

Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2016

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



Innhold

1	Om rapporteringen	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3	Risikostyring og internkontroll	4
2.4	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	5
2.5	Anskaffelsesområdet	5
3	Pasientens helsetjeneste	6
-	ventetid, variasjon og effektivitet	6
3.1	Samhandling	13
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	14
4.1	Kvalitet	14
4.2	Smittevern	15
5	Personell, utdanning og kompetanse	16
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	17
6	Styringsparametere 2016	19
7	Oppfølging og rapportering	19
8	Sak til HF styrebehandling	19

1 Om rapporteringen

Se også Kap. 8.

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2016** til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

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

De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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

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

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

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

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2016

- Gjennomførte risikovurderinger¹, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602).

Nordlandssykehuset foretar risikovurderinger knyttet til tre kategorier målsettinger i internkontroll; driftsmålsettinger, rapporteringsmålsettinger og etterlevelseshmålsettinger. Risikostyring vil på ledelsesnivå i foretaket dreie seg om å realisere styringskrav og overordnede mål. Ute i organisasjonen vil risikostyring i tillegg være rettet mot å sikre at vanlige aktiviteter og daglig produksjon gjennomføres innenfor et akseptabelt risikonivå. Det vil innebære fokus på uønskede hendelser som uhell, ulykker, svikt i viktige funksjoner m.m. Som en følge av dette foretar foretaket risikovurderinger ved endringer i virksomheten, ved avvikende hendelser, som en del av vår løpende kontroll og som systematisk internkontroll.

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

Direktøren har i perioden februar-april 2016 hatt egne møter med alle kliniksjefer, senterledere og ledere for de største stabene. Disse møtene har vært gjennomført i henhold til foretakets retningslinjer for Ledelsens gjennomgang (RL2339) og er dokumentert i henhold til Mal for referat (SJ2301).

Direktørens gjennomgang med virksomhetslederne i 2016 har belyst en rekke utfordringer som i varierende grad har betydning for foretakets måloppnåelse, kvalitet i tjenestene og pasientsikkerheten. Utfordringene er gruppert i hovedområder med en overordnet beskrivelse, beskrivelse av risikoforhold og forslag til risikoreduserende tiltak. Risikovurderinger er lagt til grunn for utarbeidelse av risikoreduserende tiltak i 2016 og utfordringene er plottet i en matrise som viser risiko før og etter tiltak. Ledelsens gjennomgang av foretaket vil bli styrebehandlet den 13.juni 2016.

¹ Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2016

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Nordlandssykehuset er pr i dag brukere av Merida, som i tillegg til å være vårt forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) system for medisinteknisk utstyr (MTU), også er et komplett FDV-system for innkjøp og administrering av behandlingshjelpemidler (BHM). Et behandlingshjelpemiddel har i tillegg til en utstyrsenhet en rekke typer medisinsk forbruksmaterieell som er definert som BHM. Vårt FDV-system er et nødvendig verktøy for innkjøp og lagerhold av dette BHM-forbruksmateriellet i tillegg til database over utstyr samt brukere. Foreløpig har ikke Medusa samme funksjonalitet som Merida.

Foretaket hadde nettopp en representant tilstede på Medusa forum i Drammen. Hovedinntrykket fra de som allerede har tatt Medusa i bruk er at det fungerer greit for medisinsk teknisk utstyr (MTU), men at det er mye frustrasjon over manglende funksjonalitet innen behandlingshjelpemidler (BHM). Medusa er relativt nyutviklet og har mange innkjørings- og utviklingsproblemer. De som har konvertert rapporterer om omfattende merarbeid i konverteringen, stort behov for dedikerte IT ressurser i konverteringen og den første tids drift, samt en uhensiktsmessig løsning for BHM.

Nordlandssykehuset ønsker å komme i dialog med Helse Nord for å etablere en felles forståelse av at funksjonaliteten i systemet må utvikles for å ivareta behandlingshjelpemidler på en god måte før foretaket bør konvertere til Medusa.

Foretaket tar sikte på å implementere Medusa ved årsskifte 2016/2017, men ønsker å utveksle mer erfaring med andre brukere før vi har en fullverdig plan for innfasing av dette systemet.

2.5 Anskaffelsesområdet

Mål 2016

Samordning

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

I forbindelse med etablering av Sykehusinnkjøp HF, ny nasjonal innkjøpsorganisasjon for sykehusene, gjennomfører innkjøpsavdelingen i Helse Nord RHF en omfattende kartlegging. I tråd med oppdragsdokumentet har foretaket levert datagrunnlag i form av oversikt over løpende og planlagte anskaffelser, samt gjeldende leverandøravtaler.

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Foretaket har i prinsippet to kategorier utstyrsanskaffelser. Den ene kategorien er utstyr som anskaffes som del av utbyggingsprosjektene. For denne kategorien har foretaket levert ajourførte og presise oversikter over utstyr planlagt anskaffet i 2016/2017. Vi har fra Helse Nord ikke fått henvendelser om samordningsbehov for noen av disse utstyrskategoriene med unntak av hjertestartere/EKG utstyr.

Den andre kategorien er i hovedsak hasteanskaffelser med bakgrunn i brekkasjer på utstyr i den daglige driften. Reanskaffelsesbehovet er større enn tilgjengelige investeringsmidler til styrets disposisjon. Prioriteringer må gjøres fortløpende, og det følger av dette at disse utstyrsanskaffelsene i hovedsak ikke kan omfattes av langsiktige planer.

Når det gjelder mindre utstyr og materiell følger vi de regionale og nasjonale prosessene som pågår.

Ettersom videreutvikling av regionens EPJ system² (DIPS Arena) drar ut i tid kan det bli nødvendig med anskaffelse av programvare som ivaretar kvalitetsregistrering av Hepatitt og HIV pasienter. Da dette vil berøre flere foretak vil det være hensiktsmessig å gjøre en slik anskaffelse i fellesskap.

3 Pasientens helsetjeneste

- ventetid, variasjon og effektivitet

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Vi ser en god utvikling, men ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høyt.

Vi har fagområder hvor vi allerede oppnår styringsmålet. Psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, rusbehandling og nevrologi har i hele 2016 hatt gjennomsnittlig ventetid under 65 dager for både avviklede og ventende pasienter.

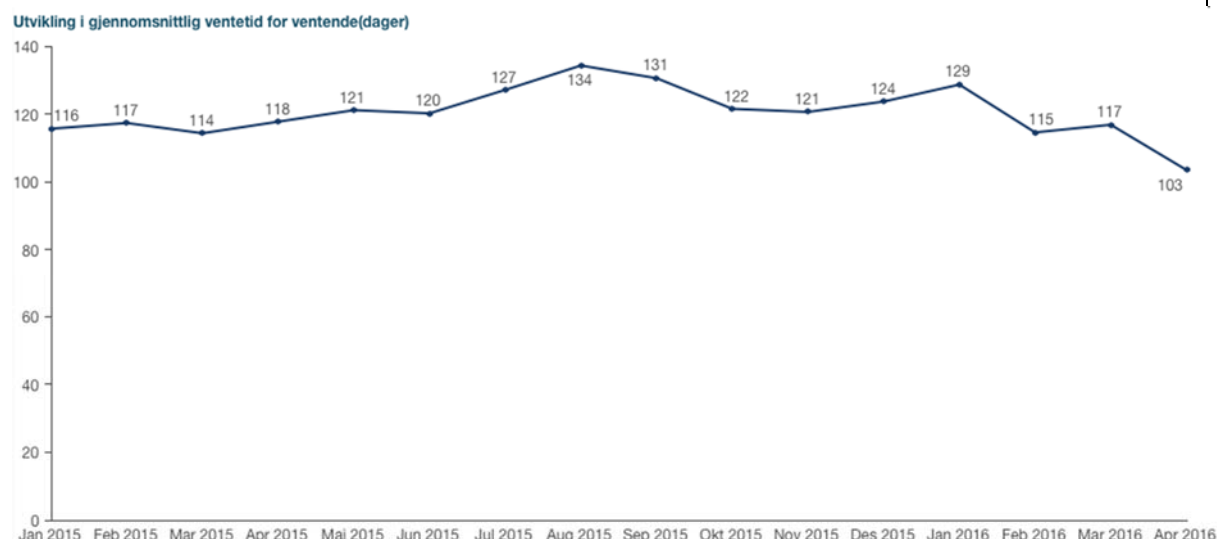
² EPJ = Elektronisk pasientjournal

Alle våre klinikker har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende i løpet av første tertial. De klinikkene med størst utfordring med langtidsventende er Medisinsk klinikk og Hode bevegelse klinikken. Medisinsk klinikk har redusert gjennomsnittlig ventetid fra 165 dager til 133 dager, og vi forventer fortsatt reduksjon i minst samme «takt». Hode bevegelse har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende fra 130 dager til 111 dager i løpet av første tertial. Øyesykdommer har vært et fagområde med betydelig kapasitetsutfordringer, primært på grunn av økende antall injeksjonsbehandlinger for AMD³. Hittil har ikke Helgelandssykehuset tilbydd denne behandlingen for sine pasienter, og disse pasientene har derfor blitt henvist til Nordlandssykehuset. Dette har medført betydelige ventetider innenfor fagområdet øyesykdommer ved Nordlandssykehuset.

Revmatologi er det andre fagområdet i Hode bevegelse klinikken med lange ventetider. Per i dag har vi noe innleie av spesialister, men reell forbedring i kapasitet vil vi først se når de LIS⁴ vi nå har i utdanningsløp er ferdige spesialister. Dette vil tidligst skje høsten 2017.

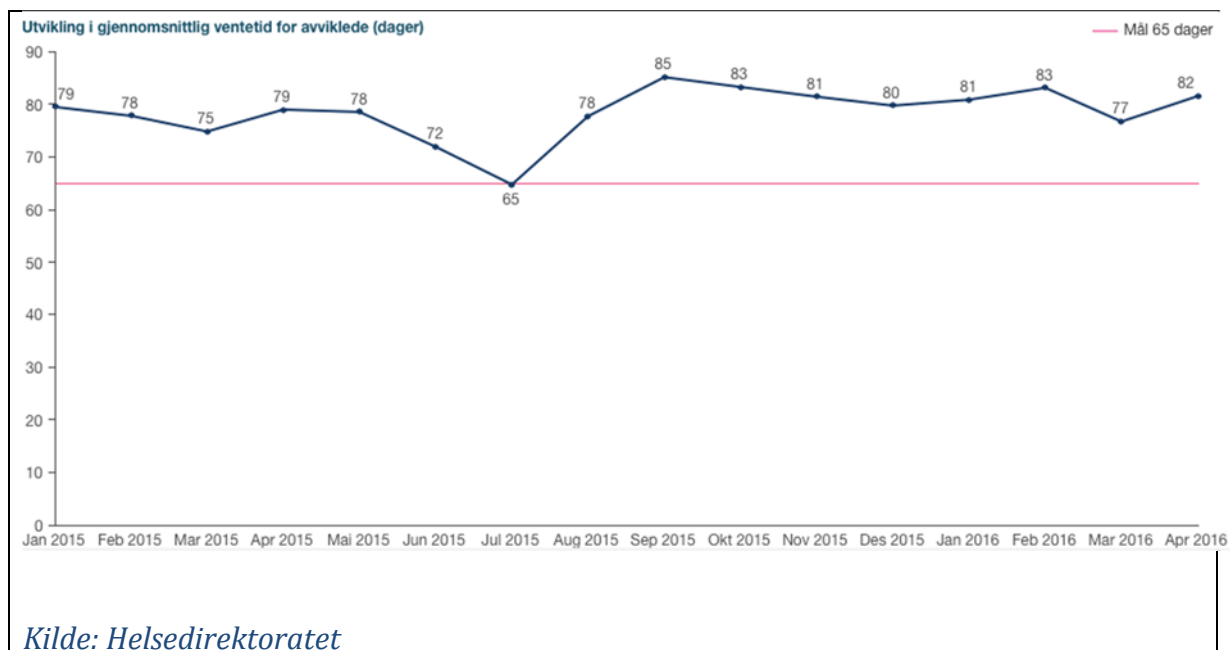
Gjennomsnittlig ventetid for ventende er redusert fra 129 dager til 103 dager i løpet av første tertial. I samme periode er antall ventende redusert fra 10 235 til 8 490.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede har i første tertial ligget rundt 80 dager. Som tidligere rapportert, både i årlig melding og i oppfølgingsmøter med Helse Nord, vil ikke Nordlandssykehuset ha mulighet for å oppnå gjennomsnittlig ventetid under 65 dager for avviklede pasienter, verken i første eller andre tertial.



³ AMD = aldersrelatert makula degenerasjon. Øyesykdom med svekkelse sentralt i netthinnen som medfører synshemming.

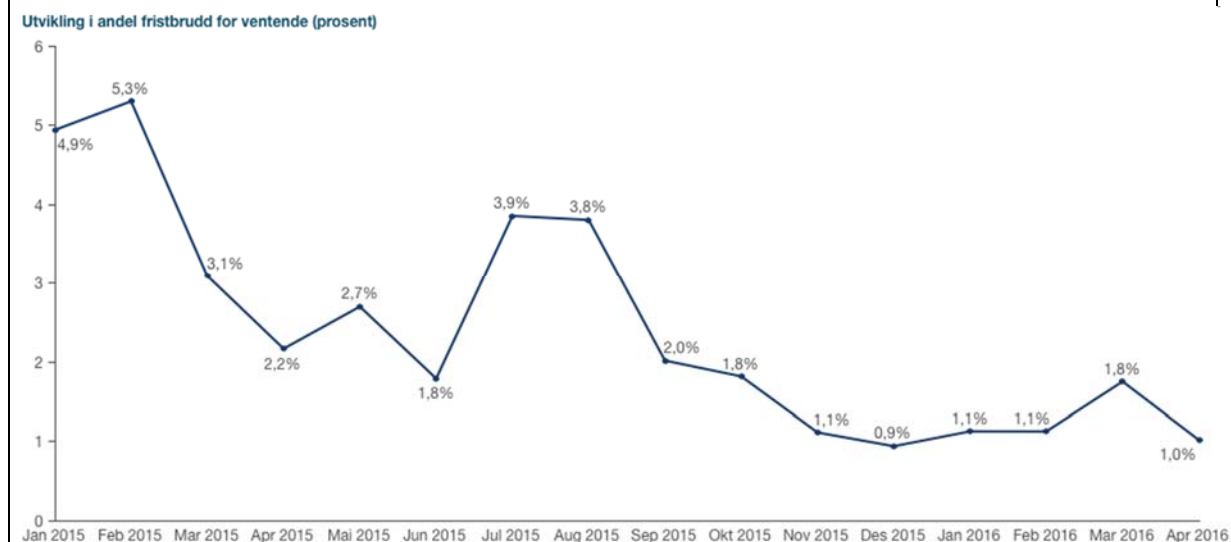
⁴ LIS = leger i spesialisering

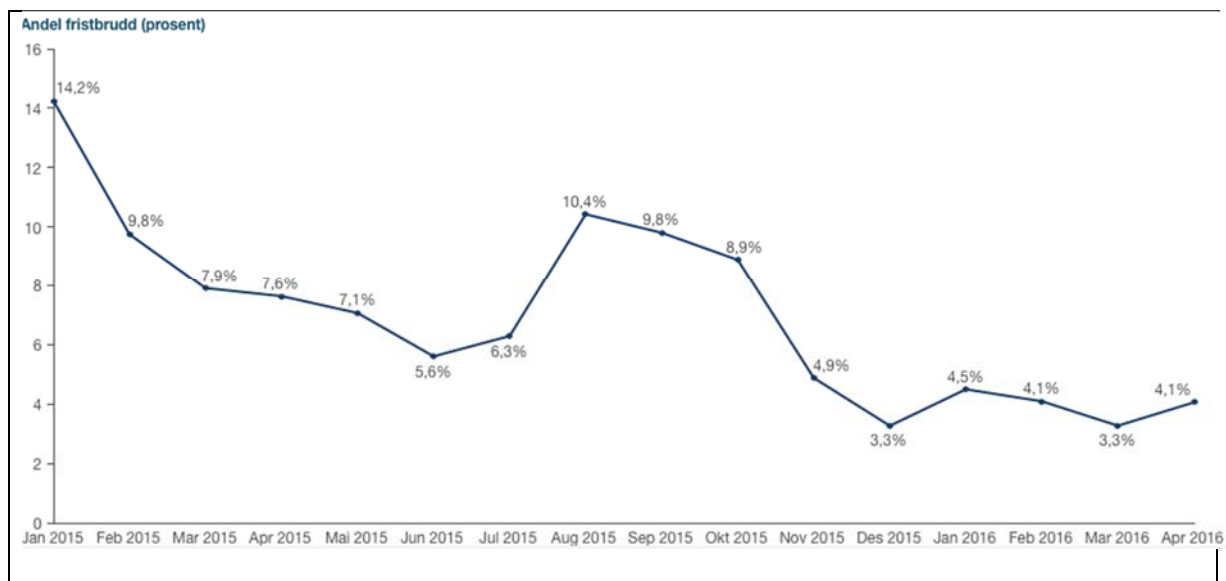


- Ingen fristbrudd.

Nordlandssykehuset har klart å stabilisere nivået på fristbrudd på tilsvarende nivå som vi hadde på slutten av 2015, men foretaket har dessverre ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i løpet av første tertial. Ettersom flere fagområder ivaretas av en eller få spesialister vil risikoen for fristbrudd øke under sommerferieavvikling.

For siste tertial 2016 har vi en målsetting om fristbrudd på 0-1 %.





- Ingen korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangboddhet. Foretaket har i første tertial hatt 458 korridorpasienter, de fleste i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken. Dette er på samme nivå som første tertial 2015 (436 korridorpasienter).

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.

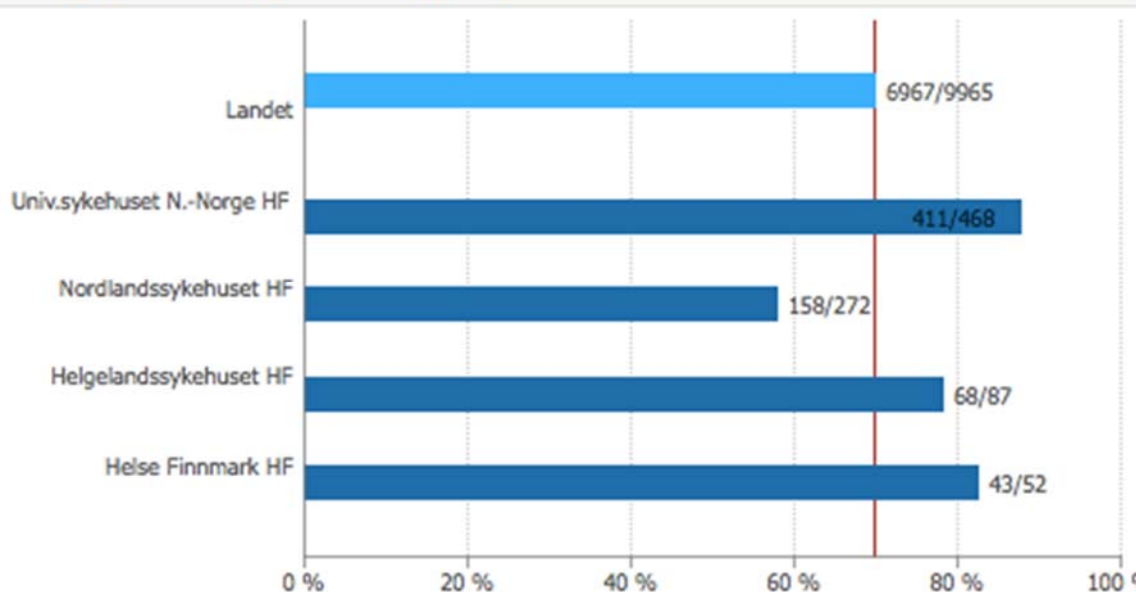
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Andel kreftpasienter som ble registrert i et definert pakkeforløp var i første tertial 58 %. Frist for tertialavslutning, hvor oppdatert og rettet uttrekk sendes Norsk Pasient Register, er 30. mai. Andelen kan derfor bli korrigert.

Nordlandssykehuset har ikke oppnådd styringskravet og ser behov for tettere oppfølging av registrering av pakkeforløp.

Vi får tilbakemelding fra NPR hver måned med oversikt over nye kreftpasienter som ikke er inkludert i pakkeforløp. Foretaket har bevisst valgt å ikke etterregistrere disse med pakkeforløpskoder.

Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)

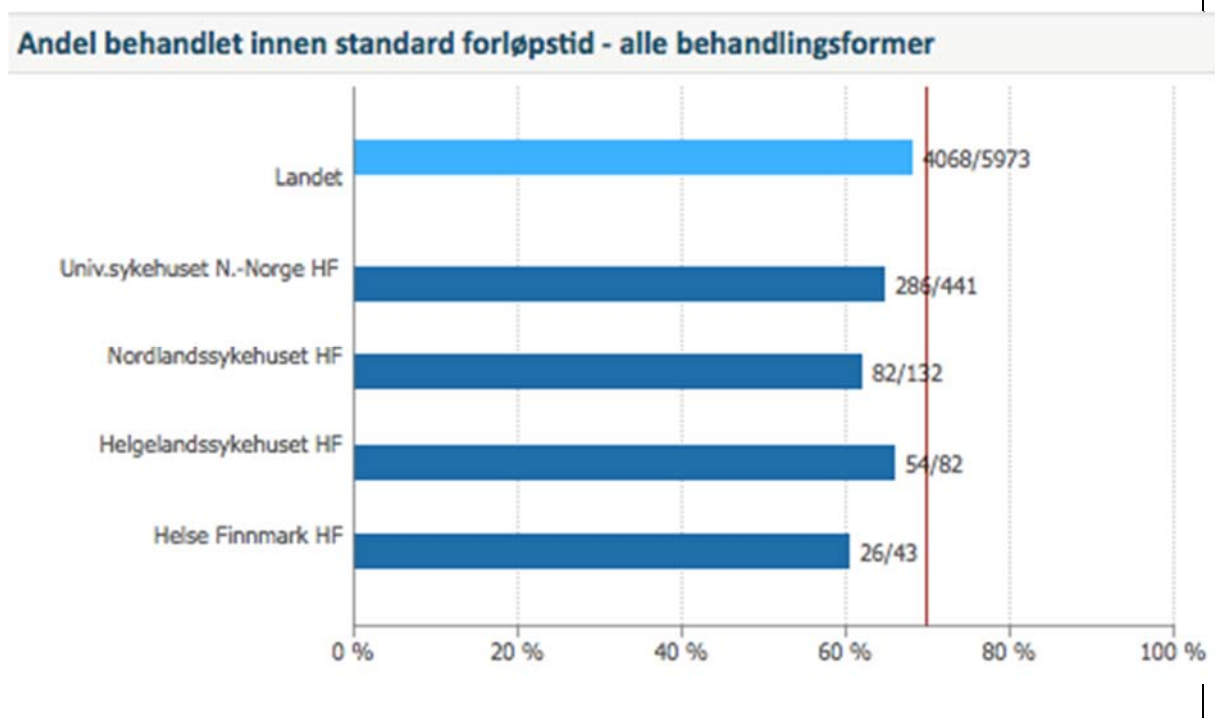


- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid var 62 % i første tertial, dette er en betydelig reduksjon fra 2015 hvor andelen for foretaket var 78 %. Vi tror noe av den lave andelen skyldes mangelfull registrering, og ser behov for tettere oppfølging av både rapportering og forløpstider.

I virksomhetsportalen kan vi følge pasientene inkludert i pakkeforløp, men etter HOS trinn 2 har vi i pakkeforløpsrapporter framstått som 4 sykehus. Dette ble rettet i virksomhetsportalen i slutten av april.

Vi forventer at både tettere oppfølging og enklere kontinuerlig tilgang via virksomhetsportalen vil øke andelen registrert til over styringskravet i løpet av andre tertial.



- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft). Mål minst 70 %

Andel kreftpasienter med lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft i pakkeforløp var 65 % i første tertial 2016.

Lungekreft: 87 % (33 av 38)

Brystkreft: 87 % (40 av 46)

Prostatakreft: 15 % (8 av 52). OBS – ikke alle pasienter med prostatakreft skal i pakkeforløp.

Tykk- og endetarmskreft: 85 % (33 av 39 pasienter)

For prostatakreft hadde vi i første tertial 2016 fortsatt ikke gode nok rutiner for registrering av pasienter i pakkeforløp. Kirurgisk ortopedisk klinikk har jobbet med rutiner for å bedre registreringen og vi forventer en betydelig forbedring i andre tertial 2016.

- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %

62 % av pasienter med i pakkeforløp for lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft startet behandling innen maksimal anbefalt forløpstid.

Lungekreft: 44 % (14 av 32)

Brystkreft: 67 % (29 av 43)

Prostatakreft: 14 % (1 av 7)

Tykk- og endetarmskreft: 84 % (26 av 31)

Pasienter som ved utredningsstart av lungekreft har utsikt til kurativ behandling, enten operativ eller konkominant kjemo-stråleterapi skal etter retningslinjer ha PET-CT⁵ i utredningsløpet. Disse pasientene må enten til Tromsø eller Oslo, og pasientene får oftest ikke time raskt nok til at de kan opereres innenfor standard forløpstid.

For brystkreft hadde 90 % av pasientene i 2015 startet behandling innen maksimal forløpstid. Vi vil sammen med brystdiagnostisk senter gjennomgå og kvalitetssikre registreringene for første tertial, slik at eventuelle feilregistreringer korrigeres og vi kan finne hvor forsinkelsen i brystkreftforløpet oppstår.

- Opprette helhetlig pasientforløp for sykelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.

Tilbudet innen sykelig overvekt har i første tertial hatt betydelig kapasitetsproblem. Antallet nyhenviste øker mer enn vi har klart å utrede, samtidig som opererte pasienter som skal følges opp tar en økende del av den polikliniske kapasiteten. Fra 2014 til 2015 økte antall pasienter som ble ferdig utredet. Det er variasjon mellom lokalsykehusene i regionen i hvilken grad pasientene er ferdig med «lokal-sykehus» utredningen før de henvises RSSO.

Vi har økt bemanningen på legesiden ved nyansettelse og vil endre organiseringen av tilbudet i forbindelse med omorganiseringen av Medisinsk klinikk. Økte legestillinger ble planlagt i begynnelsen av året, men med utlysningstid, oppsigelsestid hos gammel arbeidsgiver og ferieavvikling vil vedkommende ikke kunne bidra til reell kapasitetsøkning før etter sommerferien. Vi har en erfaren lis som tidligere har jobbet med RSSO pasienter, som har hatt permisjon. Vedkommende vil ha poliklinikk i sommer for å øke kapasiteten og vi planlegger for at vedkommende skal ha en lengre rotasjon ved RSSO.

Målet her er ikke nådd, men vi forventer en forbedring i andre tertial.

- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

⁵ PET CT = positron-emisjonstomografi computer tomografi. Avansert bildediagnostisk undersøkelsesmetode.

På foretaksnivå har fokuset vært de nasjonale kvalitetsindikatorene. Enkelte avdelinger har lokale mål for pasientopplevd kvalitet som de rapporterer på sine kvalitetstavler og benytter i eget forbedringsarbeid.

Vi avventer ferdigstillelse av PING⁶ prosjektet før vi starter foretaksovergripende arbeid med lokale mål for pasientopplevd kvalitet.

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Aktiviteten innenfor psykisk helse og rus er økt. Polikliniske konsultasjoner har økt fra 11 972 til 13 782 i VOP i 1.tertial, fra 8 592 til 9 842 i BUP. For rus ser vi en økning fra 626 til 1 128. Vi har en høyere økning i polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helse og rus enn i somatikken per 1.tertial.

I Nordlandssykehuset er kostnadsutviklingen noe lavere innenfor psykisk helse og rus enn for somatikk og vi ser 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. Dersom kostnadene justeres for rammereduksjon fra RHF, har det vært vekst.

3.1 Samhandling

Mål 2016

- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

Samhandlingsavdelingen har ved flere anledninger initiert fokus på tjenesteavtalene med henblikk på bedre kunnskap om disse i helseforetakets ulike miljø.

Foretaket har publisert tjenesteavtalene på intranett, de har vært drøftet i direktørens ledergruppe ved flere anledninger, og de har vært til behandling i foretakets styre. Vi ser likevel at tjenesteavtalene ikke er godt nok kjent blant alle våre ansatte, og vi jobber kontinuerlig med å øke kunnskapen. Dette gjør vi vet at ansatte i klinikkene deltar på erfaringsmøtene med kommunene, ved behandling av avviksmeldinger fra kommunene, vet at nøkkelpersoner fra klinikkene deltar ved revisjon av tjenesteavtalene og gjennom informasjon via styringslinjen.

⁶ PING = strukturert pasient tilbakemeldingssystem som er under utvikling i regi av UNN.

Vi har erfaringsmøter med kommunene 2 ganger i året, og i disse møtene blir tjenesteavtalen gjennomgått og drøftet.

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

Det er etablert gode rutiner mellom foretaket knyttet til avtalen som regulerer praksis for utskrivning av pasienter som er i behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Rutinen gjennomgås 2 ganger årlig med alle kommunene i erfaringsmøter. Avvik fra god praksis registreres og tas opp. Antall avvik er redusert og anses egentlig som få. Målet er nådd.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

Seksjon for prosesstøtte har planlagt, organisert og gjennomført opplæring i DIPS i forbindelse med HOS prosjektet. Øvrige pasientadministrative systemer (eks. Lab og røntgen systemer) er det klinikkene selv som foreløpig har ansvar for. I forbindelse med HOS trinn 2 i november 2015, ble det gjennomført obligatorisk opplæring for alle DIPS brukere i NLSH. Opplæringen omfattet kun endringer i forbindelse med HOS trinn2.

64 % av DIPS brukerne fullførte HOS eLæringskurs.

Ca. 30 % av brukerne signerte for fullført klasseromsundervisning, men i realiteten har mange flere gjennomført opplæringen. Koordinatorere for hver klinikk bekreftet at opplæring var gitt som planlagt og at tilnærmet alle i hver enhet hadde gjennomført klasseroms kurs. Superbrukerne ivaretok personer som ikke var på jobb og vikarer i etterkant dersom de ikke deltok på opplæring før konverteringen.

Per. 06.05.2016 har 15572 HOS kurs blitt fullført totalt i Campus. Øvrige DIPS kurs har lav gjennomføring, ettersom det ikke er satt noe krav til gjennomføring, samt at det mangler kvalitetssikring av kursene fra DIPS. Dette følges opp regionalt.

I en spørreundersøkelse sendt ut til brukere av DIPS i mai 2016, svarte 80 % at de hadde deltatt på undervisning i forbindelse med HOS trinn 2. 15 % svarte nei, og 5 % ble ansatt etter 16.november.

Årsaken til at ikke alle har gjennomført kurs er flere:

- Fravær (permisjon, sykdom eller ferie) ved planlagt opplæring

- Manglende tid/uforutsette hendelser som gjorde at det ble vanskelig å delta
- Passet ikke inn i turnus (eks. personer som kun jobber natt)
- En del vikarer hadde ikke fått tilbudet

Selv om en stor andel DIPS brukere gjennomførte opplæring før HOS trinn 2, var det utfordrende å lykkes med opplæringen bl.a. fordi:

- *Nye regionale prosedyrer forutsatte en DIPS-bruk/kunnskapsnivå i sykehuset som innen en del områder ikke samsvarte med status i foretaket.*
- *Variierende kunnskap om hva som var riktig praksis før sammenslåing og dermed ulik forutsetning til å ta til seg nye endringer.*
- *Variierende forståelse av behovet for å endre arbeidsmetoder.*
- *Systemet var brukt svært forskjellig i ulike deler av sykehuset, og tilpasset ulike behov. Ved sammenslåing ble ikke alle behovene møtt, og for enkelte ble det vanskelig å følge nye prosedyrer/arbeidsmåter.*

Opplæringskoordinator i HOS prosjektet er nå ansatt i fast stilling for å utvikle og koordinere opplæringsprogram for bruk av DIPS i sykehuset. Obligatoriske grunnkurs for nyansatte og vikarer i alle faggrupper utvikles i samarbeid med klinikkene, og kurs for "kontor" og "sykepleiere på post" er påbegynt.

Foretaksspesifikke mål 2016

Nordlandssykehuset

- I samarbeid med Helse Nord RHF løfte eksisterende ASJ-løsning over på ny plattform innen 1/7 2016 og delta som superbruker i videre utrulling av løsningen til UNN, HSYK og FIN høsten 2016.

Overflytting av ASJ på ny plattform, for så å bli videre utrullet i de øvrige foretak i Helse Nord går så godt som planlagt. Prosjektet er blitt noe mer ressurskrevende for klinikere enn først antatt, da noen av avklaringene krever beslutninger på overordnet nivå. Prosjektet har satt arbeids- og tidsplan til gul, det vil si prosjektet har elementer som kan ha negativ effekt men mener at prosjektet kan håndtere dette. Hvorvidt dette vil medføre forsinkelser i forhold til utrulling i de øvrige foretak er p.t. usikkert. Pr i dag er vi usikker på hvor stort dette arbeidet vil vise seg å blir, men tror at ferdigstilling til 01.07.16 er urealistisk.

4.2 Smittevern

Mål 2016

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

Ved innrapportering for 2. tertial 2015 (siste rapportering) var resultatet for NLSH HF som følger:

Bodø

Keisersnitt - andel fullstendig oppfulgt: 93,9% (3 personer av totalt 49 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Hofte hemiprotese - andel fullstendig oppfulgt: 92,3 % (2 personer av totalt 26 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Hofte totalprotese - andel fullstendig oppfulgt: 95,5 % (1 person av totalt 22 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Kolecystektomi - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 19 oppfulgte)

Kolonkirurgi - andel fullstendig oppfulgt: 95,0 % (2 personer av totalt 40 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Lofoten

Hofte hemiprotese - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 2 oppfulgte)

Hofte totalprotese - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 5 oppfulgte)

Kolecystektomi - andel fullstendig oppfulgt: 80 % (1 person av totalt 5 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Kolonkirurgi - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 1 oppfulgt)

Vesterålen

Keisersnitt - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 28 oppfulgte)

Hofte hemiprotese - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 6 oppfulgte)

Hofte totalprotese - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 15 oppfulgte)

Kolecystektomi - andel fullstendig oppfulgt: 93,3 % (1 person av totalt 15 oppfulgte har ikke svart på brev eller purringer pr. brev/telefon)

Kolonkirurgi - andel fullstendig oppfulgt: 100 % (totalt 1 oppfulgt)

Rapportering og kommentarer vil bli sendt Helse Nord RHF når resultat for første tertial 2016 foreligger (innleveringsfrist 1. juni).

5 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2016:

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT (arbeidsplanverktøy) og DIPS.

Tre klinikker har i dag arbeidsplaner for leger med minimum 6 måneders planleggingshorisont. De andre klinikkene har rullerende planer som også viser arbeidstiden langt fram i tid, men som ikke tar nødvendige hensyn til aktivitetssvingninger. Det jobbes kontinuerlig med disse klinikkene.

Integrasjon mellom GAT og DIPS kan tas i bruk når opplysningene i GAT er korrekte, som forutsetter oppdaterte planer i GAT der en gjør daglig ajourhold. Det er forskjeller mellom klinikkene i denne sammenheng. Det vurderes igangsatt en pilot med en av klinikkene der 6 måneders planleggingshorisont skal være et minimum.

- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

I mars 2016 gjennomførte foretaket kartlegging av kompetansebehov, herunder behov for videreutdanning hos enkeltansatte. Handlingsplan for videreutdanning ble ferdigstilt i april. Iverksetting av videreutdanninger og annen kompetanseaktivitet starter fra høsten av. Videre-/masterutdanning for sykepleiere (ABIOK) har ferdigstilte planer i henhold til opptak ved universiteter, i år innen 1. juni. Annen typer interne utdanninger basert på de viktigste prioriterte fagområder ut fra kompetansebehov som foretaket har, hadde ferdigstilte planer midten av mai.

Foretaket har god oversikt over utdanningskapasitet ved de ulike universiteter i vår region gjennom faste møter 2 - 3 ganger i året, samt kontinuerlig kontakt med fakultetsledelse ved behov.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

Nordlandssykehuset deltar i Helse Nords Forvaltningsforum for medarbeiderundersøkelsen, MU. Forumet har regelmessige møter for å utvikle MU-konseptet og forberede og koordinere gjennomføring av MU høsten 2016. Nordlandssykehuset planlegger å gjennomføre sin kartlegging i ukene 44-46.

- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

Nordlandssykehuset har deltatt i det regionale «Prosjektet med å identifisere områder for regionalt koordinert ferieavvikling». Som del av dette ble ferieavviklingen i 2015 evaluert. Evalueringen viste at ferieavviklingen i Nordlandssykehuset HF fungerer bra og videreføres hovedsakelig lokalt. Ferieavvikling løses i hovedsak ved hjelp av eget personell og noe vikarinneleie. Likeledes videreføres allerede etablerte ordninger Kirurgisk ortopedisk klinikk, Diagnostisk klinikk og Kvinne barn klinikken har med UNN og St. Olav. Målet anses som nådd.

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

Følgende tiltak for reduksjon av sykefravær er under gjennomføring, jamfør vedtatt strategisk plan for IA-arbeid med tilhørende tiltak som er integrert i HMS/IA-handlingsplanen for 2015-2016:

Forankring, gode rutiner, samhandling og kompetansebygging

- 1. Opplæring for ledere, verneombud og tillitsvalgte*
- 2. Prosess i personalgruppene; basert på metode for å utvikle nærværskultur*
- 3. Omstillingsarbeid; utvikle og følge gode prosedyrer for omstilling med bistand fra HR omstillingsteam*
- 4. Fraværsmelding; god oversikt over sykefravær*
- 5. Fokus på enheter med høyt fravær; hjelp fra HR og bedriftshelsetjenesten til utvalgte enheter*

Utvikle helsefremmende arbeidsplasser

- 6. Medarbeiderundersøkelsen brukes målrettet; lokalt forbedringsarbeid basert på tiltak relatert til funn etter kartlegging av arbeidsmiljø*

Forebyggende arbeid

- 7. HMS-system/HMS-arbeid; oppdatering av HMS-systemet*
- 8. Seniorpolitikk; egne tiltak utledet av vedtatt seniorpolitikk*
- 9. iBedrift; eget konsept som gjennomføres i utvalgte enheter i nært samarbeid med NAV*

Reagerende arbeid

- 10. Oppfølging av ansatte med langtidsfravær*
- 11. AKAN; opplæring av ledere og verneombud/tillitsvalgte (VO/TV)*
- 12. Konflikthåndtering, herunder mobbing og trakassering; opplæring av ledere og VO/TV til å kunne håndtere konflikter bedre i en tidlig fase*

Akkumulert sykefravær for 1. tertial er på 9,2 %. Sesonginfluensa og omfattende og langvarig arbeid med omstilling kan være årsak til at sykefraværet siste halvår har vist merkbar økning. Fraværet for april måned er per nå registrert til 8,5 %. Målet er ikke nådd.

6 Styringsparametere 2016

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

7 Oppfølging og rapportering

Der er kun offisielle NPR data som er grunnlag for rapportering, og der det er mulig kan NPR data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Andre nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

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

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

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

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

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

8 Sak til HF styrebehandling

- Tertilvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

1. Ingen korridorpasienter

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangbodddhet. Foretaket har i første tertial hatt 458 korridorpasienter, de fleste i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken. Dette er på samme nivå som første tertial 2015 (436 korridorpasienter).

For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

- Øke andelen 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. Rituell omskjæring av gutter

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

