



Styresak 042-2018

Tertialrapport 1-2018 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen m.fl.
Dato dok: 29.05.2018
Møtedato: 05.06.2018
Vår ref: 2018/1170

Vedlegg (t): Tertialrapport 1-2018 Nordlandssykehuset HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 1. tertial 2018 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2018 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

Ventetid og fristbrudd

Nordlandssykehuset har pr første tertial 2018 ikke oppnådd Oppdragsdokumentets krav om lavere ventetid for avviklede pasienter sammenlignet med 2017. Med unntak med Medisinsk klinikk som har hatt reduksjon i sine ventetider, har ventetidene i øvrige klinikker økt. Dette til tross for økt poliklinisk aktivitet i perioden. Ventetid for ventende er på samme nivå som i 2017. Utviklingen i ventetider er jevnlig tema i direktørens fellesmøter med klinikk sjefenes ledergrupper, i tillegg til at dette er tema i oppfølgingsmøtene med den enkelte klinikk. Foretaket arbeider videre med reduksjon i ventetid både for pasienter som er ventende og i pasientforløp.

Foretaket har siden 2015 arbeidet aktivt med reduksjon i fristbrudd og har redusert andelen fristbrudd for avviklede pasienter fra 15 % i 2015 til 2,3 % pr 1. tertial 2018. Dette tilsvarer samme nivå som i 2017. Andel fristbrudd for ventende pasienter utgjør 1 %.

Kreftpakkeforløp

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid for foretaket samlet er innenfor kravet på 70 % pr 1. tertial. Også andel nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp er overstyringskravet på 70%.

Bredspektret antibiotika

Nordlandssykehuset har redusert bruken av bredspektret antibiotika i foretaket med 18 % siden 2012 og dette er noe under kravet på 20 %. Foretaket har som målsetning å redusere bruken av bredspektrede antibiotika med minst 30 % i perioden 2012-2020. I det videre arbeidet med oppfyllelse av målsetningen legges foretakets antibiotikastyringsprogram og anbefalingene fra internrevisjon «Antibiotikabruk i Helse Nord» til grunn, jf styresak 033-2018 *Orienteringssak – Internrevisjonsrapport 09/2017 Antibiotikabruk i Helse Nord – oppsummering*.

Den gyldne regel

Helse Nord har på regionnivå krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet. Det har i Nordlandssykehuset vært økning i ventetider både innenfor somatikk og psykisk helse og rus, men ventetidene i psykisk helse og rus er fremdeles lavere enn i somatikk. Kostnadsutviklingen 1. tertial 2018 har vært høyere i psykisk helse og rus enn i somatikk med en økning på 25 % innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 7 % innenfor psykisk helse, mens det innenfor somatikk har vært en kostnadsutvikling på + 5 % (eksklusiv kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon). Det har vært økning i aktivitet både innenfor somatikk og psykisk helse og rus i 1. tertial, men veksten har vært noe høyere innenfor somatikk. «Den gyldne regel» vurderes i hovedsak oppfylt i Nordlandssykehuset pr 1. tertial 2018.

Bruk av tvang

Andel tvangsinnleggelse er redusert i 1. tertial 2018 sammenlignet med samme periode i 2017, mens andel pasienter med tvangstiltak i form av medisinerer under tvang har økt. Økningen er i tråd med våre forventninger etter at endring i Lov om psykisk helsevern trådte i kraft 1. september 2017.

Pasientsikkerhetsarbeidet

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er i hovedsak innført i Nordlandssykehuset. I gjeldende periode jobbes det særlig med organisering av den foretaksovergrepene opplæringen i ProAct (tidlig oppdagelse). I tillegg er det fokus på tidlig oppdagelse av sepsis, som blir innført ved lokasjonene i Vesterålen og Lofoten våren 2018. Målinger viser at alle lokasjoner har gode resultater på «tid til antibiotika». Målinger av kateterbruk (UVI) inngår som fast element i foretakets smittevernvisitter. Samstemming av legemiddellister er nært knyttet opp mot regionalt arbeid med prosedyrer og mot elektronisk kurve. Det foretaksovergrepene arbeidet med innføring av den nasjonale tiltakspakken for «forebygging av underernæring» avventes inntil videre, men det arbeides med ernæring på andre arenaer. Den generelle bevisstheten rundt ernæring er økende i Nordlandssykehuset.

Sykefravær

Sykefraværet de siste 12 måneder var ved utgangen av mars 2018 8,5 %, og dette er 1 prosentpoeng under måltallet på 7,5 %. Tre av klinikkene ligger under måltallet, to klinikker svært nær måltallet (avvik på 0,5 prosentpoeng). Pr utgangen av 1. tertial er det en av klinikkene og to av stabsavdelingene som har mer enn 10 % sykefravær. Årsakene til sykefraværet i foretaket er sammensatte. Rapporten redegjør for de tiltak som er iverksatt for reduksjon i sykefravær.

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 030-2018 Driftsrapport april 2018 for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 1. tertial.

Tertialrapport 1.tertial 2018 for Nordlandssykehuset HF

Innhold

Innledning	3
Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	4
1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
2. Somatikk.....	6
3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8
4. Samhandling med kommuner.....	9
5. Kvalitetsutvikling.....	10
6. Pasientsikkerhet.....	10
7. Smittevern.....	11
8. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	12
Innfri økonomiske mål i perioden	17
9. Anskaffelsesområdet.....	17
Særlige krav til regionale fellesfunksjoner.....	20

Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

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. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	Administrativt utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 Styrebehandlet Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 6. februar 2019. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

Helsedirektoratet sin ventelistedata (https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf#månedlig-ventelistedata) er ikke oppdatert med 1. tertial 2018, så tallene er hentet fra Helse Nord sin virksomhetsportal.

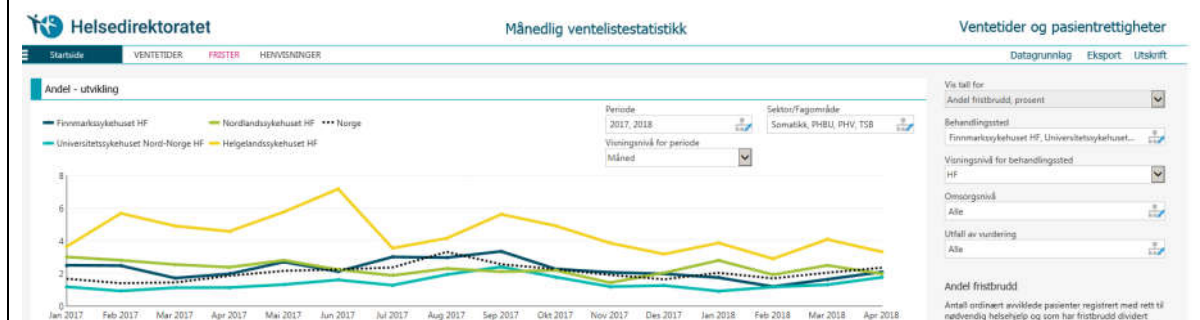


Nordlandssykehuset har for første tertial 2018 ikke oppnådd lavere ventetid enn første tertial 2017. Administrerende direktør har jevnlig gjennomgang av utvikling på ventetid i sine fellesmøter med klinikkjefenes ledergruppe i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøte med den enkelte klinikk. Foretaket vil arbeide videre med reduksjon i ventetid både for ventende og i pasientforløp.

2. Ikke ha fristbrudd.

Nordlandssykehuset har ikke nådd styringskravet om null fristbrudd.

I begynnelsen av 2015 hadde vi en andel på nesten 15 % og vi har siden da jobbet målrettet med ulike tiltak for å redusere andel fristbrudd. Både i 2017 og samlet for 1.tertial 2018 var andel fristbrudd blant avviklede 2,3 %. For månedene i første tertial har andel fristbrudd variert mellom 1,9 % og 2,8 %. Administrerende direktør har jevnlig gjennomgang av utvikling på ventetid i sine fellesmøter med klinikkjefenes ledergruppe i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøte med den enkelte klinikk. Foretaket vil arbeide videre med reduksjon i andel fristbrudd både for ventende og avviklede.



3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017¹.

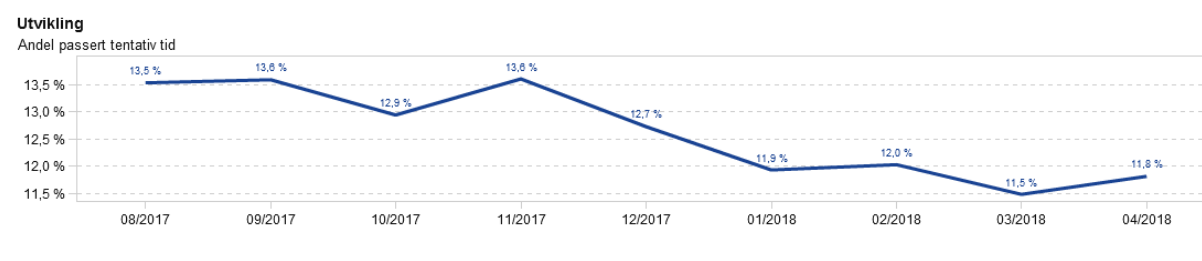
Oversikten over tjenester som det skal rapporteres median tid på tjenestestart 2018 sammenliknet med 2017 inneholder mer enn 100 tjenester. Vi har ingen rapporter eller automatisert datauttrekk som kan hjelpe oss framstille disse data.

Vi har ikke hatt kapasitet til å gjøre det aktuelle datauttrekket manuelt for 2017 og 2018, for deretter sammenstille det.

Dersom andre foretak har funnet en god måte å løse dette på er vi takknemlig for tilbakemelding.

4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Nordlandssykehuset har redusert andel kontakter med passert tentativ tid, og foretaket vil arbeide videre for ytterligere reduksjon. For det videre arbeidet vil det være fornuftig at vi får en felles regional eller nasjonal definisjon for hvordan registrere tentativ tid.



5. Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske 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) og aktivitet (polikliniske opphold).²

Ventetidene innenfor psykisk helse og rus har økt noe sammenliknet med 1. tertial 2017 (51 til 59 dager), men er lavere enn ventetidene for foretaket samlet (67 dager). Ventetid for ventende har også økt noe (41 til 47 dager), men også denne er lavere enn for foretaket samlet (53 dager). Kostnadsutviklingen 1. tertial 2018 har vært høyere i psykisk helse og rus enn i somatikk med en økning på 25 % innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 7 % innenfor psykisk helse, mens det innenfor somatikk har vært en kostnadsutvikling på + 5 % (eksklusiv kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon). Det har vært økning i aktivitet både innenfor somatikk og psykisk helse og rus i 1. tertial, men veksten har vært noe høyere innenfor somatikk.

¹ Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20asientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

6. Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.

Nordlandssykehuset har via fagsjefmøte gitt tilbakemelding om utfordringer knyttet til kontaktlegeordningen og registrering.

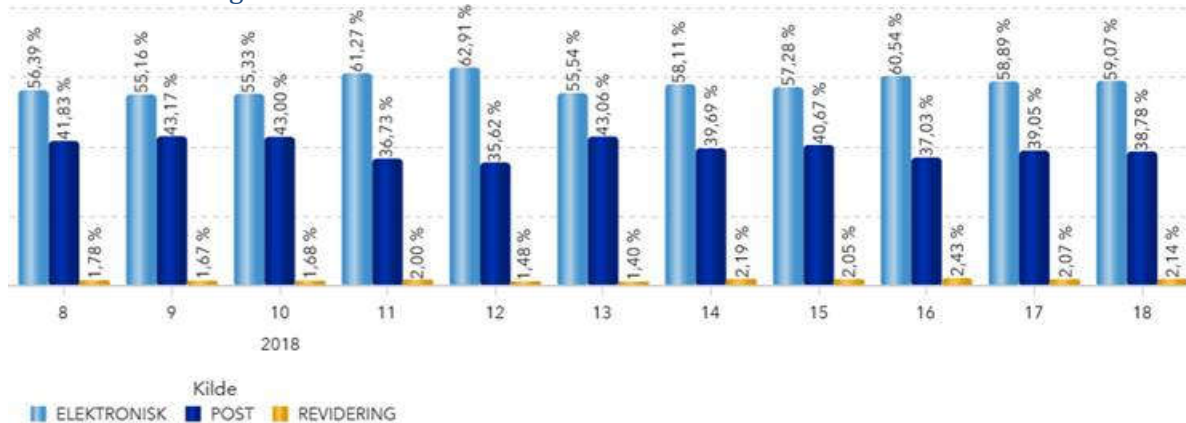
Når rapporten kjøres slik som beskrevet i PR 45657 kommer hver NPR-id opp flere ganger, slik at antallet med registrert kontaktlege fremstår høyere enn reelt. For foretaket har vi 2734 rader med registrert kontaktlege i aktuell rapport (D-10661), men det reelle antallet pasienter med registrert kontaktlege er lavere.

Det er kreftavdelingen som har det høyeste antallet med registrering knyttet til kontaktlege.

7. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.

Pasientreisekontoret i Nordlandssykehuset informerer pasienter som vi er i kontakt med på telefon at det er mulig å sende inn reiseregning digitalt på helsenorge.no.

Andel innsendt digitalt for Helse Nord:



Samlet sett for regionen er målet på 55 % oppnådd.

2. Somatikk

1. Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Bodø:

Totalt 31 pasienter, 7 av disse (23 %) har fått trombolysbehandling i Bodø.

Team slagalarm i Bodø har igjen økt sin aktivitet for å strømlinjeforme forløpet fra varslings AMK til initiering av trombolysbehandling på CT-laboratoriet, har hatt flere møter og planlegger regelmessige teamøvelser utover våren.

Lofoten:

Totalt 9 pasienter, 3 av disse (33 %) har fått trombolysbehandling i Lofoten.

Vesterålen:

Totalt 4 pasienter, 2 av disse (50 %) har fått trombolysbehandling i Vesterålen.

Samlet: 44 slagpasienter, 12 av disse har fått trombolysbehandling (27 %).

2. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombololysebehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Bodø:

Median dør-til-nål-tid ved hjerneinfarkt er 26 minutter. Intensivert innsats knyttet til Team slagalarm forventes å bidra til at denne tiden går ytterligere ned i løpet av året.

Lofoten:

1 av 3 (33 %) fikk trombololyse.

Vesterålen:

0 av 4 (0 %) fikk trombololyse.

Totalt i Lofoten og Vesterålen fikk 1 av 7 pasienter trombololysebehandling, dette tilsvarer 14,3 %.

3. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Andelen pasienter med hjemmedialyse er ytterligere redusert fra utgangen av 2017. Disse variasjonene i tallene kommer som følge av naturlige svingninger i pasientgrunnlaget, med at dialysemodalitet endres, pasienter transplanteres eller at pasienter dør. I Nordland er den totale prosentandelen for pasienter i hjemmedialyse 22,3 %. For Nordlandssykehusets HF er prosentandelen 20,7 %.

Det er kontinuerlig fokus på at man skal tenke hjemmedialyse på alle pasienter som starter opp i dialyse. Rett pasient til rett dialysemodalitet. Dialysen har etablert en egen arbeidsgruppe som arbeider med hjemmehemodialyse. I februar 2018 startet første pasient med hjemmehemodialyse etter endt opplæring.

4. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

Pakkeforløp for kreft 01.01.18-31.03.18, det vil si både start pakkeforløp og start behandling i denne perioden. De som startet pakkeforløp før 01.01.18 og fikk behandling i løpet av første kvartal er ikke med her.

Åpne rubrikker = ingen data

Ikke sikkert alle pakkeforløpskoder fra denne perioden er registrert. SKSD er i en prosess med ny ordning for forløpssekretærer. Det er sannsynligvis etterslep i registreringen.

Det sykehus som registrerer ICD-10-koden først står som eier, selv om behandlingen er på et annet sykehus.

Statistikken har ikke med deltider (for eksempel start pakkeforløp til start utredning, start utredning til klinisk beslutning, klinisk beslutning til start behandling), men det er tatt med hele forløpet fra start pakkeforløp til start behandling. Det kan være delperioder som trekker ned og andre som trekker opp.

OF4K - Kirurgisk, tid fra start pakkeforløp til start kirurgisk behandling.

OF4M - Medikamentell, tid fra start pakkeforløp til start medikamentell behandling.

OF4S - Strålebehandling, tid fra start pakkeforløp til start strålebehandling.

Pakkeforløp:	OF4K-Kir %	OF4M-Med %	OF4S-Stråle %
Alle NLSH	77(57/74)	75(33/44)	70(7/10)
Ak leukemi			
Blære	50(1/2)		
Bryst	90(26/29)	83(5/6)	
Bukspyttkjertel		67(2/3)	
Eggstokk	0(0/1)		
Føflekk			
Gallevei			100(1/1)
Hjerne			
Hode/hals			50(1/2)
Barn			
Spiserør/magesekk	100(1/1)		100(1/1)
KLL			
Livmorhals			
Livmor	100(1/1)		
Lunge	57(4/7)	83(10/12)	100(2/2)
Lymfomer		67(2/3)	0(0/1)
Myelomatose		100(3/3)	
Nevroendokrine			
Nyre	33(1/3)	0(0/1)	
Penis			
Primær lever (HCC)	0(0/1)		
Prostata	67(6/9)	71(10/14)	
Sarcom			
Skjoldbruskkjertel			
Testikkel	100(1/1)		
Tykk/endetarm	89(16/18)	50(1/2)	67(2/3)

Årsaker ved manglende måloppnåelse:

Svikt registrering/flaskehals: MR, CT-veiledet biopsier, PET, patologisvar, operasjonskapasitet, strålekapasitet.

3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.

Nordlandssykehuset har en nedgang i antall og andel tvangsinnleggelser for perioden 1.tertial-17 til 1.tertial-18. Endringer i Lov om Psykisk helsevern trådte i kraft 01.09.17. Lovendringene har gitt færre tvangsinnleggelser men flere tvangstiltak i form av medisinerings under tvang. Dette er i tråd med våre forventninger om utviklingen etter lovendringen.

Antall og andel pr 1000 tvangsinnleggelser i første tertial, for voksne

2017: 84 / 0,77 (antall voksne anslått til 109 600 pr 1.1.2017 for opptaksområdet NLSH)

2018: 80 / 0,73 (antall voksne anslått til 110 000 pr 1.1.2018 for opptaksområdet NLSH)

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

De tiltakene vi har iverksatt er eget inntaksteam hvor to ansatte som har i oppgave å følge opp kommende pasienter pr telefon eller inntakssamtale før innleggelsen. De jobber turnus og kan da nå pasientene våre på kveld og helg. Mange pasienter 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 forsamtale mm. I tillegg har vi implementert tiltak fra det nasjonale drop out-prosjektet (risikofaktorer). Vi har også en politikk på at de ikke mister plassen hvis de ikke klarer å møte på rett dag, men at vi gir de flere sjanser til å klare å møte til innleggelse. Dette kan gi noe reduksjon i liggedøgn, men vi mener vi har økt oppmøte på grunn av dette, og at det er bedre pasientbehandling spesifikt for den gruppen vi jobber med.

I tillegg har vi fått egen «pasienttelefon», hvor vi kan gi pasientene et telefonnummer slik at de kan sende SMS eller ringe enhetsleder eller inntaksteam i eller utenom arbeidstid.

Tall 1. tertial 2018:

Av 36 planlagte innleggelser er

- Ikke møtt: 1 pasient - 2,7 %
- Avbrutt behandling: 7 pasienter - 19,4 %
- Sammenlagt er drop-out for første tertial 2018 på 22,2 %

Til sammenlikning var tallet 33,9 % ved første tertial 2017 og det har dermed vært en nedgang på ca. 12% sammenlignet med 1. tertial 2017. Sammenlignet med 2017 er det fortsatt nedgang fra 27 % (totalt 2017) til 22,2 % nå i 1.tertial 2018.

4. Samhandling med kommuner

Krav for 2018

1. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
 - Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.

Det er ikke utarbeidet en plan for dette oppdraget. Klinikken er i prosess med avklaring for de ulike fagområder der det kan være relevant å etablere konsultasjonssamarbeid med kommunehelsetjenesten til det beste for pasienten.

Det planlegges å konkret komme i gang med et slikt tilbud etter sommeren 2018.

4.1 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

Krav for 2018

1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

Det er utarbeidet samarbeidsavtaler med private avtalespesialister innen ulike fag, herunder psykologspesialister. Avtalene er i hovedsak underskrevet og i virke. Hver spesialist har en kontaktperson innen sin spesialitet som kan være veileder.

5. Kvalitetsutvikling

Krav for 2018

1. Ikke ha korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangboddhet. Foretaket har i 2017 hatt 770 korridorpasienter.

Første tertial 2018 har vi hatt 63 korridorpasienter, hvorav 58 i Bodø. I 1.tertial har 50 av korridorpasientene vært i kirurgisk ortopedisk klinikk.

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.

6. Pasientsikkerhet

Krav for 2018

1. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.

De fleste tiltakene i tiltakspakkene inngår som en del av sengepostenes aktivitet. Det jobbes systematisk med å få på plass organisasjonstilpasninger som vil øke sannsynligheten for at tiltakene kan inngå i ordinær drift. Nordlandssykehuset har utviklet et sett med konkrete indikatorer som spesifiserer graden av innføring av de ulike tiltakspakkene, og som brukes til å rapportering. I gjeldende periode jobbes det særlig med organisering av den foretaksovergripende opplæringen i ProAct (tidlig oppdagelse). I tillegg er det fokus på sepsis, som blir innført ved lokasjonene i Vesterålen og Lofoten våren 2018. Målinger viser at alle lokasjoner har gode resultater på «tid til antibiotika». Målinger av kateterbruk (UVI) inngår som fast element i foretakets smittevernvisitter. Samstemming av legemiddellister er nært knyttet opp mot regionalt arbeid med prosedyrer og mot elektronisk kurve. Det jobbes nå for å gjøre kjent nye rutiner på alle nivå i foretaket. Det faste vårseminaret for foretakets 16 samstemmingsteam ble avholdt i april.

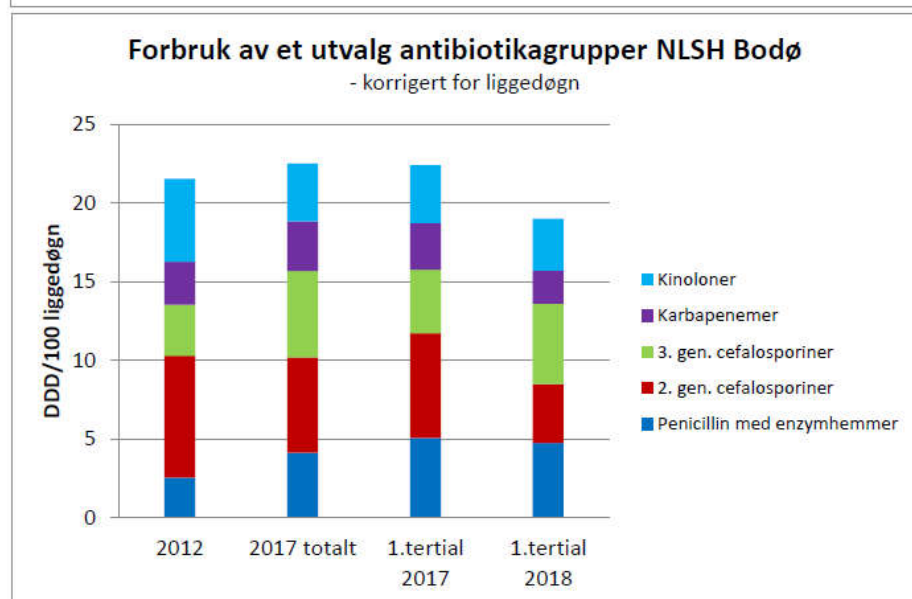
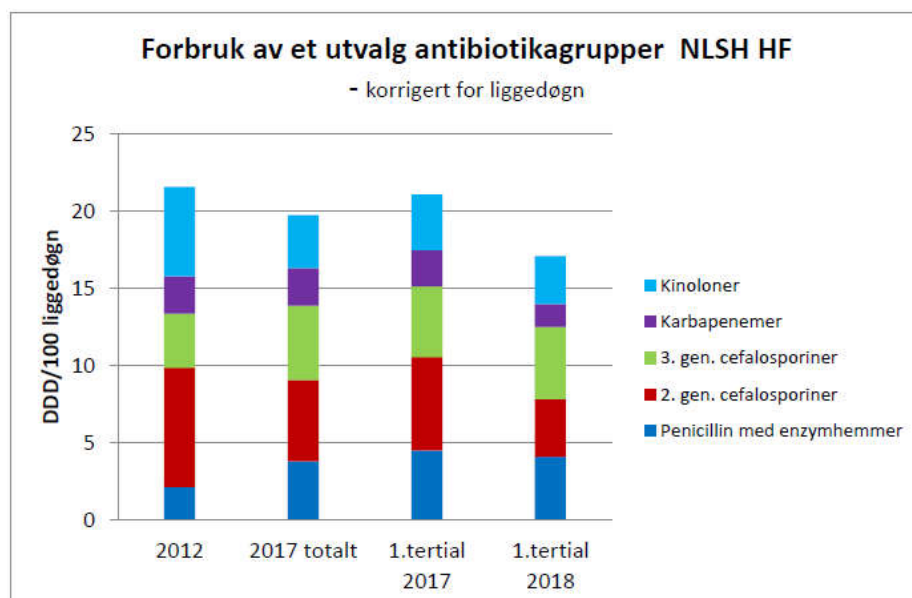
Det foretaksovergripende arbeidet med innføring av «forebygging av ernæring» er inntil videre stoppet opp. Det jobbes likevel med ernæring på andre arenaer. Screening gjøres gjennom Trygg pleie skjema i DIPS, og KEF har inntrykk av at den generelle bevisstheten rundt ernæring er økende i Nordlandssykehuset.

7. Smittevern

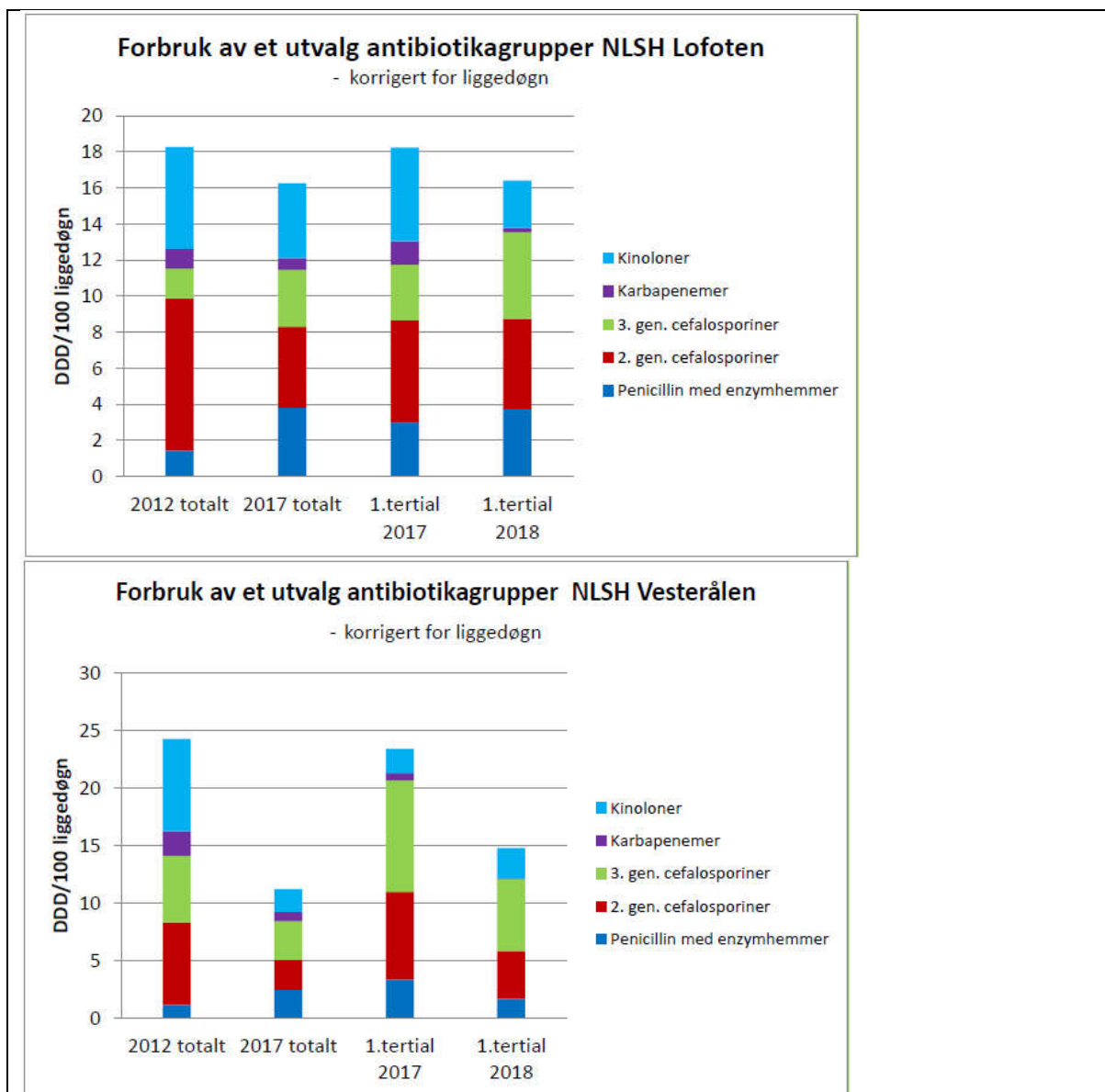
Krav for 2018

1. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.³

Tall for første tertial 2018 viser en reduksjon i bredspektret antibiotikabruk ved alle tre sykehus i NLSH HF, henholdsvis 15 % for Bodø, 10 % i Lofoten og 36 % i Vesterålen. Totalt 18 % reduksjon i NLSH HF.



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



- Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

På vegne av foretaket gjennomføres det kontinuerlig insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet etter utvalgte NOMESCO-koder. Smittevernoverlege utarbeider tertialvise rapporter til ledelsen. Siste tertialrapport inneholder data for 2017.

Data samles inn etterskuddsvis så data for 1. tertial 2018 vil ikke være ferdig før 1. september.

8. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring

innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

8.1 Sikre gode arbeidsforhold

Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.

Spekter og Norsk Sykepleierforbund har inngått avtale som innebærer gode løsninger for arbeidstidsplanlegging. Avtalen muliggjør økning i heltidsandelen. Avtalen omfatter blant annet

- Veileder og rammeavtale om inngåelse av kalenderplan. Etablering av kalenderplaner muliggjør bedre og mer forutsigbar ressursstyring og vil kunne bidra til å redusere andelen deltid
- Veileder og rammeavtale for bruk av tidsbank
- Anbefalinger for etablering av bemanningsenhet i helseforetak

Tiltaksplan

- Etablere bemanningscenter der det tilbys 100 % stilling
 - Det foregår pr tiden et arbeid i samarbeid med NSF der vi utreder grunnlaget for å starte et bemanningscenter
 - Saken skal til behandling i direktørens ledergruppe/klinikksjefmøte senest uke 25
 - Utlysning av stilling som leder for bemanningscenter skal gjøres innen 1. juli
 - Før utgangen av året skal det være gjort tilsetninger av sykepleiere/pleiepersonell i bemanningscenteret
 - Innen utgangen av året skal minimum 75 % av alle sykepleierstillinger utlyses som 100 % stillinger, som kombinasjonsstillinger der klinikkene ikke kan tilby hel stilling
- Inngå nødvendige avtaler med lokale tillitsvalgte for å etablere kalenderplaner
 - Innkalle NSF til planleggingsmøte medio juni
- Opplæring til ledere i kalenderplanlegging
 - Gjennomføres fra og med oktober 2018
- Revidere retningslinjer for deltid. Følge opp/informere om retten til økt stillingsbrøk pga. ekstravakter iht. arbeidsmiljølovens bestemmelser
 - Arbeidet med å revidere retningslinjene skal starte primo september
 - Opplæring gjennomføres i oktober og november

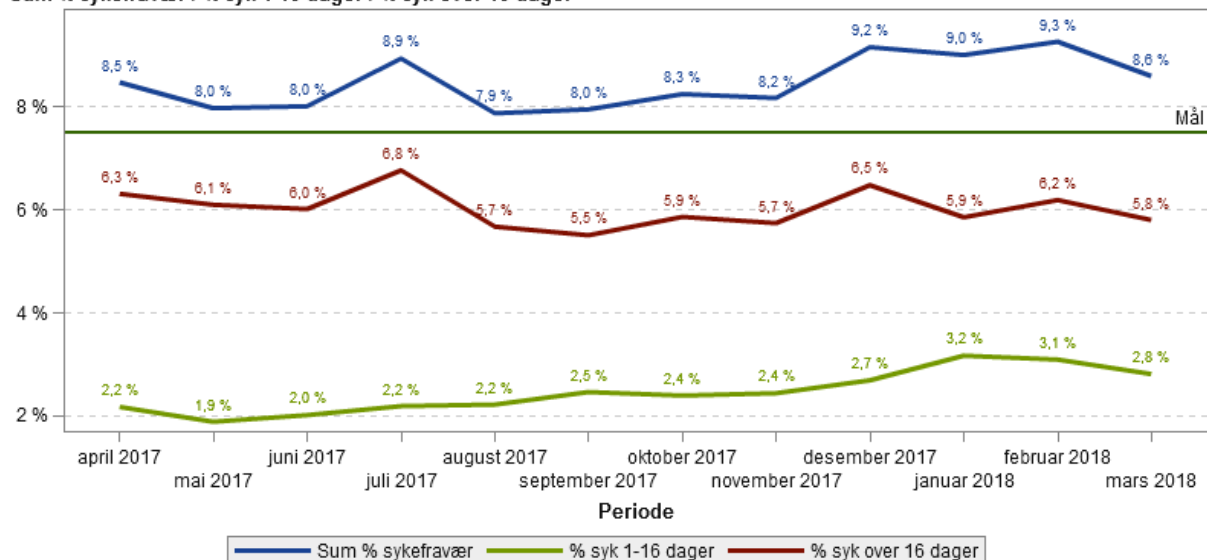
2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

Sykefravær - IA-arbeid

Det akkumulerte sykefraværet for NLSH i perioden april 2017 til mars 2018 var på 8,5 %, med laveste fraværsprosent på 7,9 % i august 2017 og høyest med 9,3 % i februar 2018. I første tertial 2018 har fraværet vært på henholdsvis 9 %, 9,3 % og 8,6 %. Tallene for april er ikke klare enda. Måltallet på 7,5 % eller lavere er ikke oppnådd. For inneværende år er det også satt et mål om at korttidsfraværet ikke skal være høyere enn 2 %. For de første tre månedene i 2018 er korttidsfraværet i NLSH på 3 %.

Sykefravær NLSH april 2017 – mars 2018

Sum % sykefravær / % syk 1-16 dager / % syk over 16 dager



Sykefraværet i perioden april 2017 til mars 2018 på 8,5 % tilsvarer 57 781 sykedager. Dette er 1 prosentpoeng over måltallet på 7,5 % og utgjør ca. 6 600 fraværsdager mer enn målet.

Klinikkene Hode og Bevegelse, Kirurgisk-Ortopedisk og Medisin ligger under måltallet. Kvinne-Barn klinikken samt Diagnostisk klinikk ligger kun ½ prosentpoeng over måltallet. Det er bare Prehospital klinikk samt stabsavdelingene Senter for klinisk støtte og dokumentasjon og Kvalitet og e-Helse som ligger over 10 % sykefravær.

Årsaker/Diagnoser

Årsakssammenhenger for langtidssykemeldte følger stort sett de nasjonale grupperingene i kategorier for muskel og skjelett og lettere psykiske lidelser. Vi har også sykefravær som har bakgrunn i private forhold og noe fravær med bakgrunn i konflikter på arbeidstedet. Tre-delt turnus er krevende, og noen av de langtidssykemeldte sliter med å gå natt. Dette gjelder spesielt dem som får/utvikler kroniske lidelser.

Vi har ikke god nok oversikt over hvor stor andel av sykefraværet som er arbeidsrelatert, men for 2018 er det en ambisjon om mer systematisk innhenting av informasjon om dette.

Tiltaksarbeidet

Siden IA-strategien ble vedtatt i 2015 og egne tiltaksplaner for forebyggende, helsefremmende og reagerende arbeid ble innført, har det vært jobbet systematisk og godt på de aller fleste områdene. Å oppnå resultater i arbeidsmiljøarbeidet krever at man velger ut de områdene man vil forbedre og bevare og holder fokus over tid, til det blir en innarbeidet del av det daglige arbeidet. Vi er av den oppfatning at det jobbes med gode tiltak og at det systematiske fokuset over tid vil gi de ønskede resultatene i form av blant annet redusert sykefravær.

Under følger en beskrivelse av noe av tiltaksarbeidet som for tiden gjennomføres i NLSH:

Oppfølging og tilrettelegging

Fokus på at det er bedre at folk kommer på jobb og gjør det de kan, enn at de er fullt sykmeldt videreføres. Lederne strekker seg langt for å legge til rette for dem som er sykmeldt. For de mange som nesten aldri er syke kan det til tider bli mye ansvar og merarbeid, og det siste året

har det vært mer fokus på at det går en grense for hvor mange det er mulig å legge til rette for på en gang i den enkelte enhet. Det har også blitt mer oppmerksomhet mot at tilretteleggingen skal være tidsbegrenset, og å finne riktig lengde på utprøving og andre tiltak, fram mot en avklaring av den sykmeldtes kapasitet og funksjon. Ved sykefravær over 6 måneder, eller der sakene er komplekse, søker lederne støtte hos HMS-seksjonen. Her gis bistand til oppfølging av enkeltsaker, samarbeid med NAV samt opplæring og rådgivning til både ledere og ansatte. Det er etablert et tett og bra samarbeid med lokale Nav kontor. Dette gjør at vi får tidlig fokus i sakene og kan ta systemet i bruk i forhold til bl.a. virkemidler. Et viktig bidrag i dette arbeidet utgjør også IA-teamet som bistår i saker hvor det trenges kompetanse på tvers av fagområdene i HR-avdelingen.

Opplæring

I april 2018 er det startet opp ny lederopplæring for avdelingsledere og enhetsledere. Inkludert i denne ligger en rekke av områdene som setter lederne i stand til å ivareta sin rolle i HMS-arbeidet.

Det er gjennomført en runde med HMS-grunnkurs (40-timers kurset). Kurset er obligatorisk for verneombud, ledere og tillitsvalgte, og det tas opp ca. 30 deltakere pr. kurs. I tillegg har HMS-seksjonen gjennomført en rekke enkeltkurs i IA-arbeid og oppfølging av sykmeldte for personalgrupper som har bedt om dette. 25.10.2018 gjennomføres Arbeidsmiljøkonferansen for andre gang. Tema for årets konferanse er *ansvar for egen helse*.

Forbedring 2018

Klinikkene og avdelingene er godt i gang med å følge opp resultatene fra Forbedringsundersøkelsen som ble gjennomført i februar 2018. Deltakelsen i undersøkelse var på hele 79,9 % og gir et godt utgangspunkt for å velge ut områder for bevaring og forbedring. Resultatene fra undersøkelsen for de enkelte enhetene kan også gi gode indikasjoner på hvilke områder det bør jobbes med for å redusere risikoen for sykefravær. Tiltaksplanene vil bli drøftet med de tillitsvalgte og behandlet i AMU i juni 2018.

Oppfølging av klager/varslingsaker

Det er gjennomført flere faktaundersøkelser der prosedyrer og rutiner som ble revidert i 2018 har vært til nytte. Denne typen saker krever mye tid og ressurser. Vi tar alle varsel om kritikkverdige forhold på største alvor. NLSH har nulltoleranse for mobbing, trakassering og diskriminering, og vi ønsker en åpenhetskultur der det skal være trygt å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Alle varsel som mottas blir vurdert i forhold til hvem som skal håndtere dem. Vurderingene gjøres opp mot de juridiske prinsippene for habilitet, samt kapasitet og kompetanse. Foretaket har god kompetanse på dette området selv, men i noen tilfeller settes slike undersøkelser ut til vår eksterne bedriftshelsetjeneste.

Øket kapasitet på IA-arbeidet i Vesterålen

Siden september 2017 har det vært egen HR-rådgiver i Vesterålen i nyopprettet stilling. Dette har bidratt til flere IA relaterte tilbud til ledere og ansatte i Vesterålen. Mange ledere har benyttet seg av at det har blitt enklere å få hjelp i de kompliserte sakene. HR-rådgiver brukes både til forebyggende og reparerende tiltak og inviteres også inn i personalmøter for å snakke om IA relaterte tema. I enheter hvor fokus på arbeidsmiljøarbeid og IA-arbeid er en integrert del av driften, vises resultatene i form av lavt sykefravær svært godt. Her fremheves spesielt Hode- og bevegelsesklinikken i Vesterålen, som over de siste 4 årene har et sykefravær på 5,2 % i snitt.

Nærværprosjektet i Prehospital klinikk videreføres. Det jobbes på flere felt. For portørtjenesten er det opprettet 3 arbeidsgrupper. En gruppe ledes av tillitsvalgte, en ledes av verneombud og den tredje ledes av avdelingsledelse. For Akuttmottaket/AMK/OBS-posten ble det gjennomført en spørreundersøkelse hvor man endte opp med 2 fokusområder; pasientflyt

og samarbeid mellom kollegaer, som det jobbes videre med. For ambulansen i Bodø er det gjennomført en arbeidsmiljøkartlegging. Resultatet skal det jobbes videre med. De ansatte vil ha ansvar gjennom å danne en arbeidsgruppe, og det er også etablert en arbeidsgruppe for ledere. Det videre arbeidet vil blant annet være å reise ut til ambulansestasjonene for å starte opp- eller komme videre med allerede oppstartede fokusområder. Prosjektgruppen oppsummerer så langt at prosjektet er på vei, at tiltak virker, men at det tar tid. Den daglige driften og uforutsette hendelser forskyver fokus i prosjektet, og foreløpig ser man ikke noen resultater i form av at sykefraværet er blitt vesentlig lavere.

Nye rutiner/elektronisk sykmelding

Fra november 2017 ble det innført digital sykmelding fra fastlegene til arbeidsgivere og NAV. Lønnsseksjonen i Nordlandssykehuset har gjort et stort nybrottsarbeid for å få dette til å fungere hos oss. Dette gjelder både arbeidet med å skape integrasjon mellom ulike elektroniske løsninger samt å utvikle rutiner som passer til de nye løsningene. Både ledere og ansatte har måttet lære seg nye rutiner når informasjonen skal leveres elektronisk og ikke på papir som før. Det gjenstår enda mye arbeid før alt fungerer optimalt, spesielt gjelder dette informasjon mellom NAV, lege og ansatt, men man håper endringene på sikt skal bidra til både effektivisering og bedret tilgang til informasjon.

AKAN

Opplæringen i de nye rutinene for AKAN-arbeid ble startet opp høsten 2017, med dagskurs både i Lofoten, Vesterålen og Bodø hvor målgruppen var ledere, verneombud og tillitsvalgte. Så langt i år er det gjennomført ett dagskurs i Bodø for verneombud og tillitsvalgte.

Stress/stressmestring

Det har vært en del etterspørsel etter informasjon/opplæring om stress, stressrelaterte helseplager og hvordan håndtere stress. Med den økte kapasiteten som etter hvert er blitt bygget opp i HMS-arbeidet, har vi de første månedene av 2018 kunnet tilby dette til enhetene. Tiltaket har blitt godt mottatt, og vil bli videreført.

3. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.

Det er besluttet å øke antall påminnelser til lederne om at alle må registrere bierverv i personalportalen. Det vil i disse påminnelsene fremkomme tydelig at det også skal registreres om man ikke har bierverv. Saken vil tas opp i direktørens ledergruppe før sommeren, og det vil samtidig sendes ut e-post med påminnelse til alle lederne i tillegg til at det vil legges ut en sak på intranettet.

Vi vil melde det som sak til Bluegarden at vi ønsker påminnelse i personalportalen til de som ikke har registrert om de har bierverv eller ikke.

I arbeidsavtalen til alle ansatte står det henvisning til foretakets retningslinjer for bierverv. Vi vil i løpet av året revidere disse retningslinjene for å tydeliggjøre hvilket ledernivå som har ansvar for å vurdere om biervervet kommer i konkurranse med/motsetning til virksomheten som drives i Nordlandssykehuset HF.

Det vil bli utarbeidet et eget dokument som skal ligge i Compendia lederhåndbok, før lederhåndboka blir lansert i Nordlandssykehuset.

8.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav for 2018

1. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.

Nordlandssykehuset utvikler årlig handlingsplaner for kompetansehevende tiltak basert på behovskartlegging. Det er utviklet en strategisk rekrutteringsplan knyttet opp til bemannings-/kompetansebehov for 2016-2020. Foretakets overordnede strategisk utviklingsplan 2018-35 er vedtatt i styret i mai 2018, og videre forløp er utforming av implementeringsplan og etter hvert utarbeiding av faglige handlingsplaner, virksomhetsplaner og ulike strategier. Deriblant strategisk kompetanseplan. Denne vil synliggjøre langsiktige satsinger og prioriteringer og rette tiltak mot bemanningsutfordringer og utdanningskapasitet.

Foretaket har ennå ikke aktivt tatt i bruk det eksisterende framskrivningsverktøyet, - bemanningsmodellen. Dette vil være høyt prioritert fremover, både å øke kompetansen om bruken av den og iverksatte piloter som læringsgrunnlag.

Nordlandssykehusets mest kritiske bemanningsbehov/kompetansebehov er spesielt rettet mot enkelte grupper legespesialister (eks. hudspesialist og andre indremedisinske fagområder, øyespesialist, psykiatere, radiologer, onkologer), samt sykepleiere generelt og spesialsykepleiere spesielt. Utdanningskapasiteten er god for leger til LIS1 stillinger, det vil si det er svært mange søkere i forhold til antall stillinger. For enkelte spesialister er utdanningskapasiteten utfordrende, men dette knyttes opp til ny ordning for utdanning av legespesialister hvor RHFet og NLSH har et felles ansvar for denne utdanningen. Foreløpig er det vanskelig å vurdere utdanningskapasiteten.

For sykepleiere er utdanningskapasiteten ved universitetene for lav. I henhold til det fremtidige behovet for denne faggruppen, må denne økes og kvalitetssikres i større grad. For spesialsykepleiere er kapasiteten god, men interne finansieringsordninger i 2017 var for begrenset til å utdanne i henhold til behovet i foretaket. Dette er endret og økt fra 2018.

Innfri økonomiske mål i perioden

9. Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

Krav for 2018:

1. Samordning
 - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
 - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
 - Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Styret i Nordlandssykehuset behandlet i styresak 020-2018 fordeling av investeringsmidler til styrets disposisjon i 2018. En årlig investeringsramme på 70 mill kr er for lav til å ivareta foretakets løpende behov for reanskaffelse av bygg og utstyr, og vanskeliggjør gjennomføring av planmessige reinvesteringer. Hittil i 2018 er det iverksatt anskaffelser for 10,7 mill kr fra investeringsrammen for 2018 knyttet til utstyr som er kritisk for pasientbehandlingen. Av dette er 7,5 mill kr investeringer knyttet til brekkasje som oppsto siste del av 2017 og 3,2 mill kr brekkasjer oppstått i 2018.

Forslag til disponering av investeringsmidler for 2018 er vurdert å løse det mest kortsiktige og kritiske behovet inneværende år når det gjelder risiko for brekkasje/driftsavbrudd og utbedring av bygningmessige forhold som berører pasienter og ansatte.

Planlagte investeringer i 2018 fremgår av oversikten nedenfor. Anskaffelsene forventes i stor grad å bli gjennomført som følge av brekkasjesituasjoner innenfor de ulike utstyrsområder, og vil i begrenset grad kunne konkretiseres og planlegges med tanke på mer langsiktig samordning.

Forskuttet av 2018-ramme	
Ambulanser, ultralydapparater, operasjonsrack	7,5 Brekkasje 2017 - iverksatt
C-bue operasjon	1,4 Brekkasje 2018 - iverksatt
Infusjonspumper	1,1 Brekkasje 2018 - iverksatt
Diverse brekkasje	0,7 Brekkasje 2018 - iverksatt
Medisinteknisk utstyr	
Skop	5,0 Ihht prioritering
Ultralydapparater	4,0 Ihht prioritering
Operasjonsbord mv	3,0 Ihht prioritering
Diagnostikk div	3,0 Ihht prioritering
Ambulanser (5 stk)	8,5
Senger/instrumentvaskere/teknisk utstyr	2,0 Ihht prioritering
Bygg	
Kritisk behov utbedring bygg	14,0 Ihht prioritering
Annet	
KLP egenkapitalinnskudd	15,2
Disponering av investeringsmidler 2018	65,4
Rest avsettes til brekkasje MTU	4,6
Sum disponering ramme 2018	70,0

2. Systembruk

- Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
- Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.

- Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

Av de varene som benyttes i forbindelse med pasientbehandling gjøres hentes 90 % i Clockwork. Når det gjelder de totale innkjøpene, uansett system, hentes 90 % fra avtaleleverandører.

Avtaledekningen på artikkelnivå i Clockwork var ved utgangen av april på 78,6 %.

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

Nordlandssykehuset

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Det er en svakhet i QlickView ved at periodisering som gjøres i Clockwork på større innkjøp rapporteres som innkjøp i Agresso og framstår som kjøp gjort utenom Clockwork.

Vi hadde et samlet varekjøp i alle systemer på kr 71.807' pr 30.04. 2018. Omsetningen fordelte seg slik:

- 76,0 % i Clockwork,
- 21,0 % i Agresso,
- 1,6 % i Portico og
- 1,4 % i Merida.

Det har vært iverksatt tiltak for å sikre at blant annet avrop på kjøp av datautstyr gjøres i Clockwork. På grunn av manglende tilgang på nøkkelpersonell, har utrulling av tjenestekjøp i Clockwork ikke latt seg iverksette i det tempoet vi har hatt ambisjoner om.

3. Samhandling internt

- Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
- Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

Foretaket hadde et møte med Sykehusinnkjøp 18.04.18 for å kartlegges status og planlegge videre framdrift i samarbeidet mellom partene. Nordlandssykehuset skal sende inn behov for leveranse fra Sykehusinnkjøp. Dersom det er nødvendig skal rammeavtalene prioriteres først hos Sykehusinnkjøp, og Nordlandssykehuset må i noen grad ivareta mindre innkjøp i egen organisasjon inntil Sykehusinnkjøp har fått på plass tilstrekkelige ressurser til å ivareta alle behov som meldes inn.

4. Samhandling eksternt

- Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

- Innen 31. desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1. juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.

Foretaket hadde et møte med Sykehusinnkjøp 18.04.18 for å kartlegges status og planlegge videre framdrift i samarbeidet mellom partene. Nødvendige avklaringer ble gjort i møtet og det ble konkludert med hvilke samhandlingsarenaer som må etableres.

Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

Foretaksspesifikke krav for 2018

Nordlandssykehuset og UNN

1. Sikre at de regionale funksjonene har en handlingsplan med milepæler for 2018/2019. Denne rapporteres i tertialrapport 1.

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet sin primære oppgave er å drive kunnskapsdeling innenfor praktisk/klinisk pasientsikkerhetsarbeid. Foretakenes kliniske fagmiljø og ledelse er kompetansetjenestens viktigste målgrupper. Egne erfaringer med pasientsikkerhetsarbeid i Nordlandssykehuset har så langt utgjort kompetansetjenestens viktigste erfaringsgrunnlag for å bistå også andre foretak. Kompetansetjenesten jobber innenfor et fagfelt som er i stadig utvikling, og jobber i stort med å etablere nye rutiner i organisasjonen som grenser opp mot eksisterende strukturer. Eksempler på dette er kvalitetssystemene, brukermedvirkning, ledelse osv.

Handlingsplan for 2018/2019 er:

- Arrangere årlig pasientsikkerhetskonferanse for 350 deltakere
- Gi opplæring av regionale granskere i NCAF/GTT
- Årlig bidrag på regionalt styreseminar
- Bidra i utvikling av IT verktøy
- Etablere regionale nettverk for innsatsområdene
 - NCAF/GTT
 - Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
 - Hendelsesanalyse
- Utvikle og pilotere system for ivaretagelse av helsepersonell ved alvorlige hendelser (second victim), og spre erfaringene på regional pasientsikkerhetskonferanse 2019

Rapportering for første tertial:

Regional pasientsikkerhetskonferanse ble gjennomført 14.-15. februar 2018. Konferansen ble fullbooket, og ser ut til å ha blitt en god møteplass for å diskutere utvikling av pasientsikkerhet og kvalitet. Erfaringsrapport for konferansen ligger vedlagt. I første tertial har Kompetansetjenesten gitt opplæring i GTT/NCAF til team fra UNN og Finnmarkssykehuset. De bidrar ellers til at arbeidet med rapporter for bruk i Visual Analytics (VA) blir ferdigstilt. Kompetansetjenesten har deltatt på flere arbeidsmøter i prosjekt med Nasjonal IKT for konseptutvikling av automatisk datafangst av pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder.

Kompetansetjenesten har etablert regionalt nettverk for hendelsesanalyse, og gjennomførte et besøk ved Finnmarkssykehuset for opplæring og praktisk veiledning. Innføring av Hendelsesanalyser berører også problemstillinger knyttet til oppfyllelse av lovkrav når det

gjelder blant annet personvern, åpenhet, kvalitetssystemer og ivaretagelse av ansatte, pasienter og pårørende. Metoden krever god integrering i et velfungerende kvalitetssystem. UNN og Nordlandssykehuset har kommet relativt mye lenger i utviklingsarbeidet enn HSYK og Finnmarkssykehuset. I det regionale nettverket kan vi lære av hverandre, og dele den ressurskrevende utviklingen av informasjons og analyseverktøy metoden krever.

Regional funksjon for e-læring

Den regionale funksjonen for e-læring ved Nordlandssykehuset utføres ut fra grunnlaget beskrevet i «Felles e-læringsstrategi for Helse Nord 2016-2020» med samarbeid, utvikling og deling av e-læring i regionen. Dette har fram til 2018 vært ivaretatt av en medarbeider med koordinering regionalt, forvaltning av Campus plattform og regional support/brukerstøtte. Fra 2018 er den regionale rollen hos Nordlandssykehuset supplert med en ressurs for å dekke regional og interregional koordinering i og med at Helse Nord i 2018 har det nasjonale ansvaret for koordineringen av det interregionale nettverket for teknologistøttet læring. Mandater for disse revideres våren 2018 og handlingsplaner utarbeides ut fra dette.

Den som har ivaretatt den regionale forvaltning, support og brukerstøtte sluttet i vinter og ny medarbeider hos Nordlandssykehuset starter i begynnelsen av juni. Nordlandssykehuset har gjennom seksjon for E-helse ivaretatt arbeidet.

Fra våren 2017 har Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset diskutert behovet for større ressursinnsats på utvikling og forvaltning av regional e-læring og teknologistøttet læring og det ser ut som det kan avklares i mai/juni 2018. Hvilke rammer som settes for dette vil danne grunnlaget for handlingsplaner videre i 2018 og 2019 utover det som ligger i felles e-læringsstrategi 2016-2020.