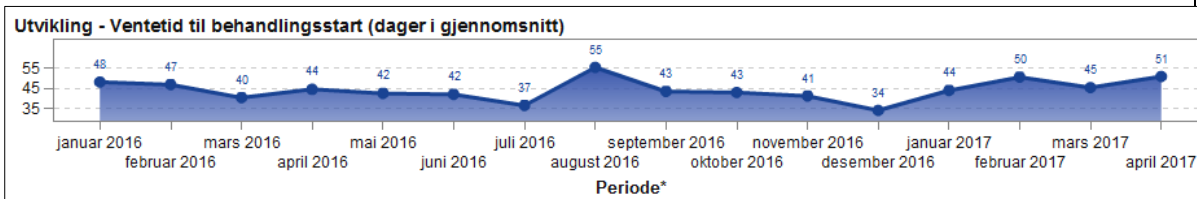
Styringsparametere:

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"⁵ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres

⁵ 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.

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 1. tertial 2016, og er godt innenfor kravet om 60 dager.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helse er noe redusert fra 2016, mens det innenfor rus har vært en vekst på hele 41 %.

2.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁶.

Nordlandssykehuset HF deltar i læringsnettverket «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke» med to forbedringsteam, et team NLSH Vesterålen og et NLSH Bodø. Forbedringsteamet i Bodø har påbegynt arbeidet med å forbedre kvaliteten på innholdet i helseopplysninger som sendes til kommunene ved utskrivelse og samarbeider med Bodø og Gildeskål som referansekommuner.

Tilbakemeldinger og avvik fra sykehuset til kommunene viser at innkomstrapportene fra kommunehelsetjenesten til sykehuset ofte er lite utfyllende. Bodø kommune har startet forbedring av innholdet i innkomstrapporten og samarbeider med forbedringsteamet fra NLSH Bodø om dette arbeidet.

Forbedringsteamet NLSH Vesterålen har startet et samarbeid med alle kommuner i Vesterålen og har invitert til workshop for å utarbeide felles sjekklister som skal sikre informasjon inn til sykehuset.

⁶ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

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

Nordlandssykehuset HF har igangsatt arbeidet med gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Arbeidet ledes av rådgivere Sissel Juliussen. Hun samarbeider med kontaktperson i Helse Nord RHF og vår interne Samhandlingsavdeling, om utformingen av avtalene. Det er per tiden 29 avtalespesialister i Nordland fylke. Fagområdene faller innenfor klinikkene Hode- og bevegelse, Medisin, Kvinne- og barn og Psykiske helse- og rus. Som et ledd i arbeidet skal det arrangeres møter mellom avtalespesialistene og de respektive kliniksjefer og avdelingsoverleger innenfor de fagområdene disse representerer. Da dette naturlig vil ta litt tid, vil ikke klare ha på plass alle samarbeidsavtalene innen 1. juni, men har et realistisk mål om at de er på plass innen utgangen av august 2017.

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

Vi holder for tiden på med revisjon på samarbeidsavtalene. Et viktig fokus her er overgang både til og fra spesialisthelsetjenesten hvor legemiddelbehandling er ett av flere viktige punkt. Vi har også startet videre implementering av en pilot vi har hatt i kirurgisk ortopedisk klinikk "Vennlig sykehus" - hvor innskrivningssamtale og utskrivningssamtale er sentrale elementer. Legemiddelbehandling (om pasienten har fått og forstått informasjon) er viktige elementer i disse samtalene.

2.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangbodddhet. Foretaket har i første tertial hatt 375 korridorpasienter, hvorav 331 i Bodø, 9 i Lofoten og 36 i Vesterålen. Dette er redusert fra første tertial 2016 hvor antallet var 458.

For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

- Øke andel samedagskirurgi 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.

Nordlandssykehuset HF har i mange år brukt observasjonsmodulen i Docmap der avvik, forbedringer, pasienthendelser, samhandlingsavvik og skade på personell meldes. Alle avvik i Docmap må risikovurderes, tiltak vurderes ut fra risiko og iverksettes før avvik lukkes.

I NLSH HF er det krav at alle klinikker og staber skal ha etablert Kvalitet- og arbeidsmiljøgrupper (PR 6021 KVAM – grupper). Et av hovedområdene som blir gjennomgått på hvert møte er avvik og forbedringer. KVAM-gruppen skal arbeide med forbedringsprosesser og tiltak basert på krav fra aktuelt lov- og rammeverk, krav fra eier/direktør, mottatte avviksmeldinger og eventuelle erfaringer fra andre deler av virksomheten. I tillegg har foretaket to kvalitets-/skadeutvalg (FB1255) hvor hensikten er å granske hendelser og påse at klinikken har iverksatt adekvate tiltak. Tiltakene som iverksettes skal redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.

Foretaket rapporter tre ganger i året til styret på pasienthendelser, tilsyn/revisjoner og tilsynssaker. For første tertial 2017 vil foretaket også legge frem en komplett oversikt på avvik som meldes i foretaket i samme styresak. I tillegg orienteres styret fortløpende om §3-3a meldinger.

Den 10/1 – 2017 ble felles nasjonalt klassifiseringssystem for pasienthendelser implementert og tatt i bruk i Helse Nord/NLSH HF. Alle pasienthendelser som er meldt etter 10/1 2017 blir nå klassifisert etter det nye systemet. Implementeringen av det nye felles nasjonale klassifiseringssystemet vil på kort sikt gi oss noen utfordringer i forhold til statistikk på dagens rapportering. På lengre sikt så vil dette kunne gi oss mange fordeler både for å kunne ta ut gode rapporter direkte fra Docmap, og at statistikken vil være mer sammenlignbar med andre foretak i regionen og med nasjonale data.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
 - Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT⁷-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Den nye elektroniske løsningen for GTT-granskning er tatt i bruk av alle GTT team i Nordlandssykehuset HF, og inkluderer journaler fra og med juli 2016. Resultatene fra granskningen legges frem for styret to ganger i året i egen styresak for Dashbord for kvalitet og pasientsikkerhet.

Melderutiner for funn av pasientskader ved journalgranskning er revidert, og bidrar til klare retningslinjer for håndtering av pasientskadene i kvalitetssystemet. Seksjon for pasientsikkerhet er nå i gang med evaluering av foretakets metode for granskning av pasientskader, og bruker blant annet erfaring fra forskningen gjort ved Nordlandssykehuset HF på området for å finne den beste løsning for hvordan data og resultater fra GTT kan brukes i klinikkene til forbedringsarbeid.

⁷ Global Trigger tool

GTT verktøyet slik det er p.t. er egnet til å gi et overblikk over pasientskader på foretak og klinikknivå. Det vil kreve en videreutvikling av verktøyet for at dette skal gi klinisk relevant informasjon med henblikk på forbedringsarbeid. Dette har vært diskutert med HN RHF tidligere og vi venter nå på at det blir startet et regionalt arbeid for videreutvikling av GTT verktøyet.

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

Nordlandssykehuset HF deltar i fagrevisjoner innenfor de utvalgte fagområdene som Helse Nord RHF vedtar. Vi deltar med fagrevisorer, men også med å bli revidert.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Nordlandssykehuset HF deltar i utviklingen av modulbasert opplæringsprogram med foretakets lokale programleder. Det har vært gjennomført tre samlinger à to dager, hvor man har diskutert innhold og oppbygging av modulene, samt produsert opplæringsmateriale for deler av programmet.

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

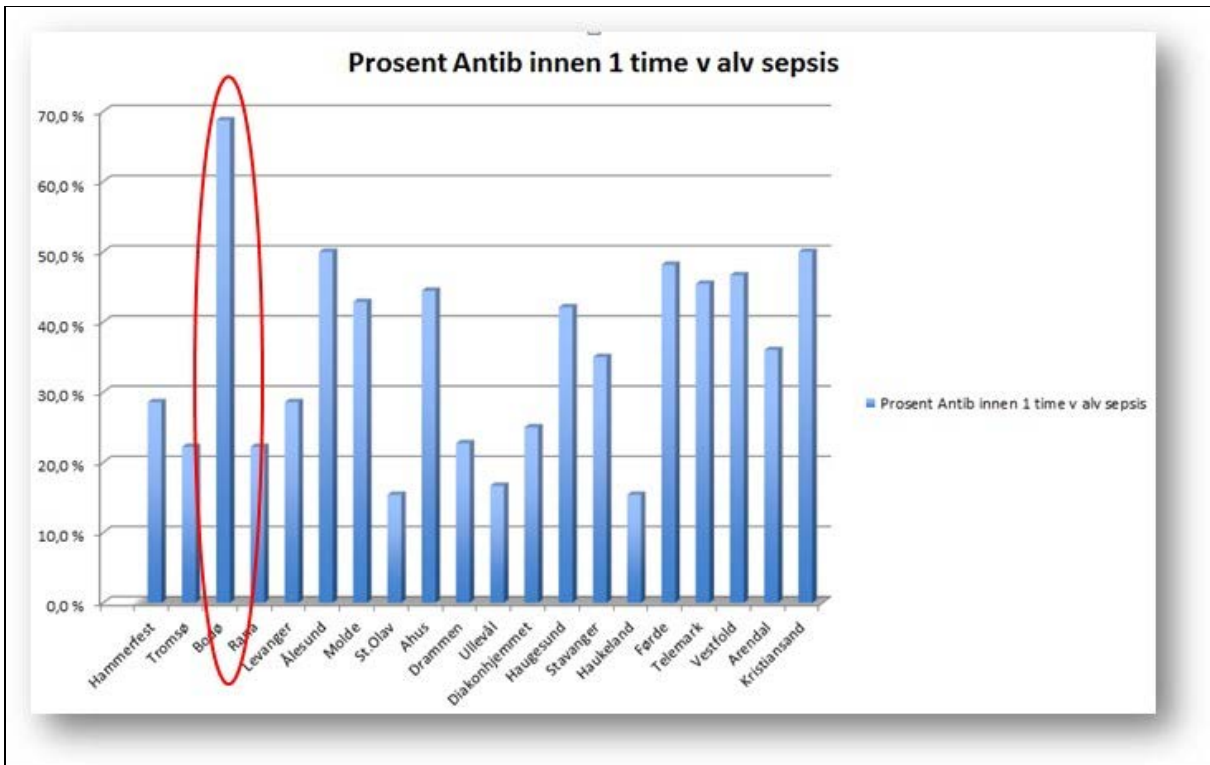
Hendelsesanalyser er under innføring i NLSH HF, men det gjenstår enda en del arbeid før det er en del av det ordinære kvalitetssystemet. Parallelt med analysearbeidet utvikles det rutiner som skal sørge for at arbeidsprosessene knyttet til hendelsesanalyser, og ikke minst hvordan disse rapportene behandles i etterkant, fyller myndighetenes krav og intensjon. I første tertial har det vært arbeidet med en omfattende analyse i skjæringspunktet mellom medisinsk og psykiatrisk klinikk. Denne analysen vil ferdigstilles i andre tertial.

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 NLSH HF, og det gjøres jevnlig nødvendige justeringer i arbeidet i forhold til behovet lokalt. NLSH HF har en spredningsplan som er utgangspunkt for rapportering til Helse Nord RHF. En revidert spredningsplan som vil vedtas før sommeren vil justere kravet til spredning i enhetene. NLSH HF har igangsatt arbeidet med alle de tre innsatsområdene som ble annonsert våren 2017; tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, tidlig oppdagelse av forverret tilstand og forebygging av underernæring.

Arbeidet med innsatsområdet «Tidlig oppdagelse av sepsis» ble pilotert i 2016 i samarbeid mellom Medisinsk klinikk og Prehospital klinikk. Et nasjonalt tilsyn viste at Nordlandssykehuset Bodø hadde de beste resultatene blant 20 andre sykehus i andel



pasienter som fikk antibiotika innen en time etter ankomst. Foretaket deltar i nasjonalt læringsnettverk for innsatsområdet, og er nå i gang med spredning til resterende klinikker og lokasjoner.

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 opplæring i PedSAFE, og i løpet av sommeren vil foretaket delta i arbeidsgruppe for utvikling av maternell tidlig varsling. Rutiner for intensivfaglig kompetanse (Mobilt Akutt Team) til de sykeste pasientene er under utarbeidelse og pilotering.

Det er etablert et foretaksovergripende tverrfaglig team som jobber med revisjon av prosedyre for «Forebygging av underernæring». En av teamdeltakerne deltar på Nordisk forbedringsutdanning, og pilotering av ny rutine vil komme i gang før sommeren.

2.7 Smittevern

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

Ved Nordlandssykehuset er et Antibiotika-team er opprettet og i drift. Det er tilknyttet en 50 % farmasøytstilling til teamet. Det er planlagt og utformet et prøveprosjekt, men dette har vi måtte utsette på grunn av stor arbeidsmengde for sengepostene. Vi forventer å være i gang med prøveprosjektet innen rimelig tid.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Etter Antibiotika-teamet ble opprettet, har farmasøyten i teamet tatt ut forbruksrapporter og sendt disse til aktuelle klinikker og enheter.

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.

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 skal gjennomføres onsdag 10. mai.

Oppdaterte data (3. tertial 2016) fra nasjonale kvalitetsindikatorer viser at Nordlandssykehuset HF har hatt en betydelig bedring i sine prevalens data med en andel på 1,5 % av innlagte pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner, mot et nasjonalt gjennomsnitt på 3,7 %.

3. NOIS⁸-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.

Oppdaterte NOIS data for 3. tertial 2016 viser at Nordlandssykehuset HF har en tilnærmet oppfølging av alle inngrep på 100 % (98,9-100), som vi er svært fornøyd med. Alle involverte klinikker går gjennom de gjennomførte registreringene før resultatet sendes inn til Folkehelseinstituttet og Helse Nord RHF. Våre resultater for postoperative infeksjoner etter kolecystektomi og innsetting av totalprotese er vi ikke fornøyd med, og vil derfor gjennomgå disse data lokalt for å finne ev forbedringspunkter. Rapportering er nedfelt i Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord under pkt. 4.3 Infeksjonsovervåking, men det er ikke oppgitt adressat. Rapport er klar til å sendes så snart det blir opplyst om adressat.

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

Rapporten for de siste NOIS data er klar for innsending til Helse Nord RHF og blir sendt i disse dager.

Styringsparametere:

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

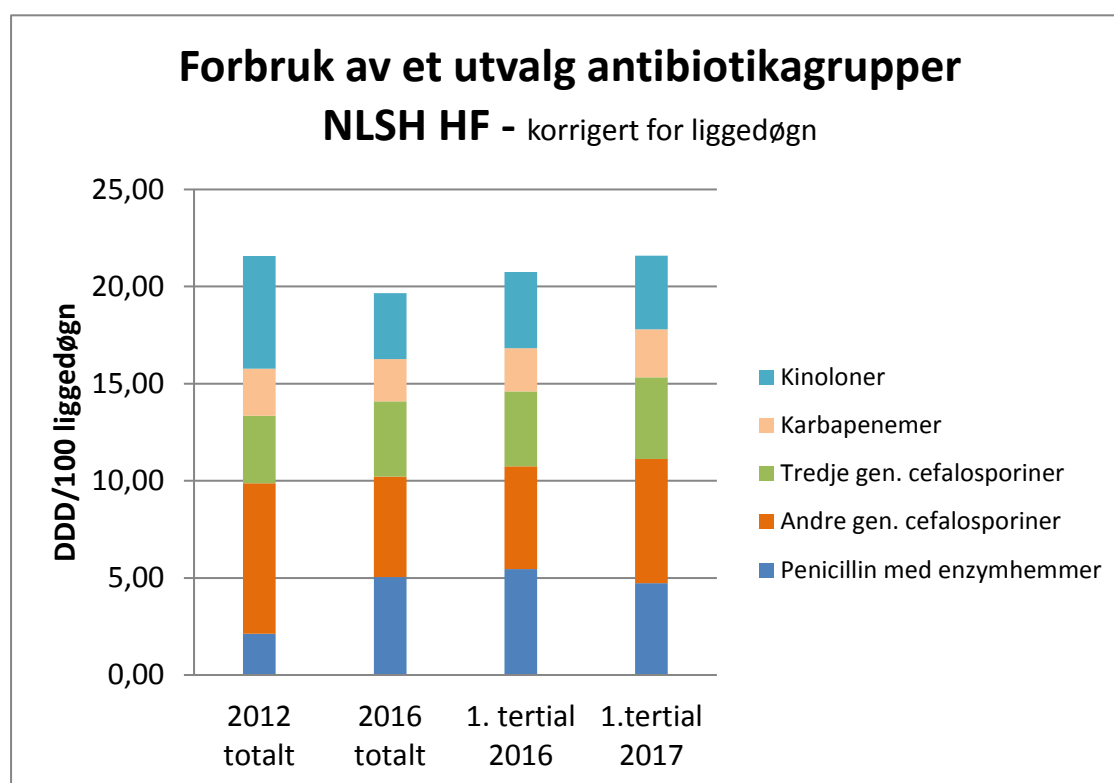
Siste oppdaterte data fra prevalensundersøkelsen ble offentliggjort 4.5.17 og viser data fra 3. tertial 2017. Vi har derfor ikke data fra 2017 som det er mulig å sammenligne med 2016. Som beskrevet i punkt 3.7.2 over hadde Nordlandssykehuset HF et svært liten

⁸ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

andel (1,5 %) med helsetjenesteassosierte infeksjoner ved forrige måling. Neste registrering foretas 10.5 og data vil ikke være tilgjengelig for inneværende tertialrapport.

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012⁹.

Vedlagte graf viser forbruk av bredspektrede antibiotika i form av Karbapenemer, 2. og 3. generasjons efasporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner for NLSH HF i første tertial 2017 sammenlignet med 2012 og 2016. Som grafen viser har det vært en liten økning av forbruk fra 1. tertial 2016 til 1. tertial 2017. Sammenlignet med 2012 er det en minimal reduksjon, som ikke oppfyller målet om 10 %. NLSH HF har akkurat har fått etablert et antibiotikastyringsprogram som er under implementering. Vi forventer vi at bruken av bredspektrede antibiotika vil reduseres i takten med innføringen av antibiotikastyringsprogrammet og A-teamet og at vi i allerede mot slutten av 2017 vil kunne se en reduksjon i bruk.



⁹ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

2.8 Andre områder

2.8.1 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfylder krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser

NLSH har tatt utgangspunkt i bestilling fra Hele Nord RHF datert 24.11.15 og gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (heretter ROS) i henhold til denne.

Hovedjournalssystemer

Bestillingen er løst med at vi i 2016 og 2017 gjennomførte ROS- analyser i henhold til kulepunkt 1 i bestillingen.

Ved utgangen av februar 2017 hadde vi gjennomført alle planlagte analyser som omfattet første del av bestillingen.

Følgende ROS-analyser er gjennomført

1. DIPS - Medisinsk klinikk
2. DIPS - Kvinne/barn klinikk
3. DIPS - Akuttmedisinsk klinikk
4. DIPS - Prehospital klinikk
5. DIPS - Hode/bevegelsesklinikk
6. DIPS - Psykisk helse og rus klinikk
7. DIPS - Kirurgisk/Ortopedisk klinikk
8. RTG - Sectra
9. RTG - Syngovia
10. LAB - Labcraft
11. LAB - DIPSLAB
12. LAB - Sympathy
13. LAB - Zimmer Biomet
14. LAB - Analytix
15. AMK - AMIS
16. Partus

De fleste høye risiko i analysen er lukket. Det gjenstår en risiko som omhandler gjennomføring av logganalyse. Tiltaket dekkes av prosedyren for kontroll av logger PR1573. Det arbeides med å imøtekomme kravet fra prosedyren og forventer å ha lukket tiltaket innen rimelig tid.

Funn i analysene skal presenteres til NLSH sitt styre i mai 2017.

Medisinteknisk utstyr

Innenfor bestillingen fra Helse Nord RHF som omfatter medisinteknisk utstyr (heretter MTU) ble det i juni 2016 startet arbeid med å kartlegge MTU. Dette arbeidet har tatt

lengre tid enn først antatt grunnet kompleksitet og antall MTU enheter i NLSH. (2 500 ulike utstyrstyper, 22 000 enheter I kartleggingsarbeidet er det tatt utgangspunkt i «Veileder i Personvern og informasjonssikkerhet – medisinsk utstyr» utgitt av Helsedirektoratet i desember 2015.

Vi har valgt å gruppere det medisintekniske utstyret i henhold til de kategoriene som veilederen beskriver. Her beskrives det totalt 16 kategorier. Det er fra det helt enkle scenario 1 «MU uten behandling av informasjon» til de mer teknisk komplekse der pasient selv, på eget initiativ hjemmefra, overfører data til skytjeneste (scenario 16). Medisinteknisk seksjon har kartlagt og kategorisert utstyret.

Pr. utgangen av april er alle planlagte risikoanalyser innenfor dette punkt gjennomført hos NLSH.

Rapport og funn i analysene skal presenteres til NLSH'S styre i mai 2017.

Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan.

Orientering om status på ROS-analyser med tilhørende tiltaksplan ble sendt Helse Nord RHF før 1.mars.

3 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Følge opp resultatene fra PasOpp¹⁰-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste

Gjennom prosjektet «Et vennlig sykehus» følger NLSH HF opp PasOpp undersøkelsen og har utarbeidet forbedringstiltak som svar på de indikatorene NLSH HF scorer lavest på. Dette omhandler indikatorene: utskrivning, informasjon, standard, pårørende og organisering. Det er utarbeidet en rutine for utskrivningssamtale, velkomstsamtale, oppfølging av nyansatte og mat og estetikk. Alle somatiske sengeposter ved sykehusene i NLSH HF har startet innføring av nye standarder på disse områdene. Dette er et omfattende arbeid og vi forventer at alle enhetene i løpet av 2017 skal være i gang med implementering på alle områdene prosjektet omfatter.

Det er utarbeidet brukerundersøkelser som skal gjennomføres ved alle somatiske sengeposter i NLSH HF innen september 2017. Pasientene svarer på et utvalg av spørsmålene i den nasjonale PasOpp undersøkelsen. Et utvalg som overlapper med indikatorene som omhandler fokusområdene i prosjektet «Et vennlig sykehus». Det er involvert flere brukere i prosjektet med brukerrepresentant som deltar i

¹⁰ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

styringsgruppen, brukerrepresentanter tilknyttet hver klinikk og brukerrepresentant per lokasjon Lofoten og Vesterålen.

Utskrivingsamtalen inneholder en sjekkliste med blant annet sjekkpunkter som omfatter:

- Forarbeid til utreisesamtale: Legen sørger for at samstemt legemiddelliste utarbeides.
- I utreisesamtalen: I utreisesamtalen får pasienten nødvendige papirer og i en utreisekonvolutt.

Målet er at pasienten etter utskrivningsamtalen skal ha kunnskap om: a) Innholdet i epikrise og samstemt legemiddelliste, b) Eventuelle komplikasjoner og bivirkninger, og hva pasienten selv kan gjøre hvis disse ev oppstår.

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. Rapporteringen er basert på hver enkelt hendelse som først meldes og behandles i avvikssystemet med påfølgende overføring for videre oppfølging i systemet for sak-/arkiv. Hendelsene blir lastet inn i et regneark for bearbeiding og analyse, herunder for klassifisering 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 forebygge/reducere risiko for lignende hendelser.

Antall hendelser i periodene 2015-2016 fremstår som følger:

Kategori:	andre		blod		fall		løft		stikk/kutt		trussel		vold		Totalsum	
År:	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
SUM:	22	25	5	9	21	17	6	12	51	45	64	38	115	116	284	262

Hendelser knyttet til trusler og vold har gjennom årene vært gjenstand for skarp fokus ift. arbeid med risikoreducerende tiltak.

Vi betrakter målet som nådd hva gjelder styringskravet til rapportering.

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

Tiltak

Det foregår løpende et omfattende arbeid i Nordlandssykehuset for at ansatte ikke skal utsettes for skade eller fare for egen helse når de er på jobb. HMS-planene omfatter alle områder innenfor det fysiske og organisatoriske/psykososiale arbeidsmiljøet. Så er det laget egne planer for HMS i byggeprosjekt sentrum, Ytre miljø, beredskapsplaner – herunder brann og ulykker/katastrofer.

Opplæring i HMS for verneombud, leder og tillitsvalgte gjennomføres årlig fra og med 2016. Årets «grunnkurs» er i gang og slutføres 11. mai. HMS er også en viktig del av foretakets lederopplæring. Det arbeides også med utvikling av samarbeidet med vernetjeneste og tillitsvalgte, og disse tas med i alle større prosjekt. Det er gjennomført et stort løft på kompetanseutvikling innen konflikthåndtering og metode for å undersøke saker hvor det meldes om mobbing/trakassering. Dette arbeidet videreføres i 2017 ved at rutiner og prosedyrer utvikles og forbedres.

Nordlandssykehuset har tro på at det systematiske og langsiktige arbeidet innenfor HMS skal gi resultater i form av redusert sykefravær. For å sikre det spesifikke fokuset, ble det i 2015 utarbeidet strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2015-2018. I tillegg lages det årlige tiltaksplaner. Den strategiske planen har åtte satsingsområder:

- 1. Forankring, gode rutiner, samhandling og kompetansebygging.*
- 2. God oversikt og analyse av sykefravær og årsaker til avgang.*
- 3. Utvikle helsefremmende arbeidsplasser.*
- 4. Forebygge helseplager, sykdom og skader gjennom godt systematisk HMS-arbeid.*
- 5. Komme i forkant av sykemelding.*
- 6. Seniorpolitikk.*
- 7. God og tett oppfølging av sykemeldte.*
- 8. Håndtere og forebygge konflikter og brudd på AML.*

Det er i de årlige tiltaksplanene utarbeidet tiltak for alle satsingsområdene. For 2017 videreføres de fleste tiltakene fra tidligere planer. I tillegg kommer noen nye.

Nye tiltak i IA-tiltaksplan for 2017 er:

Oppfølging av Medarbeiderundersøkelse gjennomført nov 2016. Rapportering på tiltak fra klinikkene skal forelegges AMU i juni 2017.

Arbeidsmiljøkonferanse for å motivere og inspirere og gi øket fokus på og kunnskap om arbeidsmiljøarbeidet, skal gjennomføres 25. oktober 2017

Nærværprosjekt med målsetting om øket nærvær og redusert sykefravær startes opp i Prehospital klinikk. Det er utarbeidet egen styresak om dette prosjektet.

Øket fokus på vold og trusler mot ansatte og pasienter. Her skal omfanget kartlegges og planer for beredskap og forebygging skal utarbeides. Systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser skal sikres. Egen sak for dette ble behandlet i AMU og april 2017. I Psykisk Helse og Rusklinikken er det blant annet satt av midler til å utdanne flere TERMA-instruktører.

Rapportering på OD 2017

Arbeidet med å redusere sykefraværet foregår på 3 nivå; det helsefremmende, det forebyggende og det reagerende arbeidet. Det går fortsatt med mye ressurser til det reagerende arbeidet, i form av oppfølging av sykmeldte. Dette er arbeid som ikke kan legges bort – når man først har fått sykmeldte. Dersom vi klarer å gjennomføre de gode tiltakene på det forebyggende og helsefremmende området, har vi imidlertid tro på at det skal redusere behovet for oppfølgingsarbeid noe.

Resultater

Sykefravær per klinikk/stabsavdeling; sum for perioden april 2016-mars 2017:

Klinikk ▲	Sum % sykefravær	Sykedager	Gjnsnit aktive ansatte	Mulige dagsverk	Syk 1-16 dager	% syk 1-16 dager	Syk over 16 dager	% syk over 16 dager	Egenmeldte dager
AFFP	7,0 %	476	30	6 764	51	0,8 %	426	6,3 %	41
AKUM	8,6 %	5 209	270	60 760	1 564	2,6 %	3 645	6,0 %	966
Andre	5,8 %	283	21	4 878	95	1,9 %	188	3,9 %	43
DIAG	8,5 %	5 453	281	63 902	1 634	2,6 %	3 819	6,0 %	1 037
DTEK	10,9 %	4 571	184	42 020	892	2,1 %	3 679	8,8 %	545
HBEV	7,4 %	3 984	234	53 882	1 215	2,3 %	2 769	5,1 %	816
HR	7,5 %	1 065	60	14 195	271	1,9 %	794	5,6 %	175
IBYGG	11,9 %	266	9	2 231	88	4,0 %	177	7,9 %	44
KBARN	6,5 %	2 920	198	44 801	912	2,0 %	2 008	4,5 %	527
KIP	7,0 %	312	20	4 479	52	1,2 %	260	5,8 %	44
KIROT	7,0 %	4 055	257	58 168	1 147	2,0 %	2 908	5,0 %	703
MED	8,2 %	8 663	474	105 548	2 387	2,3 %	6 276	5,9 %	1 491
ØKON	9,5 %	1 830	84	19 298	578	3,0 %	1 252	6,5 %	369
PHR	9,2 %	14 614	698	158 108	4 228	2,7 %	10 387	6,6 %	2 658
PREH	12,7 %	7 231	250	57 077	1 322	2,3 %	5 909	10,4 %	668
Sum	8,8 %	60 930	3 070	696 111	16 435	2,4 %	44 495	6,4 %	10 128

Som det framgår av tabellen over, så er sykefraværet varierende i de ulike klinikkene, sentrene og stabsavdelingene. Kirurgisk Ortopedisk klinikk, Hode og Bevegelseklinikken, Kvinne Barnklinikken og avdelingene AFFP, Andre, HR og KIP ligger alle på eller under 7,5 % fravær. Akuttmedisinsk klinikk, Diagnostisk klinikk og Medisinsk klinikk ligger ca. ett prosentpoeng over måltallet.

Videre vil det være viktig å ha fokus på det forebyggende arbeidet nå når vi nærmer oss feriemånedene der sykefraværet de siste årene viser seg å øke i juli mnd.

Prehospital klinikk er fortsatt den klinikken som har det høyeste fraværet, og det er derfor naturlig at det nye nærværprosjektet startes opp der.

5 Innfri økonomiske mål i perioden

5.1 Anskaffelsesområdet

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

Sykehusinnkjøp har så langt ikke gitt noen signaler om hvordan kommunikasjonen mellom HF'ene og Sykehusinnkjøp skal fungere. I og med at det ikke er avklart hvordan innmelding av anskaffelsesbehov skal meldes, er det for tidlig å si noe om dette nå.

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

På de aller fleste innkjøpsområder benyttes nå Clockwork. Inntil det eventuelt er etablert integrasjon mot Clockwork vil vi også benytte Merida og Portico, som i tillegg til innkjøp fyller driftsmessige funksjoner. Vi vurderer nå situasjonen slik at Clockwork er implementert så langt det er mulig. Arbeidet med tilrettelegging og implementering av leverandørkontrakter fortsetter.

Nordlandssykehuset har full oversikt over hvilke rammeavtaler som skal konkurransenutsettes i 2018.

Detaljerte rapporter kan bare tas ut på det som er kjøpt i Clockwork. Andre vare- og tjenestekjøp må tas ut på leverandørnivå og bearbeides. Her er Nordlandssykehuset på nivå med de andre HF'ene i regionen og baserer våre rutiner på det som tilrettelegges av verktøy av Helse Nord.

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)¹¹.
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 risikovurderinger¹², 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 %. Total andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner (våre egne og andres) var ved utgangen av 2016 3,8 % som også er innenfor målsetningen om en andel < 4,5 %

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse gjennom 2017:

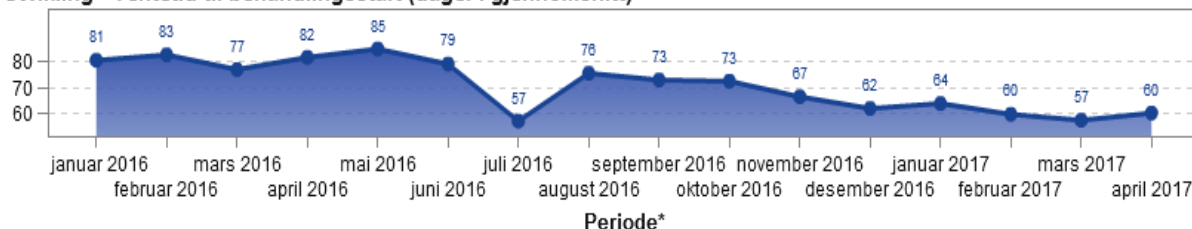
- Økt fokus på smittevern og etterlevelse av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet som omhandler infeksjoner.
- Videreføring av iverksatte tiltak: videre arbeid med innsatsområder for infeksjon i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet samt forebyggende og infeksjonsreducerende tiltak innenfor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

¹¹ 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).

¹² 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

Utvikling - Ventetid til behandlingsstart (dager i gjennomsnitt)



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, analysering av behov og kapasitet med økning av tilgjengelige ressurser og bruk av eksterne leverandører som Helse Nord RHF har avtale med.

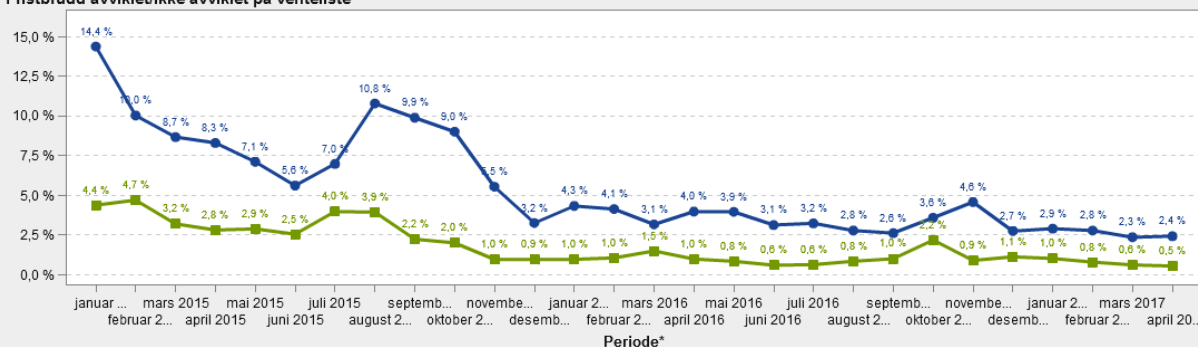
I løpet av 2016 oppnådde foretaket en gradvis reduksjon av ventetid for både ventende og avviklede. I desember 2016 var gjennomsnittlig ventetid for ventende 63 dager og for avviklede 64 dager. Status pr 1. tertial 2017 er at ventetidene for avviklede pasienter er ytterligere redusert fra 2016, og ved utgangen av april er ventetidene innenfor kravet om 60 dager.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

- Iverksatte tiltak videreføres.

3. Det skal ikke være fristbrudd

Fristbrudd avvirket/ikke avvirket på venteliste



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 1. tertial er andel fristbrudd for avviklede pasienter 0,5 %, mens andel fristbrudd for ventende pasienter er 2,4 %. Dette er en reduksjon fra 2016. Den positive utviklingen knyttes til effekt av de iverksatte tiltak.

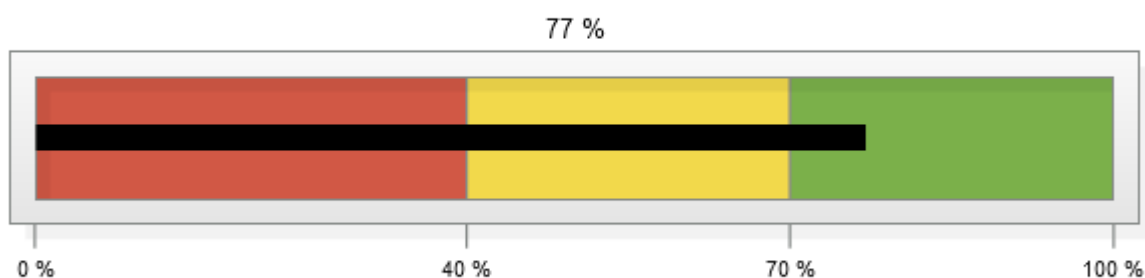
Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2017:

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

4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.

For årets fire første måneder er andel fullførte pakkeforløp innen frist i Nordlandssykehuset 77 %. Dette tilfredsstillende kravet om en andel på 70 %.

Andel fullførte pakkeforløp innen frist (OF4)



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.

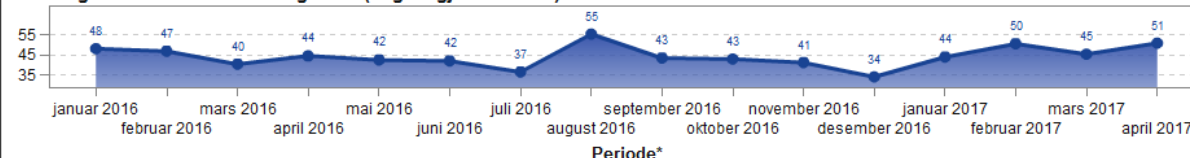
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹³.

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

¹³ 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).

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.

Utvikling - Ventetid til behandlingsstart (dager i gjennomsnitt)



Ventetidene for pasienter i psykisk helse og rus klinikken er på nivå med 1. tertial 2016, og er godt innenfor kravet om 60 dager.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helse er noe redusert fra 2016, mens det innenfor rus har vært en vekst på hele 41 %.

6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.

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.

Målinger for legemiddelsamstemmingen vil bli presentert fra andre halvår 2017

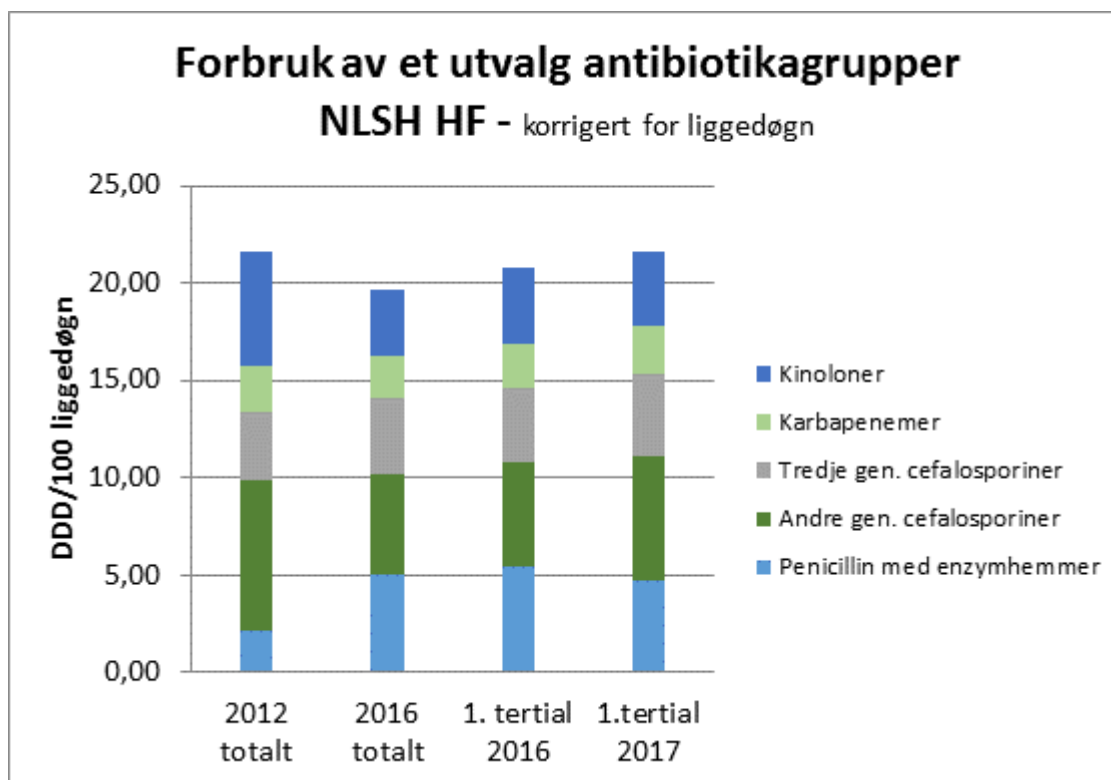
Kritiske suksessfaktorer:

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

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

Vedlagte graf viser forbruk av bredspektrede antibiotika i form av Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner for NLSH HF i første tertial 2017 sammenliknet med 2012 og 2016. Dataene fra 2012 og 2017 er ikke direkte sammenlignbare, da de er hentet ut på ulikt vis, men de gir likevel en god pekepinn. Som grafen viser har det vært en liten økning av forbruk fra 1. tertial 2016 til

1. tertial 2017. Sammenlignet med 2012 er det en minimal reduksjon, som ikke oppfyller målet om 10 %.



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 1. tertial viser negativ utvikling særlig innenfor ISF inntekter og lønnskostnader. Justert omstillingsutfordring for 2017 har identifisert et behov for driftstilpasning på 90 mill kr. Statusoppdatering pr utgangen av april viser at fremdriften innenfor enkelte klinikker er forsinket, og estimert effekt av vedtatte tiltak er derfor justert til 71 mill kr, det vil si 19 mill kr lavere enn justert omstillingsutfordring for 2017. Det forventes at gevinstene vil realiseres i større grad utover året. Imidlertid vil det være krevende å ta igjen hele etterslepet innen utgangen av året. Prognose for 2017 settes derfor til et budsjettavvik på -15 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)

Innen utgangen av 2017 skal alle lokasjoner ved NLSH HF med innføring av tiltakspakken. Det er et uttalt mål at alle pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis skal få antibiotika innen en time.

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:

Rapportering på OD 2017

- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
- Informasjonssikkerhet.
- Klima og miljø.
- Beredskap.
- Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

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

I tråd med foretakets retningslinjer (RL2339 og SJ2301) så har administrerende direktør gjennomført ledelsens gjennomgang for 2016 med 8 klinikker og 6 senter/avdeling i perioden februar til april 2017. Resultat av denne gjennomgangen vil bli sammenfattet til en styresak som direktøren legger frem for styret i NLSH HF den 19/6 – 2017.