



## **Styresak 070-2018**

### **Tertialrapport 2-2018 Nordlandssykehuset HF**

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen m.fl.  
Dato dok: 02.10.2018  
Møtedato: 08.10.2018  
Vår ref: 2018/1170

Vedlegg (t): Tertialrapport 2-2018 Nordlandssykehuset HF

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

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2018 for oversendelse til Helse Nord RHF.

#### **Bakgrunn**

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2018 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 2. tertial ihht rapporteringsmal fra Helse Nord RHF.

#### **Direktørens vurdering**

##### ***Ventetid og fristbrudd***

Nordlandssykehuset har så langt i 2018 ikke oppnådd oppdragsdokumentets krav om lavere ventetid for avviklede pasienter sammenlignet med 2017. Administrerende direktør gjennomgår jevnlig utvikling i ventetid i fellesmøter med klinikksefenes ledergrupper, i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøtene med den enkelte klinikk. Ventetid for avviklede ligger høyere i Nordlandssykehuset enn snittet for landet, mens ventetid for ventende ligger lavere.

Foretaket vil arbeide videre med reduksjon i ventetid både for 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 2. tertial 2018. Styringskravet om 0 fristbrudd er imidlertid ikke nådd. I 2.tertial 2018 er fristbrudd økt noe både for avviklede og ventende.

##### ***Kreftpakkeforløp***

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid innenfor standard forløpstid er i perioden januar 2018 – august 2018 på 68 % for Nordlandssykehuset. Dette er ikke innenfor styringskravet, men høyere enn snittet for landet (65 %) og snittet for Helse Nord (66 %). Det arbeides med

rekruttering av spesialister, hensiktsmessig fordeling av operasjonsstueressurs samt god tilgang på diagnostiske tjenester for å øke måloppnåelsen.

### ***Bredspektret antibiotika***

Helseforetakene har et styringskrav om reduksjon i bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenlignet med 2012. I 1.tertial 2018 falt antibiotikaforbruket og målet om 20 % reduksjon var nådd. Imidlertid har forbruket steget noe i 2.tertial, slik at reduksjonen nå er på 16 % sammenlignet med 2012. Med fortsatt fokus på reduksjon bør det likevel være mulig å nå målet om 20 % innen årets slutt.

### ***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. I Nordlandssykehuset har det vært en marginal økning i ventetider innenfor psykisk helse og rus (56 dager), men ventetidene er fremdeles lavere enn for foretaket samlet (64 dager). Kostnadsutviklingen 2. tertial 2018 har vært høyere i psykisk helse og rus enn i somatikk med en økning på +3,7 % innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse, mens det innenfor somatikk har vært en kostnadsutvikling på + 3,5 % (eksklusiv kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon). Det har vært en reduksjon i aktivitet innenfor psykisk helse og rus i 2. tertial sammenlignet med samme periode 2017 med henholdsvis -2,5 % for poliklinikk og -1,6 % i liggedøgn, mens somatikk har hatt en aktivitetsvekst på 3 % (ISF-aktivitet). Dette skyldes mangel på behandlere innenfor psykisk helsevern, og har resultert i økning i fristbrudd innenfor psykiatri og økt kjøp av helsetjenester innenfor psykisk helsevern for voksne. Den gyldne regel vurderes således oppfylt når det gjelder utvikling i ventetider og kostnader, men ikke når det gjelder aktivitet.

### ***Pasientsikkerhetsarbeidet***

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er i hovedsak innført i Nordlandssykehuset. **Siste** rapportering ble lagt frem i styresak om kvalitet og pasientsikkerhet i juni.

I begynnelsen av 2018 ble det startet et arbeid med tidlig oppdagelse og behandling av sepsis for team bestående av lege, sykepleiere og enhetsledere fra akuttmottakene i Lofoten og Vesterålen. Det er i denne forbindelse gjennomført læringsnettverk med faglig oppdatering og innføring i forbedringsmetodikk. Siste samling ble gjennomført i september 2018, og resultatene av arbeidet for hele foretaket legges frem i styresak 068-2018.

Foretaket har etablert klinikkovergripende månedlig opplæring i ProACT, opplæringskonseptet til tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Det gjennomføres kurs med personell fra både Nordlandssykehuset og Bodø Kommune, og vi gir bistand til opplæring av instruktører og veiledning i forbedringsarbeid for innføring i et av sykehjemmene i Bodø kommune. Innsatsområdet er også tatt i bruk i en avdeling i Psykisk helse og rus-klinikken, og det forberedes nå spredning til akuttpostene.

### ***Reduksjon i deltid***

Foretaket er i gang med etablering av bemanningssenter som skal bidra til å redusere andelen deltidsstillinger i foretaket. Målsetning for 2018 er at vi ved årsskiftet skal utlyse minimum 75 % av ledige sykepleierstillinger som 100 % stillinger, og som kombinasjonsstillinger der den enkelte klinikk ikke kan tilby hel stilling.

### ***Sykefravær***

Sykefraværet de siste 12 måneder var ved utgangen av august 2018 8,4 % mot 8,5 % etter 1. tertial. Måltallet på 7,5 % eller lavere er ikke nådd. Tre av klinikkene ligger under måltallet, to klinikker svært nær måltallet (avvik på 0,5 prosentpoeng). Korttidsfraværet hittil i 2018 er på 2,4 %, og noe høyere enn måltallet på 2 %. Dette er likevel en forbedring fra 1. tertial.

### ***Økonomi***

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 067-2018 Driftsrapport august 2018 for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 2. tertial.

# Tertialrapport for 2.tertial 2018 for Nordlandssykehuset HF



**NORLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDÁ SKIPPIJVIESSO



## Innhold

1	Innledning.....	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	4
	<b>Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder.....</b>	<b>4</b>
	<b>Somatikk.....</b>	<b>6</b>
3.1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	8
3.2	Samhandling med kommuner.....	9
3.3	Samhandling med leverandører av private helsetjenester.....	9
3.4	Kvalitetsutvikling.....	9
3.5	Pasientsikkerhet.....	10
3.6	Smittevern.....	11
4	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	11
4.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	12
4.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	15
5	Innfri økonomiske mål i perioden.....	17
	<b>Resultatkrav.....</b>	<b>17</b>
	<b>Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning .....</b>	<b>18</b>
	<b>Anskaffelsesområdet .....</b>	<b>19</b>
6	Risikostyring og internkontroll.....	21
	<b>Informasjonssikkerhet.....</b>	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
	<b>Ytre miljø.....</b>	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

## 1 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	<b>Administrativt</b> utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018  <b>Styrebehandlet</b> Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	<b>Administrativt</b> behandlet Årlig melding: 6. februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

### 3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

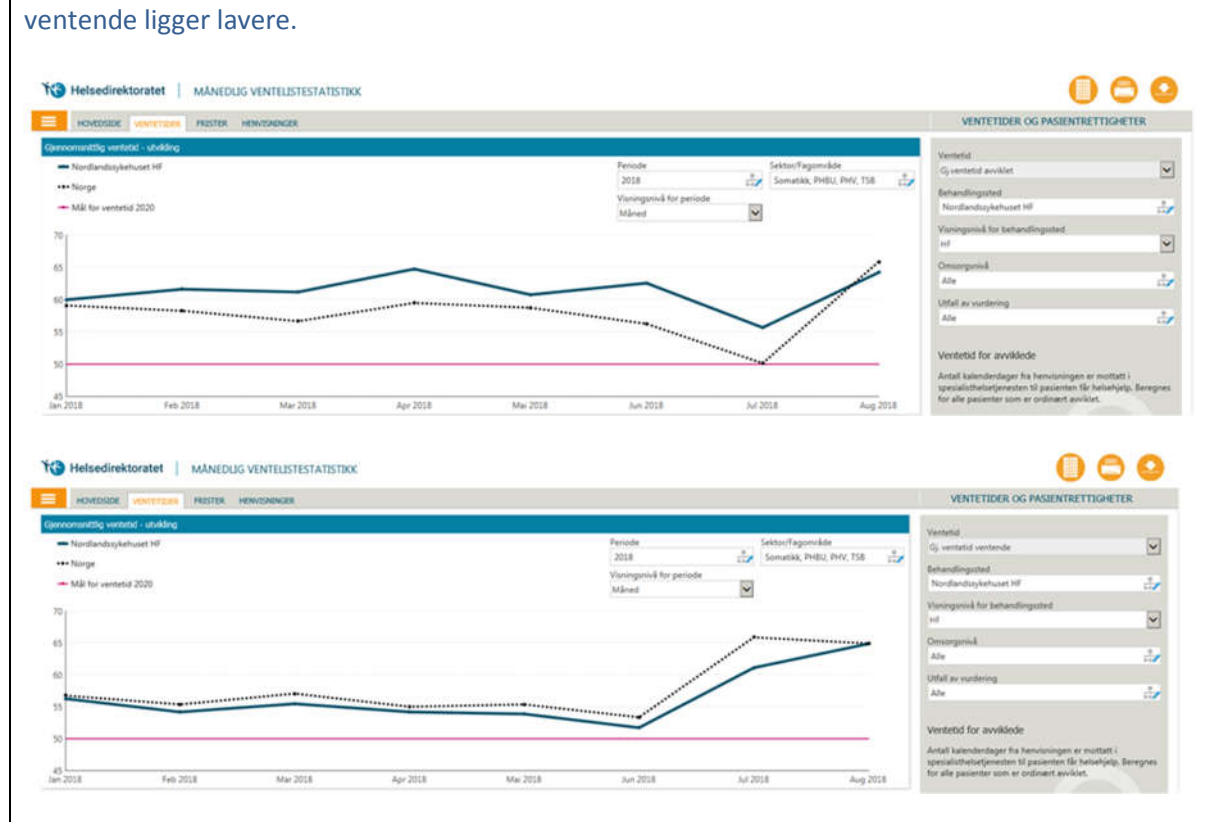
#### Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

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

Nordlandssykehuset har så langt i 2018 ikke oppnådd lavere ventetid enn i 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.

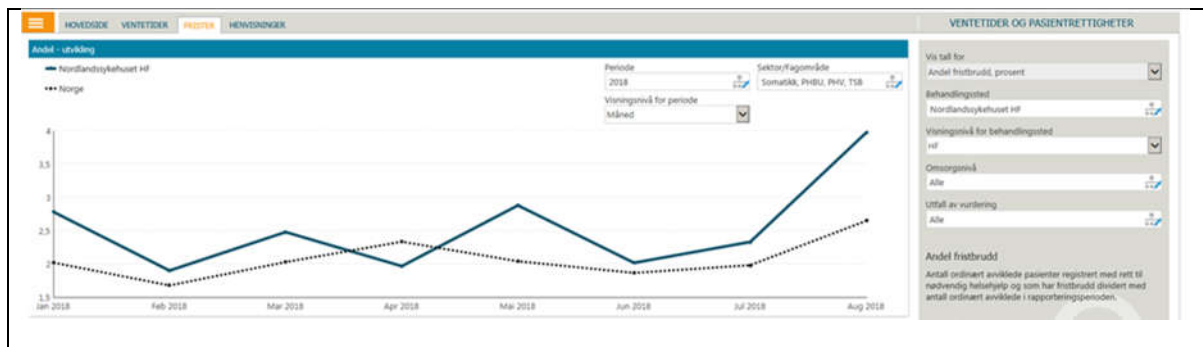
Ventetid for avviklede ligger høyere i Nordlandssykehuset enn snittet for landet, mens ventetid for ventende ligger lavere.



2. Ikke ha fristbrudd.

Nordlandssykehuset har ikke nådd styringskravet om ingen 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 %. I 2.tertial 2018 er denne noe økt både for avviklede og ventende. For august er det særlig Kirurgisk ortopedisk klinikk som har økt betydelig i antall avviklede fristbrudd, noe som skyldes kapasitetsproblem innenfor ortopedi i forbindelse med ferieavvikling og sykefravær.

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 andel fristbrudd både for ventende og avviklede.



### 3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017<sup>1</sup>.

Vi viser til svaret fra Helse Nord RHF til HOD på denne indikatoren for 1.tertial 2018:

«Den nasjonale gruppen, arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling, ønsket å finne en felles forståelse for hvordan regionene skulle rapportere på denne indikatoren. Gruppen utredet derfor innholdet i denne indikatoren og kommet til følgende konklusjon som også er formidlet til HOD: Indikatoren Tid til tjenestestart kan være egnet for annen bruk, men det er kommet frem at den ikke er godt egnet til å undersøke median tid til tjenestestart med formål om å redusere ventetid til reell behandlingsstart for den behandlingen pasienten har nytte av. AIM vil derfor anbefale at man velger andre indikatorer for tid til tjenestestart når formålet er å måle forbedring i tilbudet til pasientene i form av kortere ventetid til nyttig helsehjelp. For eksempel vil målepunkter i de etablerte pakkeforløpene være bedre egnet som mål på tid til tjenestestart. Helse Nord RHF avventer å rapportere med tallverdier på dette punktet til dialog med HOD har avklart om dette kravet vil bli justert.»

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

Andel konsultasjoner passert tentativ tid i 2.tertial har vært rundt 13 %. Vi arbeider mot styringsmålet som tilsier at dette skal være lavere enn 5 % innen 2021.

### 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 avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold)<sup>2</sup>.

Ventetidene innenfor psykisk helse og rus har økt marginalt sammenlignet med 2. tertial 2017 (54 til 56 dager), men er lavere enn ventetidene for foretaket samlet (64 dager). Ventetid for ventende har økt noe mer (44 til 62 dager), men også denne er lavere enn for foretaket samlet (64 dager). Kostnadsutviklingen 2. tertial 2018 har vært høyere i psykisk helse og rus enn i somatikk med en økning på 3,7 % innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse, mens det innenfor somatikk har vært en kostnadsutvikling på + 3,5 % (eksklusiv kostnader til avskrivninger,

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> 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 fellepersonell.



legemidler og pensjon). Det har vært en reduksjon i aktivitet innenfor psykisk helse og rus i 2. tertial sammenlignet med samme periode 2017 med henholdsvis -2,5 % for poliklinikk og -1,6 % i liggedøgn, mens somatikk har hatt en aktivitetsvekst på 3 % (ISF-aktivitet). Dette skyldes mangel på behandlere innenfor psykisk helsevern, og har resultert i økning i fristbrudd innenfor psykiatri og økt kjøp av helsetjenester innenfor psykisk helsevern for voksne.

6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.

Vi har god dialog med Sykehusapoteket for spredning av informasjon for våre avdelinger og ansatte. For å samkjøre dette arbeidet med resten av regionen deltar vi også i regional legemiddelkomite for å oppnå læring på tvers av helseforetakene.

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

Kravet om 55 % andel digitale saker i Helse Nord er oppfylt, i august var det oppe i 65,6%.



## Somatikk

### Krav for 2018

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

Andel pasienter med hjerneslag som har fått intravenøs trombolyse er 11 % i Bodø, 18 % i Lofoten og 24 % i Vesterålen.

Spesielt i Bodø er dette en betydelig reduksjon og det planlegges gjennomgang av pasientene fra denne perioden for å se om det er mulig å identifisere årsaken eller om det er tilfeldig variasjon.

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

For Bodø og Lofoten har alle pasienter som fikk trombolysebehandling fått dette innen 40 minutter. I Vesterålen fikk kun 20 % av de som ble behandlet med trombolyse behandling innen 40 minutter. Forsinkelsen i Vesterålen har vært i etterkant av CT undersøkelsen, og dette vil bli fulgt opp internt.

2. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Andelen hjemmedialysepasienter er per 2 tertial 23,7 % i Nordlandssykehuset og 24 % totalt i Nordland fylke. Det er kontinuerlig fokus på å tenke hjemmedialyse for alle pasienter som starter opp i dialyse.

Nordlandssykehuset har god erfaring med oppstart av pasienter i peritoneal dialyse. Oppstart og oppfølging av alle hjemmedialysepasientene skjer i Bodø. Foretaket arbeider kontinuerlig med å få flere pasienter i hjemme hemodialyse. Vi er nå i planleggingsfasen med to nye kandidater. I tillegg har vi etablert en selvdialyse stasjon her i Bodø, som benyttes av pasient som bor lokalt.

I oppstartsfasen av hjemme hemodialyse involveres lokale sentre, dette for at vi skal spille på hverandre i opplæringsfasen og gjennomføring av mengdetrening for pasient, i tillegg til at kunnskap og holdninger om hjemme hemodialyse spres i fylket.

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

Andel pakkeforløp kreft januar 2018 – august 2018 innenfor standard forløpstid er 68 % for Nordlandssykehuset. Dette er ikke innenfor styringskravet, men høyere enn snittet for landet (65 %) og snittet for Helse Nord (66 %).

For å ytterligere øke måloppnåelsen arbeides det med rekruttering av spesialister, hensiktsmessig fordeling av operasjonsstueressurs samt god tilgang på diagnostiske tjenester.

4. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

Det er 2 områder NLSH kommer lavere ut enn gjennomsnittet.

#### 1. Bruk av NIV (Bipap) ved akutt innleggelse.

Her er det kontinuerlig veiledning av LIS 1 og LIS leger om indikasjon og bruk. Dette er bl.a tema på akuttmedisinsk kurs i oktober hvor mange LIS leger deltar samt på internundervisning.

#### 2. Rehabilitering

Her er NLSH og kommunene i Salten på landsbunn. Det er dårlig definert institusjonsrehabilitering i lokalområdet, og vi ser behov for en tetter dialog mellom vårt fagmiljø og Helse Nord RHF når nytt tilbud rehabilitering for denne pasientgruppen skal utlyses. At inntakskontoret (regional vurderingsenhet) ligger i Tromsø, hvor vi i liten grad klarer å ha faglig påvirkning hvor pasientene får plass, spiller også inn.

Det største svakheten innen rehabilitering er manglende «hverdagsrehabiliteringstilbud» i kommunene tilpasset denne pasientgruppen etter eksaserbasjoner. Disse pasientene har 8-12 uker hvor de har betydelig nedsatt funksjon (tapt muskelmasse, nedsatt lungefunksjon, nedsatt hostekraft, dårlig matinntak m.m.) og gjennom dette har stor risiko for ny forverring og i verste fall ny innleggelse.

5. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).

Dette er ivaretatt i 2018 gjennom at tilnærmet alle operative ansatte i ambulansetjenesten er kurset og har trent på administrasjon av trombolytisk behandling. Det har vært lagt hovedvekt på inklusjonskriterier for pasienter og beslutningsstøtte for EKG. Denne treningen vil også bli vektlagt i MOM-kursene for tjenesten også videre.

Prehospital klinikk har i vår samarbeidet med medisinsk klinikk (kardiolog) for å stramme opp alle relevante prosedyrer knyttet til pasienter med STEMI. Fra Prehospital klinikk sin side har det blitt lagt vekt på logistikken rundt EKG og beslutningsstøtten for dette prehospitalt.

6. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykelig overvekt.

Vi har lokalsykehusstilbud for pasientgruppen i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Tilbudet er litt ulikt organisert, spesielt i forhold til lærings- og mestringskurs, hvor vi i Bodø får denne tjenesten levert av Stamina. Ingen av lokalisasjonene rapporterer om problem med fristbrudd.

### 3.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Krav for 2018

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

Antall totalt / andel pr 1000 innbyggere, for tvangsinnleggelser i andre tertial, for voksne:

2017: 82 / 0,75 (antall voksne anslått til 109.600 pr 1.1.2017 for opptaksområdet NLSH)

2018: 65 / 0,59 (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.

Registrering: DIPS klarer fortsatt ikke å fange opp avslutningstype godt nok, slik at enhetsleder må ha «skyggelister» for å få tall som er så korrekt som mulig. Fortsatt ikke optimalt.

Kontinuerte tiltak for å sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling:

- Inntaksteam
- Godt forarbeid/oppfølging før innleggelser
- Sårbarhetsfaktorer i forhold til drop-out kartlegges av enhetsleder, og tiltak iverksettes deretter
- Fleksibilitet på oppmøte til forsamtale/innleggelse
- Pasientkontakt pr SMS
- Pasientkontakt utenom normert arbeidstid (turnusansatte)

#### 2. tertial 2018:

21 planlagte innleggelser

Ikke møtt: 1 pasient - 4,8 %

Avbrutt behandling: 1 pasient - 4,8 %

Sammenlagt er drop-out for andre tertial 2018 på 9,3 %

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### Nordlandssykehuset

1. Etablere helseteam i psykisk helsevern for barn og unge for å yte spesialisthelsetjenester til barn i Bufetats helse- og omsorgsinstitusjon. Tilbudet skal være i drift fra høsten 2018, med frist for tilbakemelding 2. tertial.

Stillinger er lyst ut, 1 overlege og 1 psykolog/psykologspesialist. Overlegestillingen blir besatt, da vi har søker til den. Psykologstillingen må lyses ut på nytt da det ikke var søkere. Teamet vil foreløpig bestå av disse to stillingene inntil det er avklart budsjett for 2019 fra sentrale myndigheter.

## 3.2 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 foretaksovergripende plan for dette oppdraget, men dette er planlagt testet ut i flere klinikker. Psykisk helse og rus klinikken har noe erfaring, og vurderer økt bruk.

Medisinsk klinikk 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 starter nå opp en pilot med Skype konsultasjoner til en nyretransplantert pasient. En evaluering av de tekniske utfordringene skal gjennomføres før en etablerer et permanent tilbud.

Kirurgisk ortopedisk klinikk skal se på hvordan kunne gjøre felles vurdering med Skype når pasienten er hos fastlegen innenfor noen problemstillinger.

## 3.3 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 og eventuelt gi andre råd.

Foretaket vil vurdere å invitere alle spesialistene til en årlig faglig samling med virkning fra 2019. Hvorvidt slike samlinger skal være fagbaserte eller generelle må foretaket komme tilbake til, og i samarbeid med spesialistene.

## 3.4 Kvalitetsutvikling

### Krav for 2018

1. Ikke ha korridorpasienter.

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende byggeaktiviteter, og derav er det fortsatt stor trangboddhet ved denne lokasjonen. Hittil i år har vi hatt 381 korridorpasienter mot 595 samme periode i fjor.

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 korridorpatienter være en problemstilling ved Nordlandssykehuset Bodø inntil sengepostområdene i A/B fløya (høyblokka) er ferdig renovert.

2. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Det er gitt opplæring i nye prosedyrer inkludert bruk av legemiddelmodul for team som jobber med samstemming på enhetene/klinikkene i Nordlandssykehuset. Det er utført opplæring i legemiddelmodul på legenes morgenmøter etter forespørsel og publisert informasjon om prosedyrer, opplæringsvideoer, e-læring og hjelpemidler på intranettsidene. Tjenestekode for rapportering av samstemming er tatt i bruk på alle sykehusene i foretaket. For august er andelen samstemte legemiddellister med bruk av legemiddelmodul 28 % for foretaket samlet, og det vil jobbes videre med å øke andelen legemiddellister som samstemmes.

## 3.5 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 innsatsområdene inngår som en del av sengepostenes aktivitet. Nordlandssykehuset har utviklet et sett med konkrete indikatorer som spesifiserer graden av innføring av de ulike tiltakspakkene, og legges fram for foretaksstyret halvårlig. Siste rapportering ble lagt frem i styresak om kvalitet og pasientsikkerhet i juni. Seksjon for pasientsikkerhet har grunn til å tro at det arbeides aktivt med tiltakene i de aller fleste tiltakspakkene. Mange av de konkrete tiltakene som screening og oppfølgingsplaner gjennomføres rutinemessig, men uten at det alltid måles på enheten. For tiden jobbes det særlig aktivt med samstemming, sepsis og ProACT.

I begynnelsen av 2018 ble det startet et arbeid med tidlig oppdagelse og behandling av sepsis for team bestående av lege, sykepleiere og enhetsledere fra akuttmottakene i Lofoten og Vesterålen. De har gjennomført tre læringsnettverk med faglig oppdatering og innføring i forbedringsmetodikk. Siste samling ble gjennomført i september 2018, og resultatene av arbeidet for hele foretaket legges frem i styresak i oktober.

Det er etablert klinikkovergripende månedlig opplæring i ProACT, opplæringskonseptet til tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Kurset i oktober er fulltegnet med personell fra både Nordlandssykehuset og Sølvsuper i Bodø Kommune. Sistnevnte planlegger innføring i alle avdelinger og får bistand til opplæring av instruktører og veiledning i forbedringsarbeid fra Nordlandssykehuset. Innsatsområdet er også tatt i bruk i en av avdelingene i psykisk helse og rus-klinikken, og det forberedes nå spredning til akuttpostene.

## 3.6 Smittevern

### Krav for 2018

#### 1. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.<sup>3</sup>

Nordlandssykehuset har antibiotikastyringsprogram og antibiotikateam. Forbrukstall for alle avdelinger rapporteres årlig. Det er også gjort noen gjennomganger av forskrivningspraksis, blant annet for alle nedre luftveisinfeksjoner over en 2 – måneders periode. I 1.tertial 2018 falt antibiotikaforbruket og målet med 20 % reduksjon var nådd. I 2.tertial stiger imidlertid forbruket på alle de tre somatiske sykehusene og reduksjonen er nå på 16 % i 2018 (1+2. tertial). I 2017 falt forbruket på samme tid og holdt seg stabilt ut året. Med fortsatt fokus på reduksjon bør det være mulig å nå målet om 20 % innen årets slutt. Det tydelige fallet i 1. tertial i år viser at reduksjon er mulig.

#### 2. Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.

Nordlandssykehuset gjennomfører prevalensundersøkelser 4 ganger pr år. To obligatoriske og to frivillige. Data for prevalensundersøkelse 5.september viser prevalens på 2,7 % for infeksjoner oppstått i eget sykehus. Det rapporteres til Helse Nord RHF i tertialrapporter og til ledelsen gjennom rapporter hvert kvartal som utarbeides av smittevernoverlege.

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

Nordlandssykehuset har fått utsettelse for innlevering av NOIS-data for 1. tertial i år til 15.oktober. Manglende innlevering skyldes ufullstendig rapport for Lofoten. Det er levert rapporter for Bodø og Vesterålen. Det rapporteres tertialvis til Helse Nord RHF. Smittevernlege utarbeider tertialvise NOIS-POSI rapporter til ledelsen.

## 4 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.

---

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

## 4.1 Sikre gode arbeidsforhold

### Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid 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 bl.a.:

- 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 tidbank
- Anbefalinger for etablering av bemanningsenhet i helseforetak

### Tiltaksplan

- Etablere bemanningscenter der det tilbys 100 % stilling
  - Det foregår pr tiden et arbeid med å starte et bemanningscenter. Arbeidet gjøres i samarbeid med NSF.
  - Leder for bemanningscenteret er tilsatt og det skal nå utlyses etter rådgivere som kan arbeide i bemanningscenteret
  - Før utgangen av året skal det tilsettes sykepleiere/pleiepersonell i bemanningscenteret
  - Ved årsskiftet 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
  - Vi hadde planleggingsmøte med NSF i juni.
- Opplæring til ledere i kalenderplanlegging
  - Rådgivere i HR-avdelingen skal i første omgang på kurs i november.
- Revidere retningslinjer for deltid. Følge opp/informere om retten til økt stillingsbrøk pga. ekstravakter iht. arbeidsmiljølovens bestemmelser
  - Arbeidet med å revidere retningslinjene skal starte denne måneden
  - Opplæring gjennomføres i oktober/november

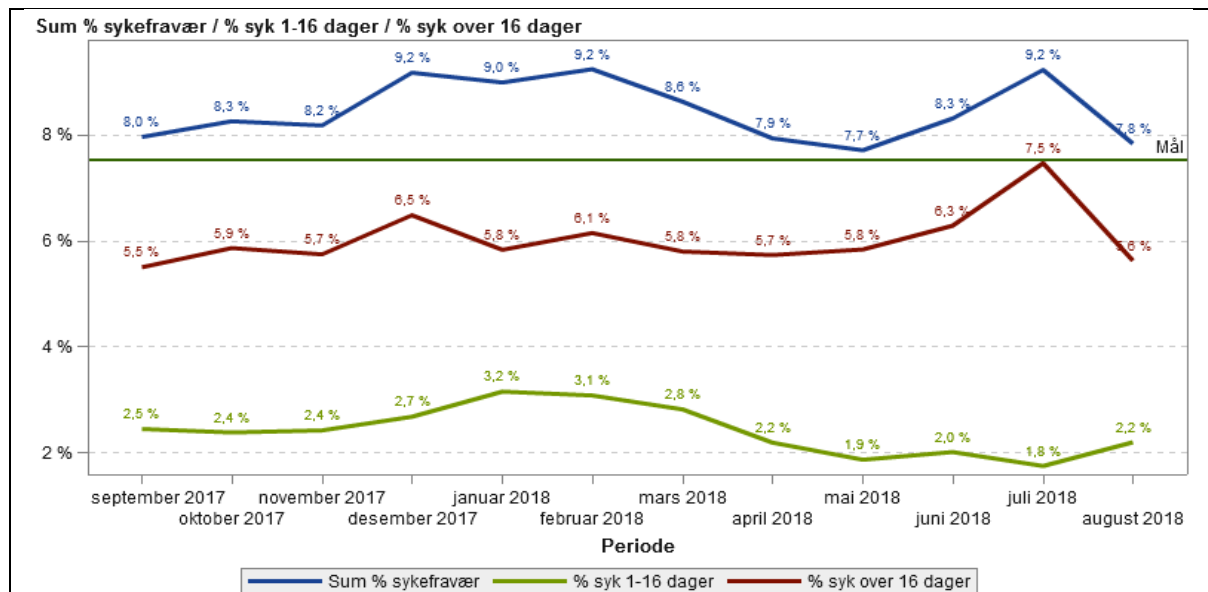
2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

Det akkumulerte sykefraværet for NLSH i perioden september 2017 til august 2018 var på 8,4 % mot 8,5 % ved forrige tertial. 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 %. Så langt i 2018 er korttidsfraværet i NLSH på 2,4 %, mot 3,0 % ved forrige rapportering.

### Sykefravær NLSH september 2017 – august 2018



## Tertialrapport 2.tertial 2018



### Akkumulert sykefravær september 2017-august 2018

Klinikk ▲	Sum % sykefravær	Sykedager	Gjnsnit aktive ansatte	Mulige dagsverk	Syk 1-16 dager	% syk 1-16 dager	Syk over 16 dager	% syk over 16 dager	Egenmeldte dager
<b>Sum</b>	<b>8,4 %</b>	<b>58 648</b>	<b>3 151</b>	<b>695 394</b>	<b>17 021</b>	<b>2,4 %</b>	<b>41 627</b>	<b>6,0 %</b>	<b>10 422</b>
AFFP	9,2 %	242	22	2 624	23	0,9 %	218	8,3 %	16
AKUM	8,2 %	4 954	273	60 410	1 570	2,6 %	3 383	5,6 %	982
Andre	6,3 %	405	28	6 378	58	0,9 %	346	5,4 %	34
DIAG	8,4 %	5 155	282	61 623	1 634	2,7 %	3 521	5,7 %	1 041
DTEK	9,9 %	3 961	178	39 994	992	2,5 %	2 969	7,4 %	553
HBEV	7,3 %	3 502	216	48 025	983	2,0 %	2 519	5,2 %	661
HR	7,5 %	973	57	12 929	237	1,8 %	736	5,7 %	153
IBYGG	8,8 %	140	7	1 591	41	2,5 %	100	6,3 %	22
KBARN	8,0 %	3 631	206	45 401	939	2,1 %	2 692	5,9 %	522
KIP	15,3 %	767	23	5 014	65	1,3 %	702	14,0 %	40
KIROT	7,1 %	3 949	256	55 934	1 190	2,1 %	2 759	4,9 %	755
MED	6,9 %	6 904	467	100 573	2 337	2,3 %	4 568	4,5 %	1 528
ØKON	10,3 %	1 891	83	18 409	525	2,9 %	1 366	7,4 %	329
PHR	8,7 %	13 512	693	154 610	4 408	2,9 %	9 103	5,9 %	2 726
PREH	10,4 %	5 866	257	56 293	1 226	2,2 %	4 640	8,2 %	613
SKSD	10,9 %	2 797	116	25 582	794	3,1 %	2 003	7,8 %	447

### Kommentarer til tallene

Akkumulert sykefraværet i perioden september 2017 til august 2018 på 8,4 % tilsvarer 58.648 sykedager. Dette er 0,9 prosentpoeng over måltallet på 7,5 % og utgjør ca. 6.600 fraværsdager mer enn målet.

Som det framgår av kolonnen sum % sykefravær, ser vi at klinikkene Hode og Bevegelse, Kirurgisk-Ortopedisk og Medisin ligger under måltallet. Kvinne-Barn klinikken samt flere av stabsavdelingene ligger like over måltallet. På over 10 % sykefravær ligger fortsatt Prehospital klinikk samt noen av stabsavdelingene. I Prehospital klinikk er det likevel verdt å merke seg den positive utviklingen med en nedgang på 1,5 prosentpoeng fra forrige rapport.



## 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 arbeidsstedet. 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 en 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

36 enhetsledere og assisterende enhetsledere har snart fullført lederopplæringen. 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) i 2018. Neste kurs gjennomføres vinteren 2019. 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. Arbeidsmiljøkonferansen med tema *ansvar for egen helse* er utsatt til 2019.

## ForBedring og HMS-planer

HMS-seksjonen bistår enheter som ber om det i oppfølgingen av ForBedring. Dette gjelder særlig der det er lave skår på området psykososialt arbeidsmiljø. Fra og med 2019 skal tiltak etter ForBedring inkluderes i de enkelte klinikker/avdelinger/enheters øvrige HMS-planer.

## Oppfølging av klager/varslingsaker

Faktaundersøkelser gjennomføres fortløpende i saker der det er behov for det. Disse sakene 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.

**Nærværprosjektet** i Prehospital klinikk er forlenget ut året.

### **Nye rutiner/elektronisk sykmelding**

Fra november 2017 ble det innført digital sykmelding fra fastlegene til arbeidsgivere og NAV, og Lønnsseksjonen i Nordlandssykehuset gjorde et stort nybrottsarbeid for å få dette til å fungere hos oss. Erfaringene så langt er at den enkelte sykmeldte ansatte har et mye større eget-ansvar for rapportering og oppfølging av sine sykmeldinger både opp mot nav og mot arbeidsgiver. Det er fortsatt mye jobb med oppfølging for dem som jobber med lønn, dels som følge av at det er nytt både for ansatte og ledere og dels fordi systemet ser ut til å være designet for å lette oppfølgingen for nav, men kanskje fører til mer arbeid for arbeidsgiver. Lønnsystem-messig fungerer det imidlertid bra.

### **AKAN**

Opplæringen i de nye rutineene 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. HMS-seksjonen tilbyr opplegg på 1-2 timer som passer å gjennomføre på personalmøter. Dette tiltaket videreføres.

## **4.2 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 for 2018-35 synliggjør langsiktige satsinger og prioriteringer og retter tiltak mot bemanningsutfordringer og utdanningskapasitet.

Foretakets mest kritiske bemanningsbehov/kompetansebehov er spesielt rettet mot enkelte grupper legespesialister (eks. psykisk helsevern og rus, radiologi, hud, øye), samt sykepleiere generelt og spesialsykepleiere spesielt. Konkurransen om helsepersonell fra ulike fagområder synes for øvrig å tilspisse seg.

Der et vanskelig å rekruttere ferdigutdannede legespesialister, og foretaket må derfor ta sikte på å utdanne spesialister for å dekke eget behov for denne kompetansen.

For sykepleiere er utdanningskapasiteten ved universitetene for lav. I henhold til det fremtidige behovet for denne faggruppen, må utdanningene økes. Utfordringer ved vekst i utdanningskapasitet kan medføre økte vansker med tilgang på praksisplasser, kvalitet og type praksisarenaer som er i tråd med rammeplaner for utdanningene. For spesialsykepleiere er

utdanningskapasiteten god, men overgang fra videreutdanning til master gir oss utfordring i forhold til å kunne påvirke planlegging og organisering av utdanningsforhold rundt denne gruppen.

## 2. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nord's strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Nordlandssykehuset har en styrevedtatt strategi/metode for leder- og ledelsesutvikling som bygger på Helse Nord sin strategi.

### Ledermobilisering

Nordlandssykehuset starter 19. september opp kull 2 på «Veien til ledelse – ledermobilisering». Det er 16 kandidater, 13 kvinner og 3 menn med i dette kullet, som i hovedsak består av deltakere fra klinikkene med flest sykepleiere og leger. Deltakerne skal gjennom et strukturert forløp bestående av 3 faser, hver på 8 uker. I fase en arbeides det med bevisstgjøring på hva ledelse i sykehus er, i fase to er det fokus på trening på lederrollen, og i fase tre får deltakerne øve på sin ferdighet. Målet med programmet er at deltakerne skal få økte kunnskaper om ledelse og anledning til å avklare om ledelse passer for dem. For foretaket er målsettingen å øke tilfanget av forberedte søkere til lederstillinger. Etter gjennomført program inngår deltakerne i en base med potensielle lederkandidater. Mer enn 50 % av deltakerne på kull 1 er nå i lederstilling ved nordlandssykehuset, og noen har gått videre med nytt lederprogram.

### Lederprogram for førstelinjeledere

Lederprogram for enhetsledere og ass. enhetsledere blir gjennomført i perioden april-desember 2018. Programmet inneholder både lederopplæring og lederutvikling.

Temaene på samlingene i lederprogrammet er:

- Strategisk planlegging og styring
- Økonomi, budsjettansvar og fullmaktstruktur
- Risikostyring, internkontroll og forbedringsarbeid
- Det personlige lederskapet og lederkravene
- Helsefremmende arbeidsplass – forebygging, HMS, IA, nærvær og sykefravær
- Kompetanseplanlegging og rekruttering
- Arbeidsgiverrollen og personalledelse
- Personalsaker
- Håndtering av personkonflikter og trakassering
- Omstilling

### Utvikling av ledergrupper

Utvikling av ledergrupper foregår i de enkelte klinikker/senter/stabsenheter

### Eksterne tilbud

Av eksterne tilbud benyttes NTP med våre tilbudte plasser og Master i ledelse ved Nord Universitet.

I vårt videre arbeid vil vi utvikle strategi for innfasing og utfasing av ledere med tanke på at dette skal skje på en god måte.

## 5 Innfri økonomiske mål i perioden

### Resultatkrav

#### Krav for 2018:

1. Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:
  - Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.
  - Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.
  - Satsing på klinisk farmasi.
  - Innkjøp.
  - Innføring av nytt sak-/arkivsystem.
  - Innføring av kompetansemodule i personalportalen.

#### **Innføring av felles kliniske system**

Forventede gevinster av FIKS er beskrevet i Helse Nord styresak 133-2014. Her er det beskrevet ulike effekter/gevinster som forventes komme via FIKS programmet og hvor en felles regional forvaltning dras fram som nøkkel for å oppnå flere av disse. I etterkant av FIKS har vi fått en DIPS EPJ (elektronisk pasientjournal) for hele regionen, hvor helsepersonell har tilgang på pasientjournal fra eget foretak for de pasientene de deltar i behandlingen av. Helsepersonell har i tillegg lesetilgang til journal ved øvrige helseforetak i regionen ved behov. Vi har fått på plass beslutningsstyrt tilgang og redusert behovet for å sende journalopplysninger mellom sykehus og foretak, noe som har gitt betydelig bedring i informasjonssikkerheten. Vi har en felles forståelse i region for bruk av DIPS EPJ, noe som gjør at vi kan ha felles prosedyrer og gjør det enklere for ansatte som arbeider flere steder.

Oppsummert er flere arbeidsprosesser blitt enklere ved at vi har felles journal for hele foretaket, men om dette har gitt økonomisk gevinst eller bare kvalitetsmessige gevinster er vanskelig å gi en klar tilbakemelding på.

Felles funksjonell forvaltning av kliniske IKT systemer har ikke gitt forventet gevinst. For å realisere gevinstene av de store investeringene i FIKS programmet må styringsstrukturen for forvaltning revideres, noe som allerede pågår. Vi ser fram til at denne revisjonen blir ferdig, og forventer at dette vil gi en mer ryddig styringsstruktur hvor størstedelen av arbeidet ligger nærmere de kliniske miljøene.

#### **Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon**

I oktober 2016 ble Mine Pasientreiser etablert for å ivareta oppgavene knyttet til pasientreiser uten rekvisisjon. Nordlandssykehuset tok ned 5 årsverk ved vårt pasientreisekontor som følge av disse endringene, en reduksjon i kostnader på 2,5-2,6 mill kr. Nordlandssykehuset faktureres nå med 2,6 mill kroner i året for Mine pasientreiser, noe som er på størrelse med det vi har tatt ned i reduserte lønnskostnader ved Pasientreiser i Lofoten.

Det var en forventning om at foretakene ville spare penger som følge av forenkling av oppgjør for pasientreiser uten rekvisisjon. Dette fordi digitalisering og automatisering av oppgjør skal redusere transaksjonstunge tjenester hos Pasientreiser HF. Det vi imidlertid har avdekket er en betydelig økning i kostnad til transaksjonstunge tjenester (fakturert fra Pasientreiser HF) fra 2016 til 2018. For Nordlandssykehuset var kostnaden for transaksjonstunge tjenester 1,3 mill kroner i 2016, tilsvarende kostnad i 2018 er 2,5 mill kroner.

I tillegg til dette har vi fått trekk i basisrammen på 581.599 kroner i 2017 og ytterligere 872.000 kroner i 2018 som gjelder «gevinstrealisering pasientreiser».

Tjenesten i dag oppleves å ha dårligere presisjon og at kvaliteten er gått ned, og det er et inntrykk at saksbehandlingstid er viktigere enn økonomiske gevinster etter virksomhetsoverdragelsen. Foretakene blir dermed fakturert for en tjeneste hvor vi ikke lenger kan påvirke kvaliteten i like stor grad. Det innebærer at virksomhetsoverdragelsen av pasientreiser uten rekvisisjon så langt har medført økte kostnader for Nordlandssykehuset samtidig som tjenesten for øyeblikket ikke er av like god kvalitet som før virksomhetsoverdragelsen.

#### **Klinisk farmasi**

På de avdelingene hvor vi har tilgjengelig klinisk farmasøyt får vi tilbakemelding om at dette oppleves positivt. Vurderingen av nytteverdi er vanskelig å gjøre, og hvordan vi skal gjennomføre vil vi spille inn til regional legemiddelkomite og eventuelt fagsjefmøtet.

#### **Innkjøp**

Etableringen av Sykehusinnkjøp HF har avlastet innkjøpsavdelingen i foretaket ved å overta ansvaret for anskaffelsesprosessene. Det er etablert rutiner for innmelding av anskaffelsesbehov både for investeringer og forbruksmateriell. Helse Nord har overtatt ansvaret for en vesentlig del av avtaleadministrasjonen. Innkjøpsavdelingen arbeider med å tilpasse sine rutiner til disse endringene, men så lenge bygningsmessige anskaffelser ikke håndteres av Sykehusinnkjøp HF er det frigjort lite kapasitet.

#### **Innføring av nytt sak-/arkivsystem**

Som følge av forsinkelser i prosjektet er nytt sak/arkiv-system foreløpig ikke implementert.

#### **Innføring av kompetansemodulen i personalportalen**

Kompetanseplanen «NLSH – Alle ansatte» er nå klar for publisering. Det gjenstår kun å tildele den til alle ansatte og informere ut i foretaket. Publiseringen vil sannsynligvis medføre økt etterspørsel etter kurs.

Det har vært 368 ledere og fagansvarlige på kurs så langt i kompetansemodulen. Vi anslår at det fortsatt er et behov for opplæring for cirka 100 personer.

Kompetansemodulen har hatt mange tekniske problemer i overgangen august/september på grunn av overføringen av LIS1 til kommunene og nye som er kommet til foretakene. I tillegg er det kommet flere nye funksjonaliteter. Dette har skapt noe frustrasjon hos brukerne og administratorene. Leverandøren har jobbet aktivt for å løse problemene.

## **Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning**

### **Krav for 2018:**

1. Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.

Nordlandssykehuset har hatt ressurs fra Medisinteknisk med i prosjektgruppa integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler med Clockwork. Arbeidet har pågått fra desember 2017.

Det ble gjennomført et styringsgruppemøte den 20.09.2018 der økonomisjef i Nordlandssykehuset er et av styringsgruppemedlemmene. Dette er første styringsgruppemøte i tilknytning til dette prosjektet. Arbeidet vil fortsette utover høsten 2018.

## 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.  
Det vil oversendt en anskaffelsesplan til Sykehusinnkjøp innen fristen som de har satt (1.desember 2018).
- Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
- Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Basert på oversikt over utgående rammeavtaler er det utarbeidet plan for anskaffelser for 2019 og 2020, delvis meddelt Sykehusinnkjøp HF i planen for 2018. Nordlandssykehuset HF har allerede oversendt oversikt over anskaffelsesbehov for 2019 og 2020 og har dermed gitt Sykehusinnkjøp HF et godt grunnlag for planlegging av anskaffelsene i 2019.

Fireårig handlingsplan for innkjøpsavdelingen skal bygge på den regionale anskaffelsesstrategien. Denne planen er ferdigstilt og styringsgruppen er under etablering. De lokale planene må bygge på de prioriteringene styringsgruppen gjør for foretaksgruppen. Den regionale planen vil bli iverksatt i september og arbeidet med planen vil starte da.

#### 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.  
Dette skal være rapportert.
- Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.  
Det er vanskelig å skille på avtaledekning og avtalelojalitet, siden det som rapporteres er kjøp på avtaler. Vi kan ikke se at det er produktområder som ikke er dekket av innkjøpsavtaler.

### 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

Alle enheter ved Nordlandssykehuset HF har tilgang til Clockwork. Plan for full implementering/økt bruk av innkjøpssystemet er utarbeidet, godkjent og iverksatt. Kopi er oversendt Helse Nord RHF.

Vi kan ikke se at det er produktområder som ikke er dekket av innkjøpsavtaler, men unntak av enkeltprodukter. Basert på data fra QlickView som henter data fra Clockwork, rapporteres det en avtaledekning/avtalelojalitet på 85,5 % for Nordlandssykehuset HF pr 31.08.2018.

Det er et økende problem at Sykehusinnkjøp HF ikke leverer avtaler i det tempo det er behov for og at ny kategoristruktur innebærer at enkeltprodukter faller utenom fordi Sykehusinnkjøp HF ønsker å rendyrke kategoribaserte innkjøp. Nordlandssykehuset må derfor påregne at vi noen år framover får dårligere avtaledekning og høyere varekostnader.

Nordlandssykehuset hadde et samlet varekjøp i alle systemer på kr 139.782.705 pr 31.08.2018. Korrigert for innkjøp relatert til byggeprosjektet, fordeler innkjøpene seg slik på de ulike systemene:

- 80,0 % i Clockwork
- 14,0 % i Agresso
- 3,0 % i Portico
- 3,0 % i Merida

Når det gjelder løsning for kjøp av tjenester så er denne forsinket. Det har også vært problematisk å få plass rutiner med Helse Nord IKT, som er den største tjenesteleverandøren. Andelen av tjenester bestilt i Clockwork er ubetydelig. Det arbeidet som er igangsatt vil gi effekt utover høsten og for fullt i 2019.

### 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.

Nordlandssykehuset har opprettet kontaktpersoner innenfor hver klinikk som avdeling for innkjøp tar kontakt med i forbindelse med representasjon i regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Hvis anskaffelsesprosjektet er av en mer overordnet art, involveres også fagsjef jamfør RL 4767 i DocMap. Når det gjelder øvrige strategiske prosjekt, pågår det til enhver tid så mange regionale og nasjonale prosjekter, at det vil være svært vanskelig å unngå samtidighetskonflikter hver gang.

Sykehusinnkjøp HF leverer et økende antall kontrakter. En ressurs ansatt i Helse Nord RHF gjør alle felles avtaler tilgjengelig for bestilling i Clockwork. Innkjøpsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF ivaretar egne avtaler og lagerførte varer i innkjøpssystemet. Implementering av avtaler og sortimentsstyring for lagerførte artikler er mer krevende for fellesavtaler. Større samordning av lagerførte sortiment og artikkelregister ville gi en vesentlig gevinst for alle HF-ene i regionen.



Så lenge Sykehusinnkjøp HF ikke kan ivareta anskaffelsesprosesser knytte til bygg-vedlikehold, vil Innkjøpsavdelingen måtte bistå i Drift og Eiendom i anskaffelsesprosessene. Dermed frigjøres mindre kapasitet enn forutsatt.

#### 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.

Nordlandssykehuset HF har inngått midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet med de endelige samarbeidsavtalene synes å være forsinket fra Sykehusinnkjøp HF sin side. Det er etablert og gjennomført møter på strategisk og taktisk nivå.

Den midlertidige avtalen med Sykehusinnkjøp HF er dekkende. Sykehusinnkjøp HF klarer med dagens kapasitet ikke å oppfylle sin del av avtalen, men her vet vi at det er iverksatt tiltak. Utover det gjennomføres taktiske og strategiske møter ganske nært forutsetningene.

## 6 Risikostyring og internkontroll

### Krav for 2018:

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2
- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
- Informasjonssikkerhet
- Klima og miljø
- Beredskap
- Risikostyring

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

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

I henhold til Nordlandssykehusets retningslinjer skal foretakets øverste leder en gang i året (ledelsens gjennomgang DS3431) systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Gjennomgangen skal sikre at



ledelsen er kjent med foretakets utfordringer og kan bidra til at det utformes handlingsplaner som ivaretar risikobildet som framkommer. Dette er ivaretatt for 2017 og i prosess for 2018.

Helse Nord hadde identifisert fire overordnede mål for Helse Nord for 2017. To av disse med åtte delmål skulle gjøres gjenstand for risikovurdering i helseforetakene.

### **Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet**

*Delmål:*

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)19.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

### **Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden**

*Delmål:*

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger 2017, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

### **Status måloppnåelse**

<b>Delmål 1 - Sykehuspåførte infeksjoner skal være &lt; 4,5 % (prevalensdata).</b>
For 2017 er egne helsetjenesteassosierte infeksjoner redusert til 3,4 %.
<b>Delmål 2 - Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.</b>
For store deler av 2017 har vi ligget over styringskravet, men i årets to siste måneder oppnådde vi en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager. Vi vil i 2018 jobbe videre med reduksjon av ventetiden.
<b>Delmål 3 - Det skal ikke være fristbrudd.</b>
Vi har ikke nådd styringskravet om ingen fristbrudd. Vi har i 2017 redusert andel fristbrudd slik at foretaket har hatt mellom 1,4 %-2,9 % fristbrudd blant avviklede.
<b>Delmål 4 - Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.</b>
Andel pakkeforløp kreft gjennomført innen normert tid var i 2017 69 % (364 av 530). Styringskravet er at andel skal være > 70 %. Fordeling ut fra behandling pasientene skal motta er medikamentell behandling 64 %, kirurgisk behandling 71 % og strålebehandling 77 %.
<b>Delmål 5 - Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet).</b>
Ventetid til behandlingsstart i psykiatrien er gjennomgående lavere enn ventetid til behandlingsstart i somatikken. I forhold til bemanning har veksten i psykiatrien vært tilsvarende veksten i somatikk. Økningen på innleie leger fra firma har vært betydelig høyere i psykiatrien enn foretaket for øvrig (50 % vs 23 %).

Vi har en vekst i antall liggedøgn fra 2016 til 2017 i psykiatrien, mens det for somatikk er en reduksjon. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner er ikke sammenligning mellom 2016 og 2017 mulig på grunn av endret registrering som følge av omlegging til ISF.

Det har vært større kostnadsvekst i psykiatrien enn i somatikken mellom 2016 og 2017, både når det gjelder lønnskostnader og kostnader for øvrig.

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

Nordlandssykehuset har etablert samstemmingsteam som består av leger og sykepleiere på klinikk- og avdelingsnivå i hele foretaket. Teamene følger opp arbeidet og dokumenterer målinger basert på uttrekk av 10 journaler hver 14. dag. Foreløpige tall viser at andel dokumenterte samstemte legemiddellister ved innleggelse ligger mellom 70 og 80 %. NLSH deltar i det regionale prosjektet for samstemming av legemiddellister, og har jobbet med oppdatering av prosedyrer som inkluderer bruk av DIPS Medikasjon, som er et viktig forarbeid før innføring av elektronisk kurve. Implementering av nye regionale prosedyrer vil skje i løpet av 2018.

**Delmål 7 - Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.**

For foretaket samlet gikk forbruket av de fem gruppene bredspektrede midler ned 8,8 % fra 2012 til 2017. Forskjellen mellom de enkelte sykehus er stor. Vesterålen reduserer med 53,8 %, Lofoten reduserer med 11,0 % mens Bodø går opp med 4,4 %.

**Delmål 8 - Økonomiske resultat i tråd med plan.**

Foretaket har et resultatkrav på 5 millioner kr i overskudd i 2017.

Nordlandssykehuset har positivt regnskapsresultat ved utgangen av 2017 på + 0,4 millioner kr, og et budsjetttavvik på 4,5 millioner kr under plan. Det er særlig andre driftskostnader og innleie av arbeidskraft som har hatt høyt kostnadsnivå i 2017. Ved utgangen av 2. tertial var prognosen for 2017 estimert til et budsjetttavvik på -25 millioner kr. Den negative prognosen ble satt med bakgrunn i forsinket gevinstrealisering fra tiltaksplan for 2017, økte kostnader som følge av rokaden i forbindelse med ombygging i Bodø og høyt sykefravær i enkelte deler av virksomheten. I siste tertial ble imidlertid resultatet forbedret som følge av økte laboratorieinntekter, reduserte gjestepasientkostnader og reduserte ikt-kostnader, slik at resultatet ved utgangen av året er regnskapsmessig balanse. Den positive resultatutviklingen siste del av 2017 bidrar delvis til reduksjon i foretakets omstillingsutfordring for 2018, men arbeidet med driftstilpasning i 2018 vil fremdeles være krevende.

**Delmål 9 - Pasienter med alvorlig sepsis skal få startet antibiotikabehandling innen 1 time (mål fastsatt av Nordlandssykehuset)**

Nordlandssykehuset i Bodø har siden 2016 hatt fokus på sepsisbehandling, og har fra mars samme år hatt et pilotprosjekt i medisinsk klinikk og akuttmottaket for rask identifikasjon og - behandling av sepsispasienter. Tiltaket fokuserte særlig på å identifisere pasienter med såkalt

«Alvorlig sepsis» etter gammel sepsisdefinisjon. Ved tilsyn fra Fylkesmannen høsten 2016 fant man at 11 av 12 medisinske pasienter i denne kategorien fikk behandling innen en time.

NLSH HF er nå i gang med del to av dette arbeidet, hvor kompetanse og forbedringsarbeidet nå skal spres til samtlige klinikker som bruker akuttmottaket og omlegges i tråd med:

- a) Ny sepsisdefinisjon.
- b) Tiltakspakke Tidlig oppdagelse av sepsis i Pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24/7 (utgitt februar 2017). Arbeidet med tidlig oppdagelse av sepsis er godt

i gang i akuttmottaket i Bodø. Verktøy, prosedyrer og varslingsrutiner er testet og så godt som ferdig. Arbeidet med spredning til av tiltaket til Lofoten og Vesterålen er startet.

### Risikovurdering

Nordlandssykehusets risikovurdering av disse overordnede målområder og delmål er presentert i matrisen nedenfor:

<b>Sannsynlighet</b>	Svært stor					
	Stor			7		
	Middels			5 3 6	8	
	Liten			2	1 4	
	Svært liten					9
		Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Svært alvorlig
<b>Konsekvens</b>						

### Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

- Gjennomgangen har vist at det jobbes godt og systematisk i foretaket med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Vi har økende aktivitet med positive effekter i forhold til fristbrudd, ventetid og forløpstider innenfor pakkeforløp kreft. For alle klinikkene med pasientansvar har det vært jobbet med å redusere pasienter med «passert tentativ tid» (både ved rydding og ved å øke kapasitet), og flere avdelinger har oppnådd en betydelig reduksjon i denne andelen. Den økte aktiviteten gir økte inntekter, men våre økte kostnader inklusive lønn er høyere enn økte ISF-inntekter.
- Flere av klinikkene har bygningsmessige utfordringer, årsakene varierer mellom eldre bygningsmasse som ikke er hensiktsmessig i forhold til dagens behov (Rønvik og Lofoten), ombygging med rokader og trangboddhet (sentrum Bodø) og hvordan samlet bygningsmasse er disponert.
- Innenfor flere fagområder, lokasjoner og yrkesgrupper har vi utfordring i forhold til bemanning og rekruttering. For både Lofoten og Vesterålen er foretaket avhengige av innleiebyrå for å drifte sykehusene og opprettholde akuttberedskap, men også i Bodø har vi enkelte små og sårbare miljøer uten tilstrekkelig egendekning av spesialister og mangel på spesialsykepleiere.

- Både arbeidsmiljøforhold og mulig potensiale for effektivisering av arbeidskraft kan bedres ved å redusere antall deltidsstillinger i foretaket. Etablering av bemanningssenter og heltidskultur vil være et viktig satsingsområde i kommende år.

## Informasjonssikkerhet

Helse Nord RHF fremmet en bestilling i november 2015 på gjennomføring av risikovurderingen innenfor informasjonssikkerhet. Arbeidet med risikoanalysene har blitt utført løpende siden bestillingen ble fremmet. I 2017 ble det gjennomført risikovurderinger av medisinsk teknisk utstyr. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risikovurderingen har løpende rapportering til helseforetakets styre som egen sak.

Gjennom fagråd for informasjonssikkerhet ble det utarbeidet en regional handlingsplan for informasjonssikkerhet for 2017-2018. Fokusområdene i denne handlingsplanen er gjennomføring av sikkerhetsrevisjoner, sikkerhetskultur og innføring av nytt EU forordning for informasjonssikkerhet og personvern (GDPR).

I forbindelse med innføring av nytt regelverk (GDPR) har avdelingen tilsatt et eget personvernombud for Nordlandssykehuset, samtidig som informasjonssikkerhetsansvarlig er utvidet til hel stilling. Det gjenstår fortsatt noe arbeid knyttet til kartlegging av bruk av personopplysninger, utforming av prosedyrer for intern etterlevelse av GDPR samt opplæring av ansatte.

## Ytre miljø.

I 2017 ble var det følgende endring knyttet til ytre miljø:

- Foretaket ble resertifisert i henhold til siste versjon av standard for ledelsessystem for miljø, ISO 14001:2015.
- DNV-GL overtok som foretakets sertifiseringsorgan på ISO 14001. "
- Ny ansvarlig for miljøsystemet på foretaksnivå, og endringer i miljøkoordinatorer på nivå 2.

## Måloppnåelse

Energi	
Energiforbruk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for perioden 2015-2018 er på en reduksjon på 10 %.</li> <li>• Totalt energiforbruk i 2017 var på 49,5 Gwh dette er en reduksjon på ca 4,6 % fra 2015. Energiforbruk pr Kwh/m<sup>2</sup> var i 2015 321 og i 2017 299. Dette er en reduksjon på 6,9 %. I samme periode har det vært stor byggeaktivitet som kan ha påvirket muligheten til reduksjon negativt.</li> </ul>
Reduksjon diesel/olje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for perioden er en reduksjon på 50 %.</li> <li>• I 2017 ble det produsert 250 867 Kwh med diesel/olje som bærer. Dette er en reduksjon på 76,1 % sammenlignet med 2015 (1 049 464 Kwh).</li> </ul>
Transport	

## Tertialrapport 2.tertial 2018

<b>CO2 utslipp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for foretaket er en reduksjon på CO2 innen flyreise 5 % innen 2018.</li> <li>• Totalt CO2 utslipp knyttet til flyreiser (ansatte og pasient) var i 2017 3 633 752 kg/CO2. Dette er en reduksjon på 3,2 % sammenlignet med 2014 (3 752 801).</li> </ul>
<b>Avfall</b>	
<b>Restavfall</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for perioden er en reduksjon en reduksjon av restavfall på 1% pr. år</li> <li>• Totalt volum på restavfall var i 2017 på 784 756 kg. Dette er en økning på 13,8 % sammenlignet med 2014. Lokasjon Vesterålen hadde i perioden en nedgang på 4,12%. Målet på 1 % reduksjon pr. år ikke oppnådd pr. 2017.</li> </ul>
<b>Innkjøp</b>	
<b>Kopipapir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for perioden er en reduksjon av kopipapir på 2 % årlig innen 2018.</li> <li>• Totale forbruk av kopipapir var i 2017 på 4 900 000 ark (A4). Dette er en nedgang på 29,7 % sammenlignet med 2014 (6 996 500).</li> </ul>
<b>Lystgass</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet for perioden er en reduksjon på lystgass på 50 % innen 2018.</li> <li>• Total forbruk av lystgass var i 2017 på 3627 kg. Dette er en reduksjon på 26,3 % sammenlignet med 2014 (4920).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Engangsbeger</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalt forbruk av engangsbeger var i 2017 på 974 000 beger. Dette er en reduksjon på 6,6 % sammenlignet med 2015 (1 042 000).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kuldemedium</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuldemedium R22 er faset ut i henhold til mål om utfasing innen 2016.</li> </ul>
<p><u>Miljøpolitikk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaket følger etablert miljøpolitikk.</li> <li>• Samsvarsforpliktelser</li> <li>• Det har ikke vært brudd på myndighetskrav innen miljø i 2017.</li> </ul>	

### Miljøprestasjon

Miljømålene er ikke oppnådd for alle områdene. Korrigeringer på de målene som ikke er oppnådd vil inngå i foretakets arbeid i 2018 med å sette nye mål for perioden 2019-2022. I 2017 var det planlagt fire internrevisjoner med ytre miljø som tema. Tre av disse ble gjennomført og en overført til plan for 2018. Internrevisjonsfunn er i hovedsak knyttet til:

- Systematisk oppfølging av miljømålene i foretaket samt oppfølging av ytre miljø i KVAM-møter.
- Ikke alle ansatte har gjennomført kompetansekrav knyttet til ytre miljø.

Ressurser knyttet til arbeid med ytre miljø anses som tilstrekkelig, men det er forbedringsmuligheter knyttet til organisering og koordinering av arbeidet.

### Sertifisering

I 2017 ble det gjennomført resertifisering og overgangsrevisjon til 2015 versjon av ISO 14001. Revisjonen ble gjennomført av DNV-GL som fra 2017 er nytt sertifiseringsorgan for Nordlandsykehuset HF.

Revisjonen identifiserte 4 avvik (kategori 2/mindre avvik), 15 observasjoner og 2 forbedringsmuligheter. Alle avvikene er blitt behandlet av ansvarlige og DNV-GL har godkjent plan og tiltak og sertifikatet ble fornyet.

Funn fra internrevisjoner og periodisk revisjon av DNV vil danne grunnlag for kontinuerlig forbedring.

### Beredskap.

Det stilles stadig nye krav til forbedring innen områder som *bortfall av kritisk infrastruktur* og beredskapsplanverk.

Det er brukt mye tid på arbeidet med å minske sårbarheten i forbindelse med bortfall av vann i Lofoten. Det er blitt gjennomført øvelse sammen med Vestvågøy kommune hvor beredskapen ble testet. Det var hovedfokus på kvaliteten av vannleveringen samt kvaliteten etter sykehusets rensebarrierer. Lofoten er den lokasjonen som har størst sårbarhet i forbindelse med vannleveranse. Det fikk i sett gjennom to hendelser hvor vannleveranse ble borte som skyltes hendelser utenfor sykehuset. Ved begge tilfellene ble eksterne tilkoblingen testet med godt resultat. Planverket til Vestvågøy kommunen og Sykehuset, ble endret slik at sårbarheten for bortfall av vann er i dag betydelig redusert.

Brann & Sikkerhet (B&S) har vært *øvingskoordinator* for NLSH sin innsats i forbindelse med øvelse NORD. B&S vil også i 2018 inneha samme rolle og legget til rette for de aktørene fra NLSH som skal være en del av øvelsen.

B&S er en av representantene i *Øvingsforum Nordland*. Det er et samarbeid mellom Brann, helse, politi, sivilforsvaret, HV og FORF som skal koordinere øvingsaktiviteten mellom de forskjellige aktører. Arbeidet ledes av politiet.

I 2017 ble Beredskapsforum Salten startet opp. Formålet med forumet er å styrke samarbeidet innen samfunnssikkerhet og beredskap mellom de deltakende kommunene, nødetatene og eksterne beredskapsaktører.

## **Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål 2018**

Prosessbeskrivelser, verktøy og maler for risikovurdering og risikostyring er implementert i Nordlandssykehuset. Dette er metodikker som benyttes i forbindelse med avvikssystemet/forbedringsarbeidet, målstyring og endringskontroll. Funn som ble gjort av Internrevisjon i Helse Nord i forbindelse med internrevisjon på risikostyring i helseforetakene (foretaksspesifikk notat 01/2017) er fulgt opp med endringer i gjennomføring av risikostyring.

For de hovedområdene som Helse Nord RHF har definert som kritisk for måloppnåelse har Nordlandssykehuset organisert en egen prosess for risikostyring. I tillegg har foretaket definert to områder med egne mål som inngår i denne prosessen jf. krav og forventinger i oppdragsdokumentet kapittel 2 og 8. Disse målene er gjenstand for risikovurdering i helseforetakene og som skal rapporteres på i virksomhetsrapportene. I foretaket er dette gjort i henhold til RL1602, og er gjennomført slik i foretaket:

1. Foretaket definerer eventuelle felles rammer (f.eks. kritiske suksessfaktorer, barrierer, tiltak)
2. RHF og foretaksmålene følges opp på den enkelte klinikk/stab/senter.
3. Den enkelte klinikk/stab/senter gjennomfører risikovurdering for oppnåelse av relevante overordnede mål for Helse Nord og foretaksspesifikke mål
4. Risikovurderingene med tiltak for å håndtere risiko for klinikk/stab/senter danner grunnlag for NLSH sin risikomatrix og risikostyring

## **Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2018**

I kapittel 2 i OD er det definert overordnede mål for Helse Nord. Med utgangspunkt i disse overordnede målene har Helse Nord i dialog med foretakene i kapittel 8 i OD bestemt hvilke områder med underliggende kritiske prosessindikatorer som skal gjøres til særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene og som skal rapporteres på i virksomhetsrapportene. Disse er:

### **Målområde 1 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

- a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter < 50 dager innen 2021
- b) Det skal ikke være fristbrudd
- c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

### **Målområde 2 Sikre god pasient- og brukervedvirkning**

### **Målområde 3 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell**

- d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.

### **Målområde 4 Innfri de økonomiske mål i perioden**

- e) Økonomiske resultat i tråd med plan



I tillegg har Nordlandssykehuset satt foretakspesifikke mål, med tilhørende kritiske prosessindikatorer. Følgende mål er bestemt av direktør:

**Foretaksmål 5 Ha presentert resultater og utarbeidet handlingsplan for egen enhet (på alle nivå) etter ForBedring undersøkelsen 2017 innen 01.10.2018**

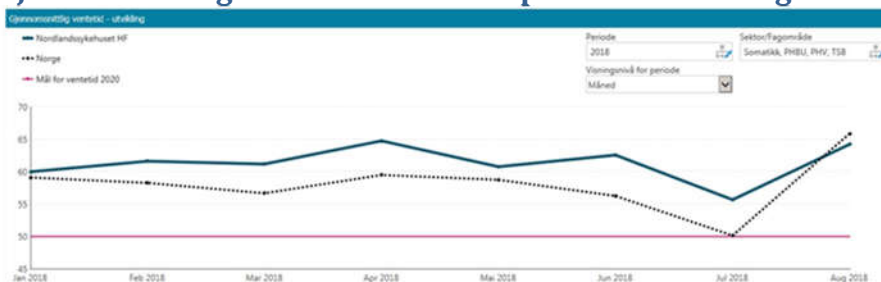
- f) Alle ansatte skal hatt mulighet til å delta på møte hvor resultatet fra undersøkelsen blir fremlagt.
- g) Utarbeidet handlingsplan innen 01.10.18

**Foretaksmål 6 Redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % innen 2020, sammenlignet med bruken i 2012 (2. og 3. generasjons cefalosporiner, karbapenemer, kinoloner og penicillin med enzymhemmer)**

- h) Ta mikrobiologiske prøver før oppstart av behandling
- i) Revurdere antibiotikabehandling dag 3
- j) Opplæring av nøkkelpersonell
- k) Følge nasjonalt faglig retningslinjer for bruk av antibiotika.

**Målområde 1 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

**a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter < 50 dager innen 2021**



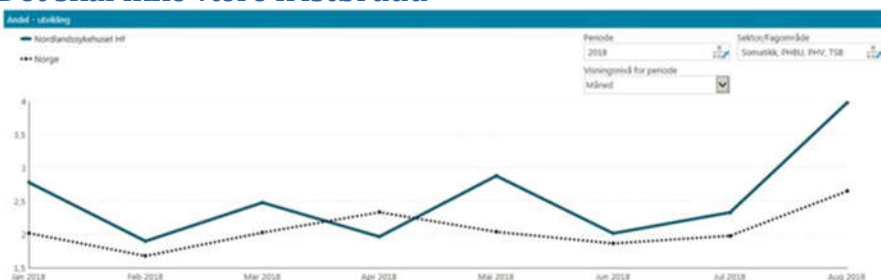
Nordlandssykehuset har så langt i 2018 ikke oppnådd lavere ventetid enn i 2017. Administrerende direktør har jevnlig gjennomgang av utvikling på ventetid i sine fellesmøter med klinikkjefenes ledergruppe i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøte med den enkelte klinikk. Foretaket vil arbeide videre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

Ventetid for avviklede ligger høyere i Nordlandssykehuset enn snittet for landet.

I foretaket og innad i klinikkene gjennomføres det regelmessige statusmøter med fokus på ventetid. På fagområder hvor ventetiden er lang henvises pasienter til andre tjenestesteder eller avtalespesialister.

Innen psykisk helse kan innføringen av pakkeforløp redusere ventetiden på sikt, men ikke i 2018. Fokus på rekruttering på fagområder hvor tilgang til fagpersonell kan ha innvirkning på ventetid.

**b) Det skal ikke være 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 %. I 2.tertial 2018 er denne noe økt både for avviklede og ventende. For august er det særlig Kirurgisk ortopedisk klinikk som har økt betydelig i antall avviklede fristbrudd, noe som skyldes kapasitetsproblem innenfor ortopedi i forbindelse med ferieavvikling og sykefravær.

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 andel fristbrudd både for ventende og avviklede.

### c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

Foretaket oppnår i øyeblikket 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid. Det er variasjon med hensyn til lokasjon og de ulike kreftformene. For å ytterligere øke måloppnåelsen arbeides det med rekruttering av spesialister, hensiktsmessig fordeling av operasjonsstueressurs samt god tilgang på diagnostiske tjenester.

### Målområde 2 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

Foretaket har publisert brosjyrer for flere behandlingsområdene. På nettstedet minebehandlingsvalg.no har foretaket bidratt til innhold f.eks. sykkelig overvekt.

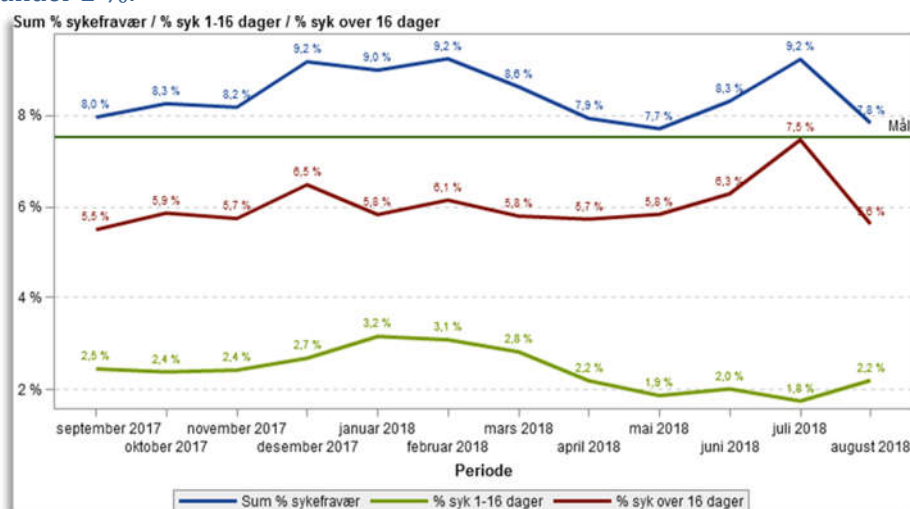
Foretaket har på sine hjemmesider publisert over 300 unike pasientbehandlinger/undersøkelser. Det er i foretaket funksjoner som bistår klinikkene i utarbeidelse av nye når det er behov for dette.

For å sikre at brukervedvirkning i forskningsprosjekter har foretaket etablert egen prosedyre, jf. PR47121 Brukervedvirkning i prosjekter og utvalg.

Foretaket benytter tolketjenesten når pasienter har behov for dette. Der pasienter har behov for det legges det til rette for bruk ledsager. Gjennom prosjektet vennligere sykehus er det prosedyrer som skal bidra til god kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell.

### Målområde 3 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.



Det akkumulerte sykefraværet for NLSH i perioden september 2017 til august 2018 var på 8,4 % mot 8,5 % ved forrige tertial. Måltallet på 7,5 % eller lavere er ikke oppnådd. For innværende år er det også satt et mål om at korttidsfraværet ikke skal være høyere enn 2

% . Så langt i 2018 er korttidsfraværet i NLSH på 2,4 %, mot 3,0 % ved forrige rapportering. Sum fravær både på langtids- og korttidsfravær viser altså nedgang, noe vi ser som svært positivt.

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.

#### **Målområde 4 Innfri de økonomiske mål i perioden**

Økonomiske resultat i tråd med plan

Foretaket har et resultatkrav på 5 mill kr i overskudd i 2018.

Resultat ved utgangen av 2. tertial er et negativt budsjettavvik på 41,8 mill kr. Det er særlig innenfor lønnskostnader at utviklingen har vært negativ. I tillegg hadde foretaket i sommer flytteoperasjoner som var komplisert og medførte at tilgjengelige døgnplasser måtte begrenses i perioden inn mot flyttingen, under flyttingen og de første ukene etter flyttingen. Dette resulterte i en inntektssvikt i samme periode.

Samtlige klinikker og stab/støtte enheter er pålagt å arbeide for å senke eget kostnadsnivå med 4,25 % av sum lønnsutgifter for de siste fem måneder i 2018. En slik reduksjon er ikke gjennomførbar uten et merkbart redusert tjenesteomfang. Herunder periodevist stengte og/eller vesentlig reduserte pasienttilbud. Det gode arbeidet som nå over tid har vært gjort med gjennomføring av pakkeforløp innenfor standard forløpstid, reduksjon av ventetider, antall ventende og fristbrudd vil få en resesjon.

Det er iverksatt stillingsstopp der dispensasjon kun kan gis av de respektive klinikksejfer. Videre er det etablert foretaksovergrepene omstillingsteam i HR avdelingen og prosedyrer for innmelding av funksjoner/stillinger/personer hvor overtallighet er aktuelt. Utlysninger av stillinger skal ikke foretas uten å ha vært behandlet i omstillingsteamet i den hensikt å kunne dekke behovet med ansatte i potensielt overtallighetsposisjon.

Det vurderes krevende å gjennomføre kostnadsreduserende tiltak resterende del av 2018 som vil være tilstrekkelige for å oppnå budsjettbalanse, uten at dette vil gå ut over pasientbehandlingen. Prognose for 2018 er derfor satt til et budsjettavvik på -45 mill kr.

Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse i 2018:

Virkingen av iverksatte strakstiltak for å få ned kostnadsnivået de resterende månedene i 2018 må gi resultater. Noen av disse tiltakene vil også videreføres samtidig som nye kostnadsbegrensede tiltak må utvikles og iverksettes.

#### **Foretaksmål 5 Ha presentert resultater og utarbeidet handlingsplan for egen enhet (på alle nivå) etter ForBedring 2018 01.10.2018**

Alle ansatte har hatt mulighet til å delta på møte hvor resultatet fra undersøkelsen blir fremlagt.

Handlingsplaner er utarbeidet for aktuelle enheter pr. 01.10.18.

**Foretaks mål 6 Redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % innen 2020, sammenlignet med bruken i 2012 (2. og 3. generasjons cefalosporiner, karbapenemer, kinoloner og penicillin med enzymhemmer).**

Nordlandssykehuset har antibiotikastyringsprogram og antibiotikateam. Forbrukstall for alle avdelinger rapporteres årlig. Det er også gjort noen gjennomganger av forskrivningspraksis, blant annet for alle nedre luftveisinfeksjoner over en 2 - måneders periode. I 1.tertial 2018 falt antibiotikaforbruket med 20 %. I 2.tertial stiger imidlertid forbruket på alle de tre somatiske sykehusene og reduksjonen er nå på 16 % i 2018 (1+2. tertial). I 2017 falt forbruket på samme tid og holdt seg stabilt ut året. Med fortsatt fokus på reduksjon bør det være mulig å redusere med 20 % innen årets slutt. Det tydelige fallet i 1. tertial i år viser at reduksjon er mulig.

Nordlandssykehusets risikovurdering av målområder for 2018 er presentert i matrisen nedenfor:

		RISIKOMATRISSE				
Sannsynlighet	Svært stor				M4	
	Stor			M1b M3		
	Middels			M1a M6 M2		
	Liten			M1c		
	Svært liten		M5			
		Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens				