



## **Brukerutvalget sak 046-2022**

### **Tertialrapport 1-2022**

Saksbehandler: Sissel Eidhammer  
Dato dok: 10.05.2022  
Møtedato: 18.05.2022  
Vår ref: 2022/533

Vedlegg (t):  
Vedlegg 3 Tertialrapport 1.tertial 2022

#### **Innstilling til vedtak:**

Brukerutvalget tar tertialrapporten til orientering.

#### **Bakgrunn:**

Kort presentasjon av tertialrapport 1-2022 og svar på eventuelle spørsmål.

# Tertialrapport 1- 2022 for Nordlandssykehuset HF



**NORLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



## Innhold

Krav i oppdragsdokument 2022:.....	3
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder .....	3
3.2 Somatikk .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	4
9.2 Anskaffelsesområdet.....	5
10.0 Teknologi .....	5

## Krav i oppdragsdokument 2022:

### 3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
---------	------------	-----------------	------------------------

3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	-------------------------------	--------------------------------------

Nasjonal løsning «Selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon» er implementert, og pasienten kan nå selv bekrefte, endre eller avbestille rekvirerte reiser på Helsenorge.no.

I løpet av 1.tertial har 94 pasienter avbestilt sin reise, og 2 pasienter har endret på sin reise. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreisekontoret.

Det er sannsynlig at en stor andel av de avbestilte reiser via selvbetjeningsløsningen alternativt ville blitt avbestilt på annen måte (ikke via pasientreisekontoret), så vi ser ingen vesentlig økonomisk besparelse.

7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	-------------------------------	--------------------------------------

Pasientreiser HF's prosjekt for nytt samordningsverktøy (Trapez) ble vedtatt avsluttet i desember 2021 etter at det viste seg at systemet etter lang tids utvikling og testing ikke imøtekom behovet. Det har påløpt kostnader knyttet til prosjektprosessen over mange år, uten at det har gitt noen gevinst.

Tiltaket med selvbetjeningsløsning for å bekrefte, endre eller avbestille reiser er implementert, men brukes i liten grad av pasientene og gir ingen merkbare gevinster. Neste trinn i prosjektet planlegges iverksatt rundt årsskiftet, da skal etter planen pasientene selv gis anledning til å bestille sine reiser basert på en tidsbegrenset attest fra behandler på inntil 1 år. Det er stor usikkerhet rundt konsekvensene knyttet til implementering av denne løsningen.

Tiltaket ny rekvisisjonspraksis er ikke ferdigstilt, men henger nøye sammen med selvbetjeningsløsningen. Det er foreløpig usikkerhet knyttet til hvilke gevinster dette tiltaket vil gi, men det forventes både økte bemanningskostnader på pasientreisekontoret og økte transportutgifter.

9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN,	Tertialrapporter og Årlig melding
---	--	--------------	--------------------------------------

		NLSH, HSYK	
<p>For Psykisk helse og rusklinikken Nordlandssykehuset er det ingen elektiv virksomhet som vurderes å kunne flyttes fra større til mindre sykehus i eget foretak. Derimot er det dialog med Psykisk helse og rus klinikken i Helgelandssykehuset, hvor Nordlandssykehuset bidrar med å styrke kompetansen slik at de i større grad kan ivareta egen pasientpopulasjon. Dette gjelder spesielt innen barne- og ungdomspsykiatri ved Helgelandssykehuset.</p> <p>Det planlegges oppstart av ambulering av infeksjonsmedisiner til Lofoten og Vesterålen fra høsten. Innenfor endokrinologi har det over tid vært jobbet med at Helgelandssykehuset skal behandle pasienter fra eget nedslagsfelt. Diabetespasientene behandles i utgangspunktet i Lofoten og Vesterålen, med egne leger og ambulering fra Bodø.</p> <p>Spesialist i nyre medisin ambulerer til Lofoten og Vesterålen for å ivareta dialysepasienter og ha poliklinikk. Det har over år vært drevet dialyse på satellitt enheter og i disse dager etableres en ny enhet i Vågan.</p> <p>Kirurgisk klinikk har gjennomført fordeling av elektive inngrep for sine lokasjoner i Bodø, Lofoten og Vesterålen. I dette arbeidet er det gjort en vurdering av hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra Bodø til Lofoten eller Vesterålen. Videre er det, i samarbeid med Helgelandssykehuset HF, gjennomført et arbeid for å se på hvilken elektiv aktivitet Kirurgisk klinikk i NLSH HF kan henvise tilbake til Helgelandssykehuset HF.</p>			

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

63	<i>Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Nordlandssykehuset er i gang med et arbeid som gjelder bemanningsplanlegging og arbeidstidsplanlegging, der utgangspunktet er at all arbeidstid skal registreres i GAT. Vi har knyttet til oss ressurser fra Helse Stavanger, da de har arbeidet mye med dette området. Vi starter med områdene ambulansetjenesten, sengeområdet i Kirurgisk klinikk, og legene ved Barneavdelingen. I uke 18 arrangeres det opplæring/hospitering i Stavanger for sentrale ressurspersoner fra HR og klinikk.</p> <p>Når det gjelder registrering i GAT av innleid personell er det utarbeidet ny rutine som gjelder innleieleger for å sikre at disse registres i GAT.</p>			
64	<i>Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Det ble gjennomført et prosjekt om oppgavedeling mellom sykepleier og helsefagarbeider i 2021 hvor man gjennomførte pilot i Kirurgisk klinikk, og rapport ferdigstilles nå. Det er nå startet opp et arbeid i Medisinsk klinikk hvor vi vil se på hvilke oppgaver som kan deles fra sykepleier til helsefagarbeider. Status hittil i år er at andelen helsefagarbeidere er 4,25 %, mot 4,13 % i 2021.</p>			
67	<i>Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For</i>	FIN, UNN,	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>

	<i>disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.</i>	NLSH, HSYK	
<p>Det er foreløpig ikke innkalt til noen møter, men vi har deltakere som er klare til å delta inn i prosjektet.</p> <p>Nordlandssykehuset har på eget initiativ startet opp arbeid med AOP, og har gjennomført opplæring/kunnskapsdeling med Helse Stavanger. Ressurser fra HR og klinikker deltar i uke 18 på opplæring/hospitering i Stavanger.</p>			

## 9.2 Anskaffelsesområdet

84	<i>Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>REFIL (Regional enhet for forvaltning av innkjøp og logistikk i Helse Nord) har blant annet ansvar for masterdataforvaltning knyttet til regionalt innkjøps- og logistikksystem, og skal tilrettelegge for at sykehusene får etablert felles og enhetlig register/avtaler fra Sykehusinnkjøp i felles innkjøpssystem Clockwork. Videre skal REFIL tilrettelegge for at foretakene skal kunne gjøre endringsarbeid lokalt. Arbeidsprosessene er tidkrevende og komplekse. Per i dag har ikke REFIL mulighet til å levere så detaljerte analyser fra regionalt system som sykehusene har behov for. Dette gjør at arbeidsmengden knyttet til lokale endringer i foretakene blir større enn først antatt. REFIL har også gitt tilbakemelding om at de ikke vil ha kapasitet til å gjennomføre oppdatering på våre innkjøpsavtaler i samme tempo som Sykehusinnkjøp HF leverer avtaler til implementering. Dette innebærer økt arbeidsmengde og kapasitetsutfordringer ved innkjøpsseksjonen. Hvor stort ressurspådrag som kan forventes for foretaket i tiden fremover er så langt ikke identifisert.</p> <p>Nordlandssykehuset er pr ferdig med all jobb knyttet endringene på de avtalene som er kommet til implementering via REFIL, og er således ajour i henhold til de omforente planene til REFIL.</p>			

85	<i>I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Regionalt Innkjøpsforum har så langt ikke tatt endelig stilling til fordelingen av kategoriansvaret mellom sykehusene i Helse Nord, og er heller ikke ferdig med å behandle innhold i oppgaver og forventninger til leveranse knyttet til den nye styringsmodellen. Dette innebærer at vi foreløpig ikke kan si noe om det endelige ressurs- og kompetansebehovet for å utføre oppdraget. Innkjøp har pr i dag kapasitetsutfordringer som følge av økt tilfang av oppgaver, herunder økte oppgaver jf punkt 84, og vil være avhengig av styrking av ressurser for å ivareta kategoriansvar innenfor de områder som fordeles. Den økonomiske gevinsten knyttet til en slik styrking vurderes imidlertid å være betydelig større enn ressursinnsatsen ut fra det gevinstpotensialet som er beskrevet i regional anskaffelsesstrategi.</p>			

## 10.0 Teknologi

87	<i>Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	---	------	--

	<i>IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</i>		
Nordlandssykehuset bestiller slike tjenester fra Helse Nord IKT. For noen særskilte områder er det ikke tilgjengelig slike kapasiteter i Helse Nord IKT, og det blir tatt initiativ for samarbeid med andre leverandører, gjerne via Helse Nord IKT.			
88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Nordlandssykehuset arbeider sammen med de andre involverte med revisjon av driftsavtalen. Nødvendig oppdatering av enkelte tjenesteavtaler gjøres løpende der det er nødvendig.			
89	<i>Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Det er dialog om dette med Helse Nord IKT hvor vi forstår det fortsatt arbeides med avklaringer rundt forvaltningsmodellen.			
90	<i>Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfylder krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Arbeidet videreføres og avventer avklaring og plan fra Helse Nord IKT.			
91	<i>Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Nordlandssykehuset arbeider med kartlegging av infrastruktur utstyr sammen med Helse Nord IKT i MODI iFront prosjektet. Det er fortsatt ikke avklart fra Helse Nord IKT hvordan dette skal gjennomføres videre og hvilke tjenesteavtaler som skal inngås.			
92	<i>Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Nordlandssykehuset har tidligere rapportert oversikt over systemene. Det er planlagt arbeide i samarbeid med Helse Nord IKT om å få PC klienter inn i «Asset Management systemet». Videre prosess for applikasjoner/systemer må komme fra Helse Nord IKT når dette er klart i «Asset management systemet».			

93	Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Dette er et svært omfattende arbeide å gjennomgå og sjekke ut for alle systemer. Det gjelder også der Helse Nord RHF eller Helse Nord IKT står som avtalepartner med leverandør. Avtaler Nordlandssykehuset har med systemleverandører er arkivert i Elements og det er igangsatt kontroll for systemene vi har i protokollen. Planen er at det skal være avklart innen fristen eventuelle applikasjoner der det ikke er avtale med systemleverandør.</p>			

### 13.0 Oppfølging og rapportering

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord Nords risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.»

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrever.

Helse Nord RHF ber spesielt sykehusforetakene om å vedlegge oversikt over risikovurderinger tilknyttet hovedmålene angitt i Oppdragsdokumentet 2022.

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

I månedlig virksomhetsrapport rapporterer sykehuset om status knyttet til drift. Status og vurderinger knyttet til hovedmålene i oppdragsdokumentet inngår i tertialrapportering, men gjøres implisitt som en del fortløpende informasjon til styret som del av virksomhetsrapportering. Foretaket håndterer i utgangspunktet risiko knyttet til måloppnåelse gjennom sitt ledelsessystem. Risikostyring, vurdering og oppfølging av risiko, gjøres som en del av de strukturer og prosesser som inngår i sykehuset sin virksomhetsstyring. Foretaket anser at risikostyring i stor grad er integrert som en del kjerneprosessen.

For oppnåelse av hovedmålene er det ikke gjort strukturert risikoanalyse i matrise. Prosessen og elementene knyttet til risikovurdering av hovedmålene anses ivaretatt gjennom at;

- Hovedmålene er definert av eier, oppdragsdokumentet er kjent i organisasjonen. Linjene og fokus i risikostyringen organisasjonen utgår fra hovedmål og krav.
- Ledelsen har vurdert og kjent med hvilke hendelser eller forhold som påvirke hovedmålene hvis de inntreffer. Beslutninger gjøres med bakgrunn i vurdering av risiko.
- Ledelsen har tilgang til informasjon som forteller om måloppnåelse og utvikling på områder som kan påvirke målet gjennom rapporter i SAS-VA, øvrig informasjonssystemer og særskilt rapportering og oppfølging i ledermøter.



- Ledelsen vurderer fortløpende status på mål, tiltak som er besluttet for å nå målene og behov for tilpasninger og prioriteringer gjennom forum og aktiviteter som inngår i den daglige styringen.
- Ledelsen kommuniserer og konsulterer risiko, inkludert hovedmålene, til ledere og ansatte gjennom forum og aktiviteter som inngår i den daglige styringen.
- Ledelsen kommuniserer og konsulterer risiko, inkludert hovedmålene, til styret og eier gjennom fortløpende rapportering i månedlige virksomhetsrapporter, tertialrapportering og spesifikke saker når dette er påkrevd.
- Ved at risikostyring anses som en del av virksomhetsstyringen er foretaket av den oppfatning det kan håndtere endringer i risikobildet raskere og mer dynamisk enn hvis risikostyring skal gjennomføres som en parallell prosess til ordinær styring.

Nordlandssykehuset har tidligere forsøkt prosesser med strukturerte overordnede risikoanalyser i forbindelse med mål og krav i oppdragsdokumentet. Som rammeverk for risikostyring har det erfaringsmessig gitt liten gevinst i forhold til ressursene som kreves for å gjennomføre slike analyser. Fokuset blir fort plasseringen i risikomatriksen. Denne typen analysevirksomhet har i tillegg vist seg å være vanskelig å samkjøre og synkronisere med øvrig aktivitet i foretaket.

Gjennom de aktiviteter og styringsprosesser som inngår i ordinær drift utarbeides det beslutningsgrunnlag hvor risiko er vurdert. Kunnskapsgrunnlag og vurderinger som danner grunnlag for det som ledelse og styret presenteres dokumenteres gjennom informasjonssystemer, vurderinger og møtereferat. Beslutningsgrunnlaget presenteres nødvendigvis ikke i risikomatriser men er likevel tilstrekkelig til at ledelsen, inkludert styre, både blir informert og konsultert slik at de kan fatte gode og gjennomtenkte beslutninger.

Under er det satt opp eksempler på styresaker hvor styret er informert og har fått beslutningsgrunnlag på områder som er knyttet til hovedmålene. I virksomhetsrapportene og styresakene er beslutningsgrunnlaget beskrevet mer i detalj.

## Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### 1. Styresak 005-2022 Virksomhetsrapport desember 2021

*Antall liggedøgn er 6,3 % høyere i 2021 enn i 2020, og det er økning i alle avdelinger med unntak av ARPA (TSB).*

### 2. Styresak 011-2022 Virksomhetsrapport januar 2022

*BUP Vesterålen har hatt aktivitetsnedgang sammenlignet med januar i fjor. I januar i fjor var de fulltallige behandlere i Vesterålen, det har det ikke vært i januar 2022. Rus og psykiatriposten har hatt store utfordringer med behandler- og spesialistdekning. Det har heller ikke vært mulig å få tak i psykiater fra vikarbyrå. På bakgrunn av dette har det vært nødvendig å redusere drift og inntak av pasienter ved denne enheten.*

### 3. Styresak 023-2022 Virksomhetsrapport februar 2022

*BUP Vesterålen har hatt aktivitetsnedgang sammenlignet med januar i fjor. I januar i fjor var de fulltallige behandlere i Vesterålen, det har det ikke vært hittil i 2022. Rus og psykiatriposten har hatt store utfordringer med behandler- og spesialistdekning. Det har heller ikke vært mulig å få tak i psykiater fra vikarbyrå. På bakgrunn av dette har det vært nødvendig å redusere drift og inntak av pasienter ved denne enheten. Aktivitetsnedgang ved*

*VOP skyldes covid fravær både blant pasienter og behandlere, i tillegg til at enheten har vakante stillinger i år.*

4. Styresak 042-2022 Virksomhetsrapport mars 2022

*Det har vært aktivitetsnedgang i psykisk helsevern og rus hittil i år sammenlignet med i fjor. Dette skyldes covid fravær både blant egne ansatte og pasienter, og utfordringer med behandler- og spesialistdekning for enkelte fagområder. Aktiviteten i somatikk (målt i DRG poeng) er høyere i januar-mars 2022 enn de tre foregående årene. Målt mot 2019 er aktiviteten 21 % høyere hittil i år.*

Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Styresak 042-2022 Virksomhetsrapport mars 2022

*Også i mars måned fortsetter den positive trenden for ventetid (både avviklede og ventende), antall ventende og antall fristbrudd ventende. Andel digitale konsultasjoner er over styringskravet på 15 %. Denne trenden fortsetter til tross for at det hittil i år har vært stort sykefravær blant egne ansatte i foretaket. Fraværet har gitt økt behov for overtid og vedvarende behov for innleie utover opprinnelig plan, noe som igjen medfører økte kostnader. Også antall AML brudd påvirkes av den situasjonen foretaket har stått i. Det har vært nødvendig å ta ned aktivitet som følge av ressursmangel innen barne- og ungdomspsykiatri. Reduksjon i kapasitet påvirker ventetid og fristbrudd. På tross av høyt sykefravær/ressursmangel har foretaket hatt en god aktivitetsutvikling sammenlignet med årene 2019-2021.*

Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Styresak 042-2022 Virksomhetsrapport mars 2022

*«Også i mars måned fortsetter den positive trenden for ventetid, antall ventende og antall fristbrudd ventende. Andel digitale konsultasjoner er over styringskravet på 15 %. Denne trenden fortsetter til tross for at det hittil i år har vært stort sykefravær blant egne ansatte i foretaket. Fraværet har imidlertid gitt økt behov for overtid og vedvarende behov for innleie utover opprinnelig plan.»*