



Styresak 084-2016

Tertialrapport 2-2016 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen
Dato dok: 30.09.2016
Møtedato: 06.10.2016
Vår ref: 2016/1138

Vedlegg (t): Tertialrapport 2-2016

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2016 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2016 for Nordlandssykehuset HF. Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Saken består av rapporteringspunkter knyttet til oppdragsdokumentet og rapportering på styringsparametere pr 2. tertial. I saksutredningen gis en redegjørelse for måloppnåelse knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale kreftpakkeforløp, sykefravær samt krav i oppdragsdokumentet 2016 som blir vanskelige å innfri.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Ventetider

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høy.

Innenfor flere fagområder oppnår vi allerede 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, og i 2. tertial har også kvinnesykdommer nådd styringskravet.

Samtlige klinikker har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende i løpet av andre tertial. Medisinsk klinikk og Hode bevegelse klinikken har størst utfordring med langtidsventende, men begge klinikkene reduserte gjennomsnittlige ventetider gjennom 1. tertial, og har fortsatt reduksjonen i 2. tertial.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende ble redusert fra 129 dager til 103 dager i løpet av første tertial, og ved utgangen av 2. tertial er den ytterligere redusert til 87 dager. I samme periode er antall ventende redusert fra 10 235 ved inngangen til 1. tertial til 7 136 ved utgangen av 2. tertial. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede var ved utgangen av august 76 dager. Som tidligere forespeilet, både i rapport fra første tertial i oppfølgingsmøter med Helse Nord har ikke Nordlandssykehuset HF oppnådd gjennomsnittlig ventetid for avviklede under 65 dager.

Fristbrudd

I første tertial klarte vi å stabilisere nivået på fristbrudd som vi oppnådde på slutten av 2015. Sommerferien har medført redusert kapasitet med påfølgende fristbrudd. Som forespeilet i tertialrapport fra første tertial har vi ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i andre tertial. Vi har jobbet med en målsetning om ingen fristbrudd i løpet av tredje tertial, men arbeidskonflikten mellom Spekter og Akademikerne hvor 10 av våre leger er tatt ut i streik har medført avlysning av polikliniske timer og redusert totalkapasitet så vi er usikre om målsetningen er realistisk.

Korridorpasienter

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangbodddhet. Foretaket har i første tertial hatt 458 korridorpasienter, de fleste i Bodø. I andre tertial var antallet korridorpasienter 324, hvorav 317 i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken.

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.

Nasjonale kreftpakkeforløp

Andel kreftpasienter som ble registrert i et definert pakkeforløp var i første tertial 58 % og har i andre tertial økt til 71 %.

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid var 62 % i første tertial, og har økt til 69 % i andre tertial. For pasienter behandlet med kirurgi var andelen 78 %, ved medikamentell

behandling 69 % og ved strålebehandling 18 %. Vi ser nærmere på årsakene til den lave andelen knyttet til stråle.

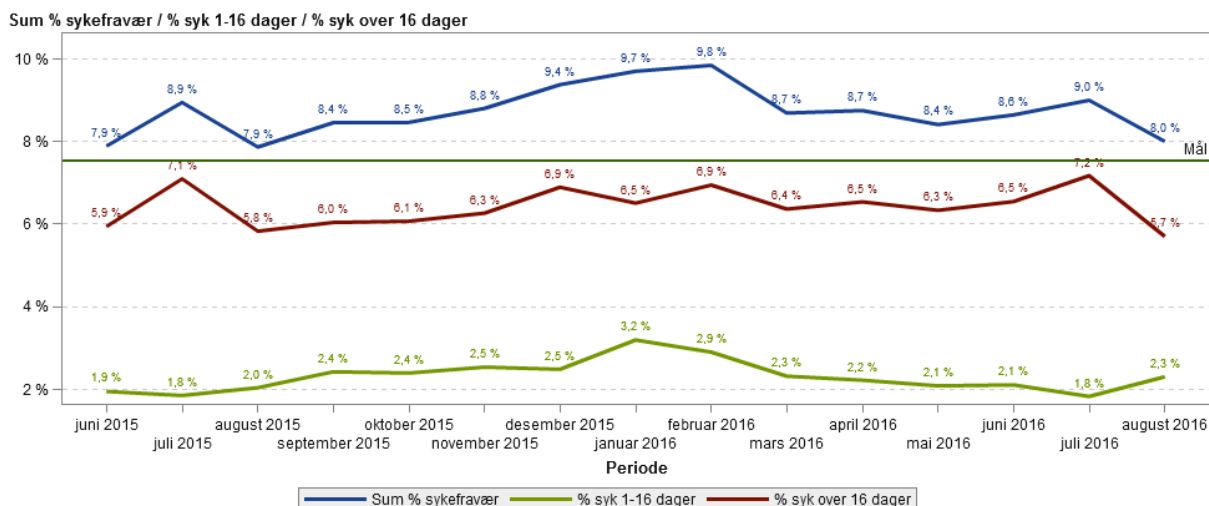
Andel kreftpasienter med lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft registrert i pakkeforløp var i gjennomsnitt 83 % i andre tertial 2016, og dette er en økning fra 65 % i første tertial. For prostatakreft har andelen økt fra 15 % i 1. tertial til 48 % i 2. tertial. Her vil andelen alltid ligge lavere enn de andre krefttypene, fordi det er ikke alle pasienter med nydiagnostisert prostatakreft som skal i pakkeforløp. Lungekreft hadde en andel på 83 % i 2. tertial, brystkreft 86 % og tykk- og endetarmskreft 91 %.

Andelen pasienter i pakkeforløp som gjennomførte behandling innen maksimal behandlingstid er økt fra 62 % i 1. tertial til 71 % i 2. tertial.

Sykefravær

Sykefraværet ved utgangen av 2. tertial var 8 %, og dette er en reduksjon fra 1. tertial (8,7 %).

Utvikling i sykefravær per mnd for perioden juni 2015 – august 2016 fremgår av figuren nedenfor:



Pr klinikk er sykefravær for perioden september 2015 – august 2016 fordelt slik:

Klinikk ▲	Sum % sykefravær	Sykedager	Gjsnit aktive ansatte	Mulige dagsverk	Syk 1-16 dager	% syk 1-16 dager	Syk over 16 dager	% syk over 16 dager	Egenmeldte dager
AFFP	6,5 %	430	29	6 633	51	0,8 %	379	5,7 %	44
AKUM	9,6 %	5 806	269	60 296	1 628	2,7 %	4 178	6,9 %	1 014
Andre	3,3 %	105	13	3 127	31	1,0 %	74	2,4 %	16
DIAG	8,1 %	5 035	278	61 813	1 556	2,5 %	3 479	5,6 %	999
DTEK	11,0 %	4 492	181	40 719	878	2,2 %	3 613	8,9 %	568
HBEV	7,4 %	3 794	230	51 437	1 132	2,2 %	2 662	5,2 %	728
HR	7,7 %	1 140	62	14 806	305	2,1 %	835	5,6 %	186
IBYGG	7,9 %	192	10	2 417	90	3,7 %	101	4,2 %	47
KBARN	7,0 %	2 989	191	42 764	887	2,1 %	2 102	4,9 %	505
KIP	7,3 %	299	19	4 113	55	1,3 %	244	5,9 %	40
KIROT	7,6 %	4 373	256	57 397	1 232	2,1 %	3 141	5,5 %	690
MED	9,1 %	9 300	459	102 297	2 258	2,2 %	7 041	6,9 %	1 414
ØKON	9,8 %	1 878	86	19 173	507	2,6 %	1 371	7,1 %	356
PHR	9,0 %	14 209	711	158 743	4 473	2,8 %	9 736	6,1 %	2 749
PREH	11,1 %	6 281	251	56 403	1 387	2,5 %	4 894	8,7 %	663
Sum	8,8 %	60 320	3 047	682 136	16 470	2,4 %	43 850	6,4 %	10 019

Det samlede fraværet for Nordlandssykehuset de siste 12 måneder er på 8,8, der 2,4 % er korttidsfravær og 6,4 % er langtidsfravær.

Under og rundt måltallet på 7,5 % ligger klinikkene Kvinne Barn, Kirurgisk- Ortopedisk og Hode-Bevegelse samt stabsavdelingene AFFP, Andre, HR, IBYGG og KIP. Over måltallet ligger Klinikkene Prehospital, AKUM, Medisin, Psykisk helse og Rus og Diagnostisk, samt stabsområdene Drift og eiendom og Økonomi.

Foretaket har utarbeidet strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2015-2018. Det er i tillegg laget årlig tiltaksplan. Den strategiske planen har åtte satsingsområder:

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

Økonomiske krav og tiltaksgjennomføring

Tertialrapport for andre tertial omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 083-2016 *Driftsrapport august 2016*, samt styresak 071-2016 *Økonomisk driftstilpasning - tiltaksoppfølging pr juli 2016*.

Status for krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016

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. I andre tertial var antallet korridorpasienter 324, hvorav 317 i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken.

For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

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

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

2. 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.

3. Ventetider og fristbrudd

Som tidligere forespeilet, både i rapport fra første tertial i oppfølgingsmøter med Helse Nord har ikke Nordlandssykehuset HF oppnådd gjennomsnittlig ventetid for avviklede under 65 dager.

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høyt. Det er først når vi får en reell reduksjon i antall langtidsventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende at fall i gjennomsnittlig ventetid for avviklede gjenspeiler en forbedring. Alle våre klinikker har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende så langt i år. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede var i august 76 dager og for ventende 88 dager.

I første tertial klarte vi å stabilisere nivået på fristbrudd som vi oppnådde på slutten av 2015. Sommerferien har medført redusert kapasitet med påfølgende fristbrudd. Som forespeilet i tertialrapport fra første tertial har vi ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i andre tertial.

Vi har jobbet med en målsetning om ingen fristbrudd i løpet av tredje tertial, men arbeidskonflikten mellom Spekter og Akademikerne hvor 10 av våre leger er tatt ut i streik har medført avlysning av polikliniske timer og redusert totalkapasitet så vi er usikre om målsetningen er realistisk.

Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2016

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

Tertialrapport 2. tertial 2016

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



Innhold

1	Om rapporteringen	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.1	Risikostyring og internkontroll	4
2.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	5
2.3	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	Pasientsikkerhet.....	15
5	Personell, utdanning og kompetanse	19
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	20
6	Styringsparametere 2016	24
7	Oppfølging og rapportering	24
8	Sak til HF styrebehandling	24
2.1	24
2.2	24

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.

2.1 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.

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 ble styrebehandlet den 13. juni 2016 (se styresak 061-2016 Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2015).

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

2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

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

Medusa er valgt som nytt nasjonalt system innen området. Nordlandssykehusets utfordring er at dette er en mindre komplett og funksjonell løsning enn den vi i dag har. Vi 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.

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.

2.3 Anskaffelsesområdet

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

Datakilde for fristbrudd, ventetid og pakkeforløp kreft er:
<https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf>

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Som tidligere forespeilet, både i rapport fra første tertial i oppfølgingsmøter med Helse Nord har ikke Nordlandssykehuset HF oppnådd gjennomsnittlig ventetid for avviklede under 65 dager.

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høyt. Det er først når vi får en reell reduksjon i antall langtidsventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende at fall i gjennomsnittlig ventetid for avviklede gjenspeiler en forbedring.

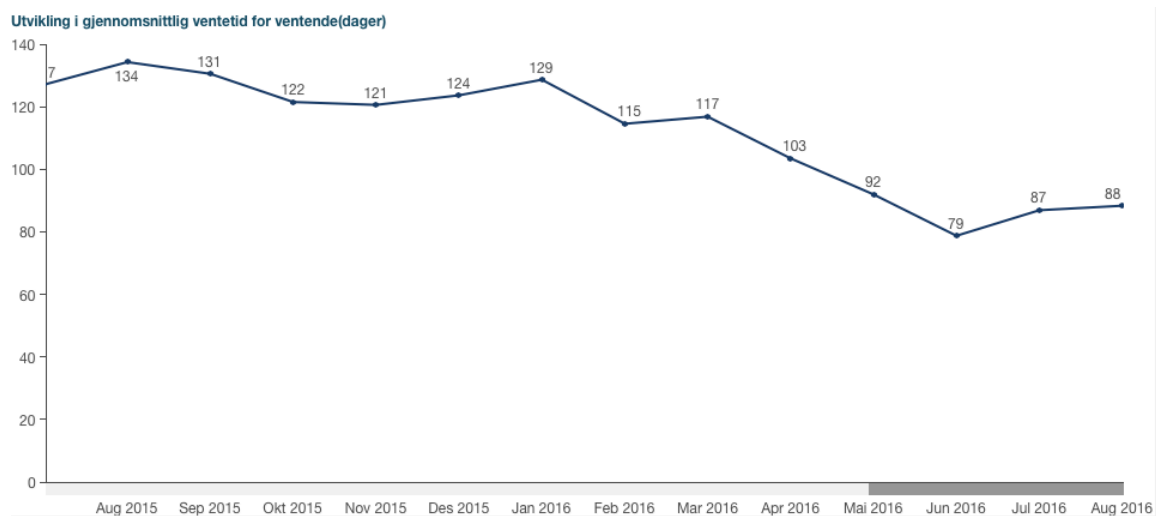
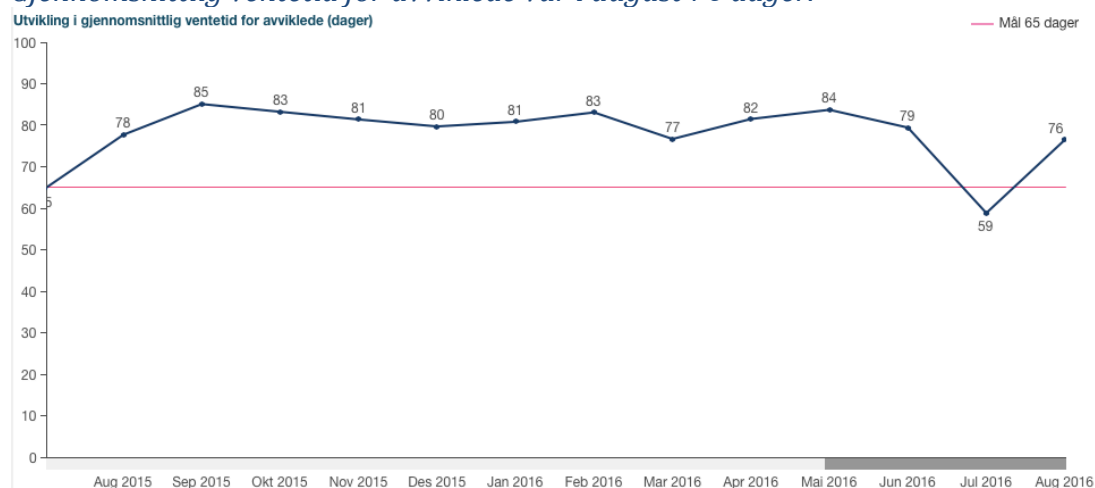
² EPJ = Elektronisk pasientjournal

Vi har fagområder hvor vi oppnår styringskravet. Psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, rusbehandling og nevrologi har i hele 2016 hatt gjennomsnittlig ventetid for både avviklede og ventende under 65 dager, i andre tertial har også kvinnesykdommer oppnådd styringskravet.

Alle våre klinikker har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende så langt i år. De klinikkene med størst utfordring med langtidsventende er Medisinsk klinikk og Hode bevegelse klinikken. Medisinsk klinikk reduserte gjennomsnittlig ventetid fra 165 dager til 133 dager i første tertial og har fortsatt reduksjonen i andre tertial i samme takt slik at ved utgangen av august var gjennomsnittlig ventetid for ventende 103 dager. Vi har bedt om bistand fra Regionalt innsatsteam for å bringe ventetidene raskere ned i Medisinsk klinikk. Hode bevegelse reduserte gjennomsnittlig ventetid for ventende fra 130 dager til 111 dager i løpet av første tertial, og har ved utgang av august en gjennomsnittlig ventetid for ventende på 105 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende er redusert fra 103 dager til 87 dager i løpet av andre tertial. I samme periode er antall ventende redusert fra 8187 til 7136.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede var i august 76 dager.

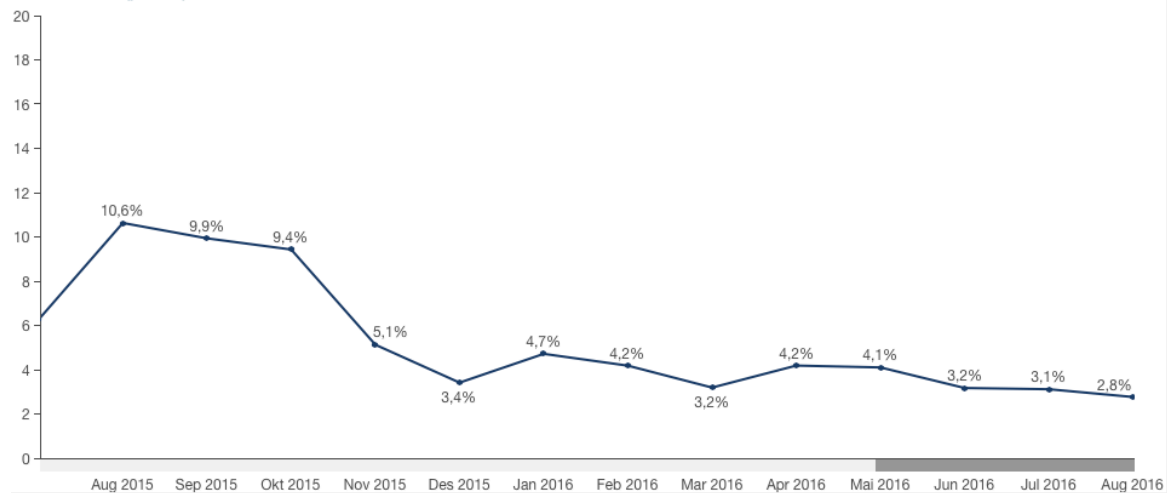


- Ingen fristbrudd.

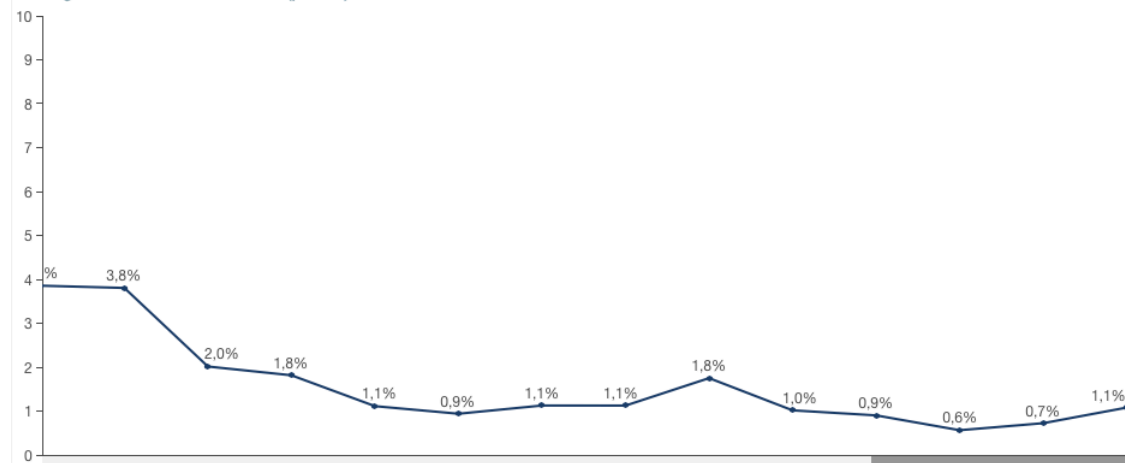
I første tertial klarte vi å stabilisere nivået på fristbrudd som vi oppnådde på slutten av 2015. Sommerferien har medført redusert kapasitet med påfølgende fristbrudd. Som forespeilet i tertialrapport fra første tertial har vi ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i andre tertial.

Vi har jobbet med en målsetning om ingen fristbrudd i løpet av tredje tertial, men arbeidskonflikten mellom Spekter og Akademikerne hvor 10 av våre leger er tatt ut i streik har medført avlysning av polikliniske timer og redusert totalkapasitet så vi er usikre om målsetningen er realistisk.

Andel fristbrudd (prosent)



Utvikling i andel fristbrudd for ventende (prosent)



- Ingen korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangboddhet. Foretaket har i første tertial hatt 458 korridorpasienter, de fleste i Bodø. I andre tertial var antallet korridorpasienter 324, hvorav 317 i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken.

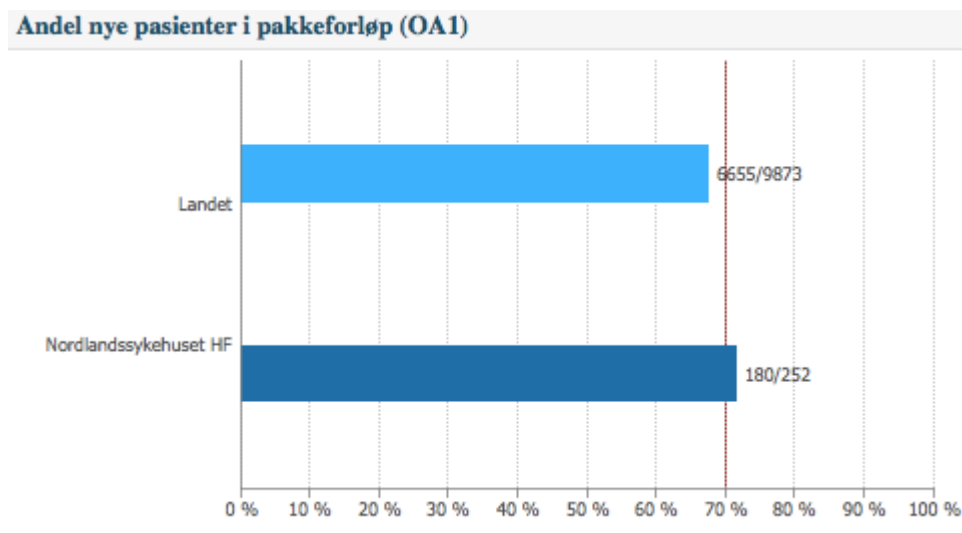
For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

- 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.

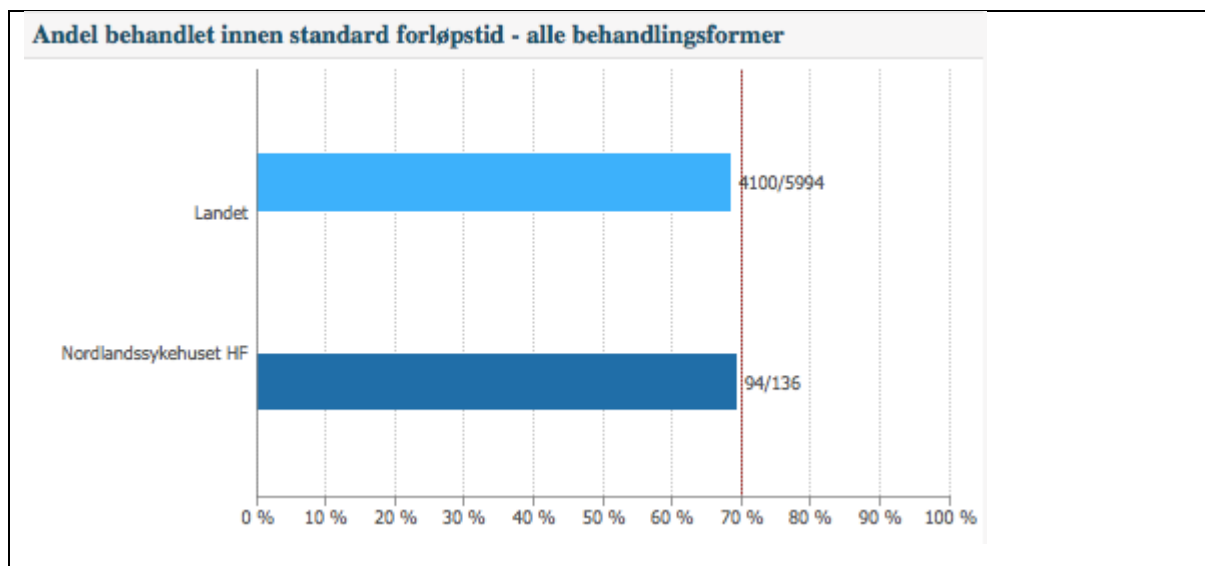
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Andel kreftpasienter som ble registrert i et definert pakkeforløp var i første tertial 58 %, og har i andre tertial økt til 71 %.



- 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, og har økt til 69 % i andre tertial. For pasienter behandlet med kirurgi var andelen 78 %, ved medikamentell behandling 69 % og ved strålebehandling 18 %. Vi ser nærmere på årsakene til den lave andelen knyttet til stråle.



- 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 83 % i andre tertial 2016. Dette er en økning fra 65 % i første tertial.

Lungekreft: 83 % (29 av 35)

Brystkreft: 96 % (45 av 47)

Prostatakreft: 48 % (13/27).

Tykk- og endetarmskreft: 91 % (42 av 46 pasienter)

For prostatakreft er andelen økt fra 15% i første tertial. Her vil andelen alltid ligge lavere enn de andre krefttypene, fordi det er ikke alle pasienter med nydiagnostisert prostatakreft som skal i pakkeforløp.

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

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft var 71 % i andre tertial 2016.

Lungekreft: 87 % (14 av 22)

Brystkreft: 87 % (34 av 42)

Prostatakreft: 64 % (7 av 11).

Tykk- og endetarmskreft: 65 % (20 av 31 pasienter)

Andelen for prostatakreft har økt fra 14 % i første tertial til 64 % i andre tertial. For tykk- og endetarmskreft har det vært en reduksjon fra 84 % til 65 %.

- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015, målt ved utvalgte indikatorer definert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av indikatorer innen utgangen av mars 2016.

Vi har ikke fått noen spesifisering av indikatorer som vi skal arbeide videre med.

- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Vi har ikke fått noen spesifisering av indikatorer som vi skal arbeide videre med.

- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Vi har ikke fått noen spesifisering av indikatorer som vi skal arbeide videre med.

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

Vi har økt samarbeidet mellom lokal og regional fedme og har økt vår totale kapasitet innenfor fagområdet. Økning i antall pasienter vil komme fra uke 40, hvor vi har tre nye leger som er satt inn i arbeid i varierende omfang.

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

Vi har hatt pilot på prosjekt «Et vennlig sykehus» i Kirurgisk ortopedisk klinikk. Elementer her er velkomstsamtale, utreisesamtale, nye rutiner for matsservering og renhold samt enhetsvise pasienttilfredsundersøkelser. Dette prosjektet skal nå rulles ut i våre øvrige somatiske sengeposter, i første omgang i Bodø. Vi har i tillegg allerede enhetsvise pasienttilfredsundersøkelser på enkelte enheter. I løpet av tredje tertial vil vi avklare hvilke spørsmål vi vil ha på våre automater for innsjekk/betaling, hvor pasienter kan gi tilbakemelding på pasientopplevd kvalitet.

- Det skal være 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), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

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.

I erfaringsmøtene vi gjennomfører 2 ganger i året med alle kommunene er tjenesteavtalene fast tema. I møtene deltar også personell fra de ulike klinikkledelsene. Klinikksjefene gis jevnlig info og i Overordnet samarbeidsorgan er det tidvis også tema.

Avtalene er nå under revidering og en partssammensatt gruppe arbeider med dette. Beregnes slutført ultimo 2016.

- 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.

I erfaringsmøtene vi har med kommunene 2 ganger i året drøftes dette. Etter Helsetilsynets rapport våren 2016 har det vært ytterligere fokus på dette. Etter at elektronisk varsling (PLO) er tatt i bruk er varslingen betydelig forbedret.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

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

Seksjon for prosess støtte 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.

I løpet av perioden mai - august har 84 HOS kurs blitt fullført i Campus av Nordlandssykehusets ansatte. Øvrige DIPS kurs har blitt fullført 87 ganger.

Obligatoriske grunnkurs i DIPS for nyansatte og vikarer i alle faggrupper, skal utvikles i samarbeid med klinikkene. Grunnkurs i DIPS for somatikken, er ferdigstilte for faggruppene; Sykepleier på post, lege og sekretær. Grunnkurs som skal være gjeldene for Psykisk helse og rus klinikken (PHR), er under utvikling.

I mai – 16 ble det gjennomført undervisning for superbrukerne i NLSH. Opplæringens innhold ble basert på tilbakemeldinger fra de ulike faggrupper, og erfaringer fra rådgivere når det gjelder behov for opplæring. Ca. 35 % av de som var innkalt på superbruker samling deltok. Årsakene til denne lave prosentandelen kan være mange:

- *Fravær (permisjon, sykdom, ferie)*
- *Manglende tid/uforutsette hendelser som medførte at det ble vanskelig å delta*
- *Passet ikke inn i turnus (eks. personer som kun jobber natt)*
- *Manglende prioritering fra superbrukerne/ledere*

Det arbeides med revidering av opplæringsstrategi for kliniske IT – systemer, handlingsplan og opplæringsplan i EPJ for høst og vår 2016/2017.

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.

SAS ASJ løsningen måtte løftes over på ny plattform før spredning til øvrige foretak i Helse Nord kan påbegynnes. Dette har blitt lagt i et eget prosjekt i regi av Helse Nord, NCAF. Det har vært et omfattende arbeid med å få ASJ løsningen over på ny plattform, langt mer krevende enn først antatt. Det viste seg at mye av arbeid måtte gjøres på nytt. I tillegg har den nye plattformen gitt flere muligheter slik at prosjektet også har vært til dels et utviklingsprosjekt. Prosjektet er forsinket, og skal etter planen være ferdigstilt mot slutten av oktober 2016. Akseptansetestesten skal være ferdig uke 40. Deretter er det en pilotering av den nye løsningen i Nordlandssykehuset. Dette betyr at løsningen etter all sannsynlighet ikke er klar til spredning til de øvrige foretak før i Q1 2017. Det er ikke laget en prosjektplan for hvordan spredningen skal foregå og hva dette vil kreve av ressurser fra de ulike foretak. Dette arbeidet vil bli diskutert med prosjektleder for NCAF 3 oktober. Oppdraget med regional forvaltning er ikke plassert av foretaksgruppen. Nordlandssykehuset venter på forespørsel fra eierdirektør før en eventuell planlegging påbegynnes

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2016

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Vi utfører prevalensundersøkelse fire ganger per år. Vi vil inkludere prevalenstallene i vedlegg til driftsrapport i etterkant av registrering.

- 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.

Siste publiserte innrapportering er fra siste tertial 2015. Disse tallene bør være raskere tilgjengelig.

Oppfølging etter koloninngrep: 91,7 %.

Oppfølging etter totalprotese hofte: 96,1 %.

Oppfølging etter hemiprotese hofte: 84,6 %

Oppfølging etter keisersnitt: 96,2 %.

Oppfølging etter fjerning av galleblære: 100 %.

4.3 Beredskap

- Følger opp at påtalte avvik i Riksrevisjonens rapport om beredskap lukkes og at oppfølgingen rapporteres i tertialrapportene.

Ut i fra styresak 140-2015 *Helse Nords beredskap innen IKT, vann og strømforsyning-oppfølging av styresak 46-2015/3*, er det etter vårt syn ingen åpne avvik og det foregår forbedringsprosesser og utvikling innen alle områdene.

Status for NLSH HF:

ROS-analyser og planer

ROS analyse utført av Safetec 2012/13

Rundt årsskifte 2012 - 2013 engasjerte NLSH HF Safetec til å gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse begrenset til interne hendelser som ligger under Drift- og Eiendoms ansvarsområdet. Forhold som ble analysert ved denne analysen, var blant annet bortfall av strøm og vann. Risiko- og sårbarhetsanalysen ble gjennomført ved Nordlandssykehusets fire lokasjoner, Bodø sentrum, Lofoten, Vesterålen og Rønvik.

Forhold som den gang ble avdekket, er blitt redusert gjennom en rekke tiltak som ble anbefalt i rapporten og den har derfor vært retningsgivende frem til i dag. Imidlertid er tiden nå moden for å gjennomføre en ny ROS analyse. Derfor har vi startet opp analysearbeidet som gjennomføres ved hjelp av nyinnkjøpt ROS-verktøy, What-if.

Arbeidet som nå er startet opp, tar for seg bortfall av kritisk infrastruktur som vann og strøm. Det er senario hvor både intern og ekstern bortfall av vann og strøm blir sett på. Dette er en naturlig oppfølging av Safetec sin ROS-analyse fra 2013 og utføres ved alle NLSH HF sine lokasjoner. Arbeidet vil fortsette ut høsten og forventes ferdig ved utgangen av 2016.

Beredskapsplaner

NLSH HF har overordnede beredskapsplaner ved alle lokasjoner for bortfall av kritisk infrastruktur, som vann og strøm, samt for brann og evakuering. Disse revideres og oppdateres jevnlig. Ved gjennomføring av øvelser er evaluering og oppdatering av eksisterende planverk innebygde rutiner. For NLSH Lofoten er det i tillegg utarbeidet planverk for langvarig bortfall av strøm, samt evakuering av Lofoten sykehus.

Det er tidligere blitt gjennomført møter mellom kommunen politiet samt NLSH HF hvor tema har vært beredskapsplaner. NLSH vil forsøke å få i gang igjen dette samarbeidet med de nevnte parter med beredskapsplaner som tema. Vi ser viktigheten i en god samkjøring mellom deres og vårt planverk.

Desember 2015 ble 3-årig rullerende plan for bortfall av vann og EL ferdig utarbeidet. Planen inkluderer hele NLSH HF og skal øve både på avdelingsnivå og overordnet nivå hvor øvingsformen er satt opp både som papirøvelser og praktiske øvelser.

Det er et godt samarbeid med brannvesenet i forbindelse med øving/testing av planverket. Dette gjelder spesielt Sentrum hvor det foregår utbygging og etablering i nye bygg.

STRØM

De somatiske sykehusene i Lofoten, Vesterålen og Sentrum (Bodø), har en kapasitet på sine nødstrømsaggregat som opprettholder full drift ved sykehusene hvis strømtilførsel fra leverandør stopper opp. Aggregatene blir testet månedlig, hvor det gjennomføres:

- 1. Fullskalatest hvor aggregatene starter opp samtidig at strøm inn til sykehuset blir stoppet. Hele sykehuset går på kun nødstrøm.*

I tillegg til nevnte test/øvelse, gjennomfører Sentrum (Bodø) en test hvor aggregatene startes opp og kjøres en time med belastning. Det vil si at aggregatene blir testet to ganger i måneden.

Lokasjonen på Rønvik/Mellomåsen har ikke full nødstrømsdekning ved strømstans. Der prioriteres kursene slik at avdelinger som har pasienter kan opprettholde driften ved bruk av nødstrøm.

I oppfølgingen av 3-årig rullerende plan for bortfall av vann og EL, ble det gjennomført øvelse i avdeling ved Sentrum (Bodø), hvor senario var bortfall av strøm på grunn av brann i EL-tavle. Erfaringsrapport ble skrevet og distribuert til hele HF da læringsutbyttet var overførbart til andre avdelinger og staber.

VANN

Ved lokasjonene i Lofoten og Vesterålen er det nå under montering ekstern påkobling for vann på utsiden av byggene. Dette gjøres for å ha muligheten til å koble vanntankvogn på vanntilførsel og derigjennom opprettholde vanntilførselen ved sykehuset hvis alle de andre tilførselene kollapser. Det er samtidig opprettet samarbeid med kommunene som har et leverandøransvar. Sårbarheten er gjennom dette betydelig redusert på begge sykehusene.

Ved lokasjonen Sentrum-Bodø, er eksternt påkoblingsrør under utredning. Vi håper det skal være ferdig og testet før utløpet av 2016.

Ved alle våre somatiske sykehus er det montert vannrenseanlegg, type Bacsan (sølv/kobber-tilsetning). Dette bidrar til at vi tilnærmet eliminerer muligheten for legionella-oppvekst og ikke trenger å forholde oss til eventuelle kokepåbud fra offentlig vannleverandør.

NLSH Vesterålen.

Det er to vannrør inn til sykehuset (drikkevann og sprinkel), samt mulighet for ekstern påkobling ute på vegg. Begge rørene kommer inn fra samme vannreservoar, men har leveranser fra 3 ulike vannverk. Ved bortfall av vannreservoar kan vannet kjøres direkte fra vannverkene til sykehuset.

Begge inntakene går gjennom eget filteranlegg og legionellafilter (kobber-sølv tilsetning) ekstern påkobling går gjennom samme filtersystem.

Kommunen har en vanntankvogn som kan brukes for ekstern påkobling, men denne tilhører Brann og Redning og har prioritet til det formålet. Sykehuset har imidlertid i dag høyeste prioritet ved krise. Vi har ingen skriftlig avtale om dette pr i dag, men samarbeidet med kommunen og leverandører vil fortsette og skrives inn i planverket.

Ekstern tilkobling skal i løpet av 3 kvartal 2016 testes ved at vanntankvogn kobles til og kjører vann inn til avløp. Dette er i samsvar med 3-årig rullerende plan for bortfall av vann og EL.

NLSH Lofoten

Sykehuset i Lofoten har i dag leveranse fra ett vannreservoar. I tillegg kommer eksternt tilkobling som sykehuset nå etablerer, slik at man har alternativ tilførsel av vann ved svikt i ordinært vanntilførsel. Sykehuset har avtale med kommunen hvor leveringsvilkår beskrives og det gis garanti for levering.

Her som ved de andre sykehusene, går vannet gjennom eget filteranlegg og legionellafilter (kobber-sølv tilsetning). Den ekstern påkobling går gjennom samme filtersystem.

Det vil bli gjennomført øvelser på ekstern tilkobling i løpet av tredje kvartal 2016 jf. 3-årig rullerende plan for bortfall av vann og EL.

NLSH sentrum, Bodø

Det er i sentrum to ringledninger som forsyner sykehuset med vann. Det vil si at vanntilførsel kan opprettholdes selv om den ene ringledningen ikke kan levere av forskjellige årsaker.

Avtaler med kommunen/leverandør er enda ikke på plass, men det pågår et arbeid som nevnt tidligere om å gjenoppta samarbeidet med Bodø kommune.

Når den eksterne tilkoblingen er etablert, vil det bli gjennomført øvelse, jf. 3-årig rullerende plan for bortfall av vann og EL.

NLSH Rønvik

Ved den eldste bygningsmassen ved Rønvik, er rørkvaliteten av en så dårlig kvalitet at et trykk fall/økning vil med stor sannsynlighet gjøre skade på rørene. Det pågår et kontinuerlig utbedringsarbeid og tas fortløpende i den takt tilgjengelige ressurser tillater. Rønvik har imidlertid ringledning slik at det ved brudd vil det være mulig å midlertidig legge om og en viss drift kan opprettholdes. Et forhold som kan tas med i vurderingen, er at pasientgruppen ved Rønvik er av en slik kategori at den er lettere å flytte/omdisponere ved dette sykehuset enn ved et somatisk sykehus.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2016:

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

Det har vært økt bevissthet om og økt fokus på aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) både i 1. og 2. tertial, spesielt knyttet til leger. De fleste klinikker er godt i gang med langtidsplanlegging, men alle har ikke 6 måneders planlegging på plass. Prosjekt «Integrasjon GAT-DIPS» (på RHF-nivå) er ikke avsluttet. Det er derfor ikke automatisk bruk av GAT-data i DIPS.

Nordlandssykehuset har prioritert å starte ARP med fokus på leger og legers arbeidsplaner. På grunn av sentral uenighet om innhold i overenskomster, mekling og pågående streik, har det siden mai vært vanskelig å få leger med på langtidsplanlegging (kalenderplanlegging) så lenge uenigheten ikke er avklart.

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

I mars 2016 ble det gjennomført kartlegging av kompetansebehov i foretaket, derunder behov for videreutdanninger hos enkeltansatte. I tillegg ble kompetansebehov på klinikk-/stabsnivå kartlagt. Deretter ble tiltak prioritert og handlingsplan for videreutdanning ble ferdigstilt 10. april. Iverksetting av videreutdanninger og annen kompetanseaktivitet startet nå i høst. Videre-/masterutdanning for sykepleiere (ABIOK) har ferdigstilte planer i henhold til opptak ved universiteter, i år innen 1. juni. Andre typer interne utdanninger basert på de viktigste prioriterte fagområder ut fra kompetansebehov som foretaket har, fikk ferdigstilte planer i 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.

Etter rapportering 1 tertial, er det utviklet og tilsendt en handlingsplan for videreutdanning i Nordlandssykehuset i juni 2016. Tiltakene som er beskrevet iverksettes høsten 2016 og våren 2017.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

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

Nordlandssykehuset deltar i Helse Nord's Forvaltningsforum for medarbeiderundersøkelsen, MU. Forumet har regelmessige møter for å utvikle MU-konseptet og forberede og koordinere gjennomføring av MU høsten 2016. Nordlandssykehuset skal 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 deltok i «Helse Nord prosjekt med å identifisere områder for regionalt koordinert ferieavvikling.» Vi hadde arbeidsgruppe med deltakere fra klinikkene og HR. Arbeidsgruppen kartla hvor lokal og regional koordinering av ferieavvikling allerede praktiseres og hvor det var behov for koordinering i forbindelse med ferieavvikling 2016.

Hovedkonklusjonen var at etablerte ferieavviklingsordninger i Nordlandssykehuset HF fungerer bra og videreføres hovedsakelig lokalt. Ferieavvikling løses i hovedsak ved hjelp av eget personell og noe vikar-innleie. Likeledes videreføres allerede etablerte ordninger Kirurgisk- ortopedisk klinikk, Diagnostisk klinikk, og Kvinne/barn klinikken har med UNN og St. Olav.

Målet med samordning anses som nådd.

Vi er imidlertid kjent med at det har vært utfordringer i årets ferieavvikling og vil derfor ha ei grundig evaluering i løpet av høsten.

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

Sykefraværet for august måned 2016 er i sum 8 %. Dette er en nedgang på 1 prosentpoeng siden forrige måned. Tabellen under viser at korttidsfraværet lå på 2,1 % i juni, 1,8 % i juli og 2,3 % i august. Dette betyr at nedgangen i det totale fraværet i sin helhet kommer fra nedgang i langtidsfraværet, som har gått fra 6,5 % i juni, til 7,2 % i juli og i august er på 5,7 %.

Akkumulert sykefravær per klinikk og HF for perioden september 2015 – august 2016

Det totale fraværet for Nordlandssykehuset de siste 12 måneder er på 8,8 %.

Under og rundt måltallet på 7,5 % ligger klinikken Kvinne/Barn, Kirurgisk- Ortopedisk og Hode- Bevegelse samt stabsavdelingene AFFP, Andre, HR, IBYGG og KIP. Over måltallet ligger Klinikkene Prehospital, AKUM, Medisin, Psykisk helse og Rus og Diagnostisk, samt stabsområdene Drift og eiendom og Økonomi.

PHR-klinikken viser til store omstillingsprosesser de siste årene, som er gjennomført med omplasseringer og i noen tilfeller oppsigelser. Det vises også til endringer i arbeidsform, som i noen tilfeller har medført sykefravær. Andre årsaksforhold er stor andel kvinner, alvorlig sykdom, høy gjennomsnittsalder i deler av virksomheten og mange enheter med stor belastning grunnet svært syke pasienter. Klinikken har erfarne ledere som jobber godt med oppfølging av fravær og gis god støtte både fra klinikkens stab og HMS-seksjonen.

Prehospital: Det er bilambulansetjenesten, portørtjenesten og akuttmottak/AMK som har høyt fravær. Ser en bort fra akuttmottak/AMK og ambulanse i Bodø, er de andre små enheter, slik at det blir fort en høy prosent ved fravær. Klinikken har startet arbeidet med «dypdykk» i ambulansetjenesten for å se nærmere på sammenhengen mellom sykefravær og innleiekostnader.

AKUM: Lofoten og Bodø står for det høyeste sykefraværet. Sykefraværet er sammensatt med blant annet muskel skjelett plager for å nevne noen årsaker. Klinikken totale sykefraværspersent er uforandret sammenlignet med samme periode i 2015.

Medisin: Det er fortsatt slik at det er Lofoten og Vesterålen som har det høyeste fraværet innen medisinsk klinikk. I Bodø er det sengepostene som har høyt fravær. Noe av dette fraværet kan relateres til byggeaktiviteten. Kontortjenesten har generelt høyt fravær. Klinikken totale sykefraværspersent er uforandret sammenlignet med samme periode i 2015.

Diagnostisk har i 2015 hatt stort fokus på det fysiske og ergonomiske arbeidsmiljøet. BHT har vært inne til arbeidsplassvurderinger og rådgivning. Arbeidsutstyr er byttet ut og det er gitt rådgivning i forhold til best bruk av annet arbeidsutstyr. På laboratoriene arbeides det godt med oppfølging av langtidssykemeldte. Korttidsfraværet har hatt mindre fokus, men det er konkrete planer for å jobbe mer bevisst med det fremover. Det har vært gjennomført et prosjekt med fokus på arbeids-helse i forbindelse med sko-prosjektet. Det er litt tidlig å si noe om det får innvirkning på sykefraværet. Her får alle tilbud om gratis sko. Arbeidsmiljø er tema på noen enheter og det vil være et bevisst fokus videre på det.

Drift og eiendom har høyest fravær i to av sine enheter og fravær under måltallet i de øvrige. Årsaker er høy gjennomsnittsalder i noen enheter hvor også statisk og tungt arbeid skaper slitasje over tid. Lederne arbeider strukturert med oppfølging av fravær.

Økonomiavdelingen har slitt med høyt fravær ved to av sine enheter. Årsakene ligger i høyt arbeidspress over tid, ensformig arbeid, kronisk sykdom og ergonemi. Her er det gjort en stor innsats ved innføring av jobbtotasjon samt ergonomiske tilpasninger som forventes å gi resultater.

Sykefraværet avgrenset til 2. tertial var på samlet sett 8,5 %, en reduksjon på 0,7 prosentpoeng sammenlignet med 1. tertial 2016.

Foretaket har utarbeidet strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2015-2018.

Det er i tillegg laget årlig tiltaksplan. Den strategiske planen har åtte satsingsområder:

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

Status på ovennevnte punkter:

1. *Rutinene er i henhold til Lov og avtaleverket og IA avtalen. Foretaket har tidvis turnover blant ledere slik at kompetansebygging og samhandling alltid er i fokus. Det etterstrebes en bedre plan for opplæring i de aktuelle systemer som foretaket bruker med hensikt at nye ledere raskere kan være operative.*
2. *Vi har god sykefraværstatistikk. Analysene kunne vært bedre i forhold til dagens behov i for eksempel lettere å lese ut årsakssammenhenger. NLSH har ingen etablerte rutiner for å kartlegge årsaker til avgang.*
3. *Helsefremmende arbeidsplasser er en del av det totale arbeidet som ligger i lokale handlingsplaner og mulighetene for gjennomføring av tiltak. Det er pr dato 5 enheter som er med i IBedrift via Nav Arbeidslivssenter. En enhet har signalisert at de vil trekke seg ut av dette fordi de ikke har kapasitet til det.*
4. *Prosedyrer og skjema for vernerunder er nylig oppdatert. Tilbakemeldingene fra de som bruker disse er positive. Det kan med fordel gjøres flere risikovurderinger generelt slik at forebyggende arbeid og planer kan iverksettes før noe er blitt et problem. Sett i sammenheng med at AB-fløyen skal renoveres der støy, støv og omorganisering vil være krevende i forhold til forebygging av sykefravær og generell HMS.*
5. *Med stadig skjerpede økonomikrav til klinikkene ser vi at det er mindre handlingsrom til å legge til rette for arbeidstakere som trenger det i forebyggende øyemed eller i tilbakeføringsfaser til egen jobb. Ingen/få har ledige lønnsmidler som kunne ført til at flere kom raskere tilbake i jobb og sykefraværstatistikken kunne raskt blitt noe mindre.*
6. *Seniorpolitikken er pr dato i tråd med Helse Nords verdier. NLSH har utarbeidet en seniorpolitikk spesielt for foretaket. Tiltak er en vurdering som gjøres lokalt i enhet/Klinikk.*
7. *NLSH har ledere som har god forståelse for og jobber relativt strukturert med sykefraværsoppfølging. Det er som under punkt 4 beskrevet at det er lite/ingen mulighet til tiltak som berører budsjett. Det er godt samarbeid mellom enhetsledere og HMS seksjonen i forhold til bistand i saker og deltakelse i personalmøter, ledersamlinger etc.*
8. *I 2016 har NLSH hatt en større satsing på å bygge opp kompetanse og kapasitet på håndtering og forebygging av konflikter. Det er gjennomført dagskurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud hvor til sammen 260 personer har deltatt. Kursholderne er blant de fremste kapasitetene vi har i Norge på området og de har utgitt flere lærebøker på området. I tillegg bygger vi opp kompetansen i HR-staben for å kunne støtte klinikkene i de vanskelige sakene. Vi har sett at konflikter som går over tid og ikke blir håndtert fører til stor belastning både for ledere og alle berørte, og miljøet rundt dem. Som oftest fører konflikter også til sykefravær og at noen slutter, og NLSH har et tap av kompetanse. Satsingen videreføres ved at rutinene på området revideres og nye utvikles. Det vil så bli gjennomført opplæring i rutiner og prosedyrer for alle ledere, tillitsvalgte og verneombud. Vi forventer at satsingen skal gi resultater på sikt.*

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

- Tertiærvis 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 trangboddhet. Foretaket har i første tertial hatt 458 korridorpasienter, de fleste i Bodø. I andre tertial var antallet korridorpasienter 324, hvorav 317 i Bodø. Disse har vært fordelt på medisinsk klinikk, kirurgisk ortopedisk klinikk og hode bevegelse klinikken.

For å redusere antall korridorpasienter har vi flere ulike strategier:

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

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

2. 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.

3. Ventetider og fristbrudd

Som tidligere forespeilet, både i rapport fra første tertial i oppfølgingsmøter med Helse Nord har ikke Nordlandssykehuset HF oppnådd gjennomsnittlig ventetid for avviklede under 65 dager.

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høyt. Det er først når vi får en reell reduksjon i antall langtidsventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende at fall i gjennomsnittlig ventetid for avviklede gjenspeiler en forbedring. Alle våre klinikker har redusert gjennomsnittlig ventetid for ventende så langt i år. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede var i august 76 dager og for ventende 88 dager.

I første tertial klarte vi å stabilisere nivået på fristbrudd som vi oppnådde på slutten av 2015. Sommerferien har medført redusert kapasitet med påfølgende fristbrudd. Som forespeilet i tertialrapport fra første tertial har vi ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i andre tertial.

Vi har jobbet med en målsetning om ingen fristbrudd i løpet av tredje tertial, men arbeidskonflikten mellom Spekter og Akademikerne hvor 10 av våre leger er tatt ut i streik har medført avlysning av polikliniske timer og redusert totalkapasitet så vi er usikre om målsetningen er realistisk.

