



Styresak 052-2018

Plan for driftstilpasning 2018 - forberedelse budsjett 2019

Saksbehandler: Gro Ankill, Beate Sørslett

Dato dok: 15.06.2018

Møtedato: 26.06.2018

Vår ref: 2017/1942

Vedlegg (t): Utredning – plan for driftstilpasning 2018-

Vedlegg (ikke tr): [Styresak 105-2017 Budsjett 2018](#)

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og ber administrerende direktør om å videreføre arbeidet med langsiktige løsninger for driftstilpasning.

Bakgrunn:

Driftsregnskapet ved utgangen av 1. tertial 2018 viste et underskudd på 3,8 mill kr og en årsprognose på 10 mill kr i underskudd. På bakgrunn av dette ba styret i sak 030/2018 om å få forelagt forslag til tiltak for å nå styringskravet. Pr utgangen av mai er underskuddet økt til 8,1 mill kr.

I denne styresaken redegjøres for status i de ulike områdene av virksomheten, potensiale for driftseffektivisering og konsekvenser av effektiviseringstiltak på kort og lengre sikt.

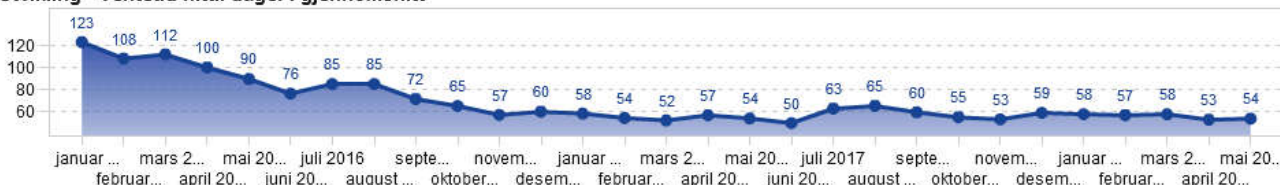
Direktørens vurdering:

Nordlandssykehuset er en stor institusjon med omfattende og kompleks aktivitet som over år er omstilt for å møte et sett av mål innen tilbudstilgjengelighet, pasientsikkerhet, kvalitet, arbeidsmiljø og HMS og økonomi. Utfordringen har vært – og er - å oppnå en balansert måloppnåelse.

Foretaket har over år hatt en riktig utvikling med hensyn til samtlige målområder, uten at vi dermed mener å ha oppnådd alle mål. Eksempelvis har foretaket hatt en god utvikling innenfor ventetider, fristbrudd og pakkeforløp kreft, illustrert nedenfor ved utviklingen 2016-2018:

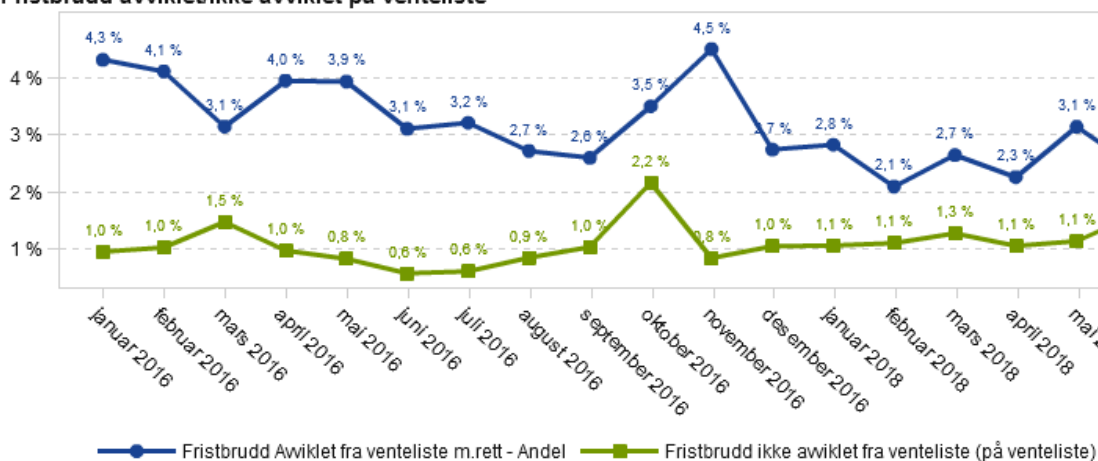
Ventetider er redusert med nærmere 60 % fra januar 2016 til mai 2018:

Utvikling - Ventetid hittil dager i gjennomsnitt



Fristbrudd er redusert fra 4,3 % i januar 2016 til gjennomsnittlig 2,6 % i 2018:

Fristbrudd avvirket/ikke avvirket på venteliste



Videre er andel pakkeforløp kreft gjennomført innenfor standard forløpstid innenfor kravet om 70 % (72 %), og bedre enn landsgjennomsnittet (66 %), samt at foretaket nå er nærmere kravet om «den gyldne regel» i psykisk helse og rus enn tidligere år.

Vi erkjenner at foretaket nå står ovenfor krevende økonomitilpasninger for å komme helt i mål med budsjettbalanse. Kortsiktige drastiske tiltak vil imidlertid fort kunne ha utilsiktede negative effekter.

Direktøren mener derfor hovedstrategien må være et fortsatt arbeid med langsiktige løsninger. Slike langsiktige løsninger omfatter:

- Effektivisering av arbeidskraft kan økes ved å redusere antall deltidsstillinger i foretaket. Løsningen for den største gruppen er etablering av bemanningscenter og heltidskultur.
- Erstatning av innleid arbeidskraft med egne ansatte. Dette gjelder spesielt legeguppen, hvor det fortsatt må jobbes med dette. Utfordringen her er å opprettholde 24/7 beredskap i de deler av virksomheten som ikke har dagaktivitet som forsvarer en slik størrelse på bemanningen. Ambulering er frivillig og stilling med 2 arbeidssteder er ikke populært.
- Øke prosesseffektiviteten. Vi har tidligere år i stor grad måtte basere vår kunnskap om egen prosesseffektivitet på aggregerte tall fra SAMDATA. De to siste årene er det imidlertid nasjonalt og i foretaket nedlagt et betydelig arbeid med identifisere prosesskostnader knyttet til de fleste deler av pasientbehandlingen innenfor somatikk. Det foreligger nå rimelig kvalitetssikrede data nasjonalt og for foretaket som gir et langt bedre utgangspunkt for forbedringsarbeid i den enkelte klinikk. Dette materialet kombinert med foretakets satsing på forbedringsarbeid (jf Strategisk utviklingsplan) vil være viktige bidrag til å øke prosesseffektiviteten i foretaket.
- Unngå skjerming av fylkessykehusfunksjoner og regionale funksjoner dersom disse fortsatt skal finansieres av basisbevilgningen for Nordlandssykehusets lokalsykehuspasienter.

Vedlegg 1 – Utredning – plan for driftstilpasning 2018-

1. Innledning

Ved utarbeidelse av budsjett for 2018 hadde Nordlandssykehuset identifisert en netto omstillingsutfordring på om lag 103 mill kr og en tiltaksplan på 85 mill kr. Før regnskapet for 2017 var avsluttet var restutfordringen for 2018 estimert til om lag 17-18 mill kr. Resultatet for 2017 ble noe bedre enn forventet, og restutfordringen for 2018 ble som følge av dette redusert til om lag 10 mill kr.

Nordlandssykehuset har siden oppstart av byggeprosjektene i 2005 gjennomført effektiviseringstiltak med gjennomsnittlig 110 mill kr hvert år, og det kontinuerlige omstillingsarbeidet har berørt alle deler av organisasjonen. Dette har vært nødvendig for å skape økonomisk handlingsrom for å håndtere økte renter og avskrivninger. Omstillingsarbeidet har periodevis vært svært krevende, ettersom store deler av sykehusdriften i Bodø i samme periode har pågått, og fortsatt pågår, i et byggeområde. Videre er omstillingen kommet så langt innenfor store deler av organisasjonen, at ytterligere omstillingstiltak er vanskelig å gjennomføre uten at dette får konsekvenser for pasientbehandlingen.

Av den samlede tiltaksplanen for 2018 var 55 % av tiltakene risikovurdert i grønn sone, 30 % i gul sone og resterende 15 % i rød sone. Andelen tiltak i gul og rød sone er høyere for 2018 enn tidligere år, og gjenspeiler utfordringen med å gjennomføre ytterligere tiltak med positiv økonomisk effekt for foretaket.

Tiltaksplanen for 2018 forutsatte omstilling pr klinikk som følger (i mill kr):

Klinikk	Mill kr
Akuttmedisins klinikk (AKUM)	5,2
Hode Bevegelse klinikken	0,5
Kvinne Barn klinikken	4,5
Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIROT)	3,2
Medisinsk klinikk (MED)	8,7
Prehospital klinikk (PREH)	15,0
Drift & eiendom (D&E)	15,0
Felleskostnader	32,8
Sum total	84,9

Sum av de forutsatte omstillinger i de enkelte klinikker var da om lag 10 mill kr mindre enn korrigert omstillingsutfordring for 2018.

Pr utgangen av mai måned har 7 av 8 klinikker negativt budsjettavvik. Den negative utviklingen kan i noen grad knyttes til lavere effekt/forsinket gjennomføring av tiltak, mens en stor del av underskuddet skyldes nye forhold i driften hittil i 2018.

Driftsresultatet pr mai viser merinntekter fra aktivitet sammenlignet med budsjett, mens lønnskostnadene har et negativt budsjettavvik på 22 mill kr.

2. Månedsverksutvikling

Nordlandssykehuset HF har i to-årsperioden januar-mai 2016 til januar-mai 2018 økt forbruket av månedsværk med gjennomsnittlig 122 pr måned. Månedsværkberegningen tar utgangspunkt i brutto utlønnede månedsværk i perioden, og inkluderer vikarer (unntatt vikarer innleid fra byrå). Dvs at dersom vikar leies inn ved lønnet fravær hos fast ansatt vil begge månedsværkene telle med. Dette

vil bare i begrenset grad påvirke endring i månedsverk på foretaksnivå, så fremt andelen vikarer er stabil, men kan påvirke endringer på klinikknivå.

Endringen i månedsverk fra 2016-2018 fordeler seg slik på overordnet stillingsgruppe:

Administrasjon og ledelse:	- 8,2
Pasientrettede stillinger:	+ 40,6
Leger:	+ 41,3
Psykologer:	+ 1,4
Sykepleiere:	+ 17,2
Diagnostisk personell:	- 1,6
Driftsteknisk personell:	+ 9,4
Ambulansepersonell:	+ 8,6
Lærlinger mv:	+ 14,0

Utviklingen i månedsverk er gjennomgått med den enkelte klinikk og redegjort for i kapittel 4 nedenfor. Veksten i månedsverk er i all hovedsak knyttet til direkte pasientbehandling og innenfor flere områder har veksten direkte sammenheng med byggeprosjektet, og behov for midlertidig økning av personell under rokadene.

3. Gjestepasienter, pasientmobilitet og pasientreiser

Brutto gjestepasientkostnader (kjøp av pasientbehandling utenfor regionen) har de siste årene vært sterkt økende ved Nordlandssykehuset og det har vært gjennomført flere tiltak knyttet til økning i aktivitet/nye tilbud og reduksjon i ventetider for å bremse/reversere utviklingen. Etter en betydelig vekst i gjestepasientkostnader frem til og med 2016 lyktes foretaket i 2017 å reversere utviklingen noe innenfor somatikk. Innenfor rus og psykiatri var det imidlertid en vekst på 30 % fra 2016 til 2017. Veksten innenfor rus og psykiatri ser ut til å fortsette i samme takt (+32 %) pr utgangen av 1. tertial 2018, mens veksten innenfor somatikk har vært mye lavere (6 %).

Nordlandssykehuset har også høye kostnader knyttet til intern pasientmobilitet i Helse Nord. Deler av dette er en naturlig følge av funksjonsfordeling, der mange pasienter i tråd med denne skal ha sin behandling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Nordlandssykehuset har imidlertid også et høyt forbruk av private rehabiliteringsinstitusjoner og private avtalespesialister i forhold til befolkningsandel, og dette medfører årlige trekk i basisrammen med om lag 8-10 mill kr. Utfordringen særlig knyttet til private rehabiliteringsinstitusjoner er at foretaket pr i dag ikke kan påvirke omfang og kostnad. Videre mottar vi heller ikke data knyttet til disse oppholdene som muliggjør analyse og iverksettelse av tiltak internt for tilrettelegging av behandling i egen regi. Det er en målsetning å identifisere tiltak for å bringe nivået på forbruket i tråd med vår befolkningsandel.

Også kostnadene til pasientreiser har vært sterkt økende de siste årene og utgjorde 180 mill ved utgangen av 2017. Det har i 2017 og 2018 vært iverksatt økt ambuleringsvirksomhet fra Bodø til Lofoten og Vesterålen for å redusere pasientreiser med fly, og dette har bidratt til å redusere antallet pasientreiser. Fom 2018 er det etablert økonomisk incentivmodell for å belønne klinikkene for reduksjon i reiser, og pr 1. tertial hadde 3 av klinikkene lyktes å redusere antallet pasientreiser med 350 sammenlignet med samme periode i 2017. Tilgang på rom og personellressurser er en av utfordringene for å øke ambulering ytterligere. I Lofoten etablerer vi en kontorrigg fra 01.08.18, og dette vil bedre situasjonen noe lokalt. I tillegg til fly har foretaket høye reisekostnader til pasientreiser med drosje, og det ses nærmere på tiltak for reduksjon også i disse kostnadene.

4. Status pr klinikk pr utgangen av mai

I det følgende redegjøres for status mht økonomi, aktivitet og månedsverksutvikling pr klinikk ved utgangen av mai 2018.

4.1 Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)

AKUM hadde en omstillingsutfordring på 12,4 mill kr ved inngangen til 2018, og hadde identifisert tiltak på til sammen 5,2 mill kr. Restutfordring ved inngangen av året var 7,2 mill kr.

Etter utgangen av mai måned har klinikken et budsjettavvik på 9,9 mill kr, hvorav om lag 4 mill kr er knyttet til uløst budsjettkrav. Det øvrige avviket gjelder merforbruk i flere deler av virksomheten. AKUM har hatt betydelig ressursøkning mht både personell og materiell innenfor området operasjon første del av 2018 for å betjene økt aktivitet i opererende klinikker. En del av merinntektene fra aktivitet i Kirurgisk ortopedisk klinikk må derfor ses i sammenheng med merkostnadene i avdeling for operasjon. Intensiv har hatt færre pasienter så langt i 2018 sammenlignet med samme periode i 2017, men flere liggedøgn. Dette har sammenheng med sykere pasienter og større ressursinnsats pr pasient. På legesiden har det en periode vært for få leger i utdanning med tilstrekkelig kompetanse til også å gå vakter i luftambulansetjenesten. Det har på kort sikt gitt en økning i vakante vakter på ambulansflyet. Det er også utfordringer knyttet til bemanning av aktiviteten i Lofoten og Vesterålen, hvor vi er avhengige av leger fra vikarbyrå for å betjene 24/7-vakt.

Ny helikopterbase på Evenes medførte en økning på 4 anesthesiologer i kombinert tjeneste mellom helikoptervakt og lokalsykehusene. Samtidig er det gjennomført reduksjon i andre personellgrupper slik at klinikken kun har en økning i gjennomsnittlige månedsverk på 1,3 pr måned i to-årsperioden 2016-2018.

For å redusere kostnader på kort sikt vil klinikken holde vakant to rekrutteringsstillinger ut 2018 og arbeider med rekruttering av anestesileger for å redusere innleie i Vesterålen. Videre samarbeider AKUM og KIROT klinikk om etablering av flere fast-track pasientforløp for enda bedre utnyttelse av ressursene knyttet til operasjon. AKUM varsler imidlertid at grensen for aktivitetsøkning på eksisterende personellressurs er nær nådd, slik at ytterligere aktivitetsvekst ikke vil være mulig uten tilførsel av mer personell. Eventuelt bemanningskutt i AKUM klinikk vil få direkte konsekvens for operativ aktivitet - med uheldige konsekvenser for pasienter og økte gjestepasientkostnader. Det største potensialet for kostnadsreduksjon i klinikken innenfor dagens drift er knyttet til reduksjon i overtid og innleie gjennom rekruttering.

4.2 Hode bevegelse klinikken (HBEV)

HBEV hadde en omstillingsutfordring på 17,5 mill kr ved inngangen til 2018, og hadde identifisert tiltak på til sammen 0,5 mill kr. En stor del av utfordringen var knyttet til etablering av rehabiliteringstilbudet i Vesterålen, leie av rehabiliteringssenger i Harstad, tilbud innenfor klinisk nevrofysiologi og økte medikamentkostnader. Klinikken fikk på bakgrunn av dette styrket sin budsjetttramme med 9,7 mill kr. Restutfordring ved inngangen av året var 6,2 mill kr.

Ved utgangen av mai har HBEV et negativt budsjettavvik på 6 mill kr. En vesentlig del av det negative avviket er knyttet til områdene øye og nevrologi. Øye har pr tiden for lav legebemanning og rekruttering av nye øyeleger er utfordrende. Som følge av bemanningssituasjonen har det vært nødvendig å prioritere kostnadskrevende injeksjonsbehandling, mens operasjoner som gir inntektsbidrag i stort omfang må sendes til private avtalespesialister. Det vil ikke være mulig å opprette budsjettbalanse innenfor dette området uten rekruttering av flere øyeleger. Innenfor nevrologi har klinikken inntektssvikt på 1,9 mill kr knyttet til heldøgn. Det vesentlige av denne

svikten gjelder lavere indeks (pasienttyngde), mens noe gjelder lavere antall avdelingsopphold. Klinikken har svikt i indeks også innenfor andre fagområder, og ser nærmere på årsakene til dette.

HBEV har pr 1. tertial 2018 økt ambuleringsvirksomheten til Lofoten og Vesterålen, og gjennom dette bidratt til reduksjon med om lag 200 reiser for pasientene i Lofoten og Vesterålen sammenlignet med 2017. Dette har gitt netto økonomisk gevinst for foretaket samlet.

Månedsverksutviklingen i HBEV i to-årsperioden 2016 til 2018 viser en økning på gjennomsnittlig 11,7 pr måned. Det vesentligste av økningen gjelder etableringen av rehabiliteringstilbudet i Vesterålen og styrking av øre-nese-halsområdet i tråd med regional fagplan. Styrkingen av ønh-området ble gjennomført innenfor rammen av særskilte fagplanmidler som opprinnelig var varslet fra Helse Nord RHF, og deler av tilbudet gjelder regionale oppgaver. Denne finansieringen er senere bortfalt.

Ut over kvalitetssikring av koding (indeks) og rekruttering av øyelege har ikke klinikken identifisert andre tiltak som på kort sikt kan bidra til driftstilpasning i klinikken. På lengre sikt forventes etablering av rehabiliteringstilbudet i Vesterålen å redusere behovet for kjøp av eksterne rehabiliteringssenger. Nedtak av ressurser for øvrig vil med stor sannsynlighet gi større kostnadsvekst som følge av økte gjestepasientopphold og pasientreiser.

4.3 Kvinne Barn klinikken (KBARN)

KBARN hadde en omstillingsutfordring på 8,8 mill kr ved inngangen til 2018 og hadde identifisert tiltak på til sammen 5,2 mill kr. Klinikken fikk styrket budsjettammen med 2,8 mill kr for finansiering av vaktordning/flytillegg for henteteamet for nyfødte. Restutfordringen ved inngangen av året var 1,5 mill kr.

Ved utgangen av mai har KBARN et negativt budsjettavvik på 12,7 mill kr. Herav er 5,5 mill kr inntektssvikt og 4,6 mill kr merforbruk lønn. Inntektssvikten er hovedsakelig knyttet til heldøgnsaktivitet og lavere aktivitet innenfor nyfødt intensiv, færre fødende samt barnemedisin. Kravet til beredskap innenfor disse områdene gir imidlertid begrenset mulighet til å nedskalere bemanning, slik at kostnadene løper til tross for lavere aktivitet. Det antas at deler av denne inntektssvikten skyldes naturlige svingninger, og at aktiviteten vil ta seg noe opp ut over året. Merforbruk lønn er delvis knyttet til rokadekostnader nyfødt intensiv (midlertidige lokaler nødvendiggjør flere sykepleiere i arbeidsplan), flyvakt henteteam, nye LIS-leger som har overlappet under opplæring (januar-mars) og sykefravær. Økte ressurser som følge av rokadene ved nyfødt intensiv vil måtte løpe til innflytting i nytt bygg 2019/2020. Når det gjelder kostnadene knyttet til flyvakt for henteteamet er disse økt betydelig som følge av nødvendig etablering av utvidet vaktordning. Dette er en funksjon som utføres for pasienter både i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets område, men som hittil ikke har hatt særskilt finansiering. Denne problemstillingen har vært løftet opp til Helse Nord RHF gjennom flere år, og det forventes at finansiering kommer på plass som følge av arbeidet med revidert inntektsmodell. Kostnadene til henteteamet utgjør om lag 5 mill kr pr år. Klinikken har store innleiekostnader knyttet til opprettholdelse av beredskap i Lofoten og Vesterålen. Reduksjon i innleiekostnadene vil avhenge av muligheten for rekruttering av fast personell.

Månedsverksutviklingen i KBARN i to-årsperioden 2016 til 2018 viser en økning på gjennomsnittlig 18,8 pr måned. Herav gjelder 6 månedverk nye jordmorstillinger i Bodø, Lofoten og Vesterålen som følge av opptrapping av plan fødselsomsorg (bl.a. krav mht 1:1 jordmor under aktiv fødsel), 3 månedverk gjelder barneleger (sosialpediater jf krav i OD, flyvakt, eldre leger ut av vakt), 3 månedverk vedr rokade nyfødt intensiv, 2 månedverk nyfødt intensiv som følge av opptrappingsplan, 2 lærlinger, det øvrige gjelder psykolog habilitering, fagsykepleier barn og barne- og ungdomsarbeider lekestua.

Klinikken vil redusere med 1 stilling som følge av naturlig avgang i løpet av høsten, men ser begrensede muligheter for ytterligere kostnadsreduksjon da det vesentlige av ressurser er knyttet til beredskap. Det forventes at inntektene vil ta seg noe opp ut over høsten, men ikke tilstrekkelig for å kompensere for inntektssvikten hittil i år.

4.4 Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIROT)

KIROT hadde en omstillingsutfordring på 32 mill kr i budsjettprosessen for 2018, og hadde identifisert tiltak på til sammen 3,2 mill kr. Som følge av økte kostnader i forbindelse med rocade i Bodø, økte materiellkostnader (operasjon) og økte medikamentkostnader fikk klinikken styrket budsjettet med 11 mill kr. Det er videre forutsatt at etableringen av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) skal bidra til økte ISF-inntekter for klinikken i 2018. KIROT hadde en restutfordring på 15,6 mill kr ved inngangen av året.

Ved utgangen av mai har KIROT et negativt budsjettavvik på 5,9 mill kr. Korrigert for styrking av budsjettet i 2018 har klinikken redusert budsjettavviket med 4,4 mill kr sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Klinikken har hatt en betydelig aktivitetsvekst både innenfor poliklinikk og heldøgnsaktivitet sammenlignet med januar-mai i 2017, som har bidratt til merinntekter på til sammen 11 mill kr over budsjett. Det har vært aktivitetsvekst både i Bodø, Vesterålen og Lofoten. Merforbruket er i all hovedsak knyttet til lønn og materiellkostnader, samt uløst utfordring som utgjør 3,6 mill pr mai. Økt aktivitet forklarer en del av merforbruket innenfor lønn og materiell. Merinntektene er imidlertid ikke tilstrekkelige for å dekke økte kostnader i driften. Videre er det slik at en del av merinntektene også må ses i sammenheng med økte personell- og materiellkostnader i Akuttmedisinsk klinikk, samt noe i diagnostisk klinikk.

Månedsverksutviklingen i KIROT i to-årsperioden 2016 til 2018 viser en økning på gjennomsnittlig 23,5 pr måned. Det vesentlige av veksten gjelder leger og sykepleiere. Økte legerressurser omfatter 2 urologer (økt aktivitet, ambulering Lofoten og Vesterålen og avsluttet innleie), 4 LIS i ortopedi og kirurgi (delvis oppfølging av anbefalinger fra spesialistkomiteen, delvis nye oppgaver/ny LIS-ordning, samt styrking plastikkirurgi ihht OD), overlege ortopedi Bodø (redusert fristbrudd og ventetider), overlege Vesterålen (redusert innleie, redusert ventetid og fristbrudd), økning vikarer som følge av permisjoner og erstatning av innleie innenfor andre områder. Økning i sykepleiere med 3,6 er i all hovedsak knyttet til å løse utfordringen med drift over flere etasjer i rokaideperioden i Bodø. Videre er det som del av rokaden midlertidig økt med 2 ledere (Avvikles i løpet av aug 2018). Klinikken har også fått tilført 2,5 stillinger som kreftkoordinator, kvalitetsregistrator og forløpskoordinator prostatasenter (del av OD). Bemanningsøkningen er i all hovedsak knyttet til kliniske personell som har bidratt til aktivitetsøkning (15-40 % innenfor urologi, ortopedi og kirurgiske fag) og reduserte innleiekostnader.

Driftstilpasning gjennom bemanningsreduksjon vil for de fleste fagområdene gi direkte konsekvens i form av økte ventetider og fristbrudd, økning i gjestepasientkostnader og pasientreiser, samt innleie. Klinikken samarbeider med Akuttmedisinsk klinikk om etablering av flere fast-track forløp for bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder forløp for rygg og protese. Dette skal gi økte ISF-inntekter og ytterligere reduksjon i gjestepasienter/pasientreiser.

4.5 Medisinsk klinikk (MED)

MED klinikk hadde en omstillingsutfordring på 28,4 mill kr ved inngangen til 2018, og hadde identifisert tiltak på til sammen 8,7 mill kr. Klinikken fikk styrket sitt budsjett med 7,1 mill kr for finansiering av økte kostnader knyttet til rehabilitering i Vesterålen, etablering av Lege i Front, samt økte medikamentkostnader. Det er videre forutsatt at etableringen av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) skal bidra til økte ISF-inntekter for klinikken i 2018, samt at Lege i Front

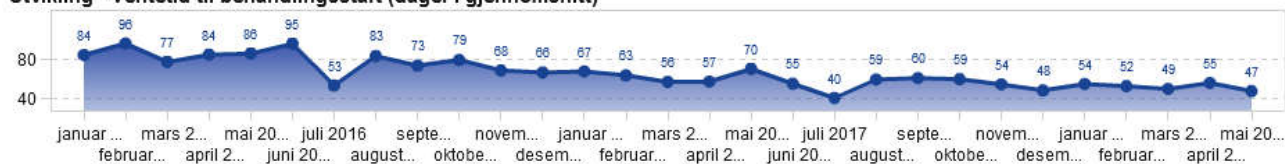
vil bidra til å redusere foretakets samlede personellkostnader. MED hadde en restutfordring på 10,3 mill kr ved inngangen av året.

Ved utgangen av mai har MED et budsjettavvik på 10,6 mill kr. Korrigert for styrking av budsjettet i 2018 har klinikken økt budsjettavviket noe sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Klinikkenes økonomiske utfordring gjelder hovedsakelig merforbruk personellkostnader og uløst budsjettutfordring. Det er særlig innenfor områdene hjerte, lunge, kreft merforbruket er størst. Klinikken har sammenlignet med samme periode i 2017 hatt betydelig vekst i aktiviteten innenfor poliklinikk, og noe vekst innenfor heldøgn.

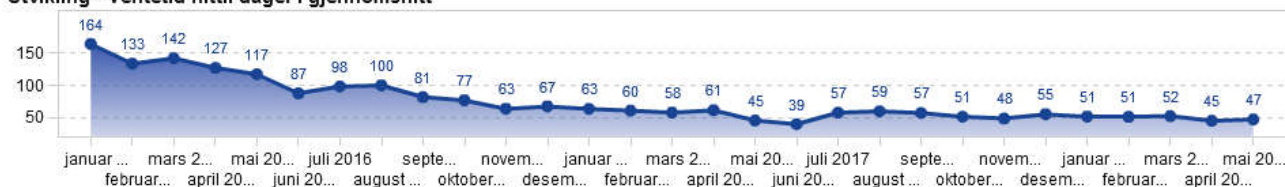
Månedsværksutviklingen i MED klinikk i to-årsperioden 2016 til 2018 viser en økning på gjennomsnittlig 44 pr måned. Det vesentlige av veksten gjelder leger (+14), sykepleiere (+18) og helsefagarbeidere/lærlinger (+6). Om lag 7,5 av den samlede veksten i månedsverk er knyttet til opptrapping i tråd med regional kreftplan, 6 gjelder etablering av rehabilitering i Vesterålen, 3 gjelder styrking av regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) og 2 gjelder etablering av Lege i Front. Det er økt med 10 stillinger til leger i spesialisering de siste 2 årene, og dette omfatter mange fagområder. Videre er det økt med personellressurser innenfor hjerte, lunge, gastro poliklinikk samt ved virksomheten i Lofoten.

Økningen i personellforbruk i MED klinikk må ses i sammenheng med aktivitetsveksten i samme periode. I to-årsperioden 2016-2018 har klinikken økt den poliklinisk aktiviteten med 15 % og heldøgnaktiviteten med 3 %. Når det gjelder heldøgnaktivitet har veksten i DRG-poeng har vært høyere enn veksten i antall opphold, og dette indikerer sykere pasienter. Aktivitetsveksten har bidratt til betydelig reduksjon i fristbrudd og ventetider.

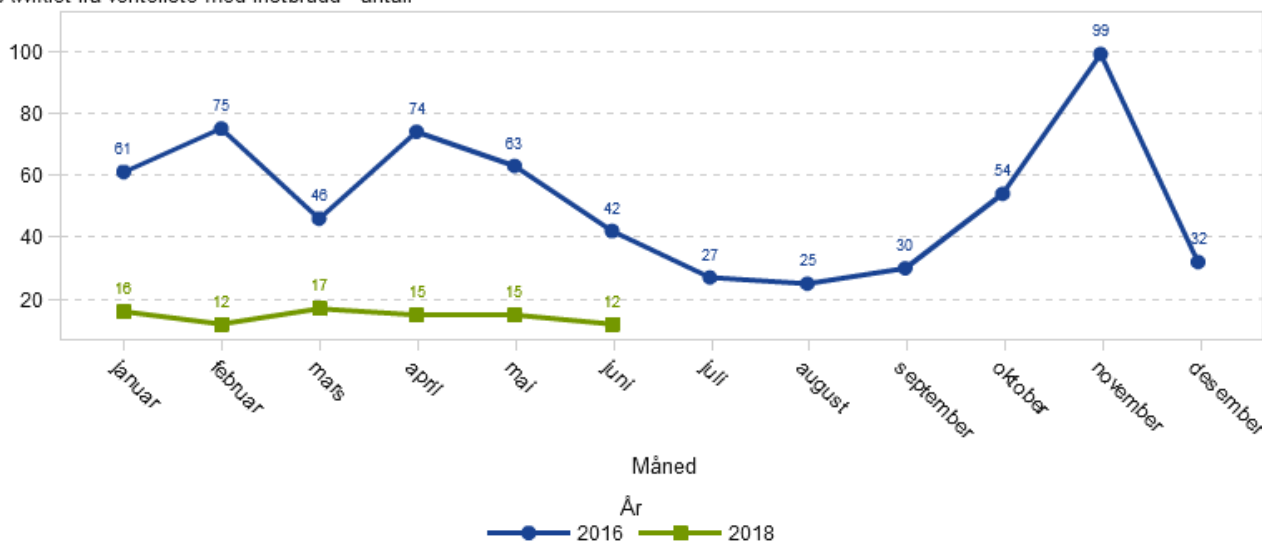
Utvikling - Ventetid til behandlingsstart (dager i gjennomsnitt)



Utvikling - Ventetid hittil dager i gjennomsnitt



Awiklet fra venteliste med fristbrudd - antall



Innenfor fagområdet gastro hadde klinikken tidligere store utfordringer i form av lange ventelister og fristbrudd, men etter at kapasiteten ble økt har ventetidene vært under 30 dager og fristbruddene tilnærmet eliminert.

Klinikken har ikke identifisert nye tiltak for kostnadsreduksjon ut over tiltaksplan for budsjett 2018. Driftstilpasning gjennom bemanningsreduksjon vil for de fleste fagområdene gi direkte konsekvens i form av økte ventetider og fristbrudd, økning i gjestepasientkostnader og pasientreiser.

4.6 Prehospital klinikk (PREH)

PREH klinikk hadde beregnet en omstillingsutfordring på 14,9 mill kr ved inngangen til 2018, men la til grunn at realisering av ambulanseplanen skal bidra til driftstilpasning i tråd med budsjett.

Ved utgangen av mai har PREH klinikk et negativt budsjettavvik på 6,4 mill kr. Avviket er i all hovedsak knyttet til ambulansedriften.

Månedsverkutviklingen i PREH klinikk i to-årsperioden 2016-2018 er stort sett uendret, samtidig har det i tråd med planen vært økning i faste månedsverk mens timelønnede er redusert. Imidlertid har det også vært en vridning fra timelønnede til økt overtid, slik at kostnadene har økt.

Klinikken har gjennom det siste året gjennomført tiltak for reduksjon i sykefravær, og har så langt i 2018 lyktes med en betydelig reduksjon i sykefravær fra nivået i 2016 og 2017.

Det gjenstår fremdeles arbeid knyttet til bedre planlegging av de faste ressursene som er tilført som del av ambulanseplanen. Realisering av ambulanseplanen i tråd med forutsetningene er fortsatt det sentrale tiltaket for driftstilpasning i PREH klinikk.

4.7 Diagnostisk klinikk (DIAG)

DIAG klinikk hadde en positiv omstillingsutfordring på 2,5 mill kr for 2018, og hadde innarbeidet økte kostnader knyttet til innføring av automatisering av laboratoriet, samt nødvendig leie av utstyr for å opprettholde driften under ombyggingen av AB-fløya og radiologisk avdeling.

Ved utgangen av mai har DIAG klinikk et positivt budsjettavvik på 1,5 mill kr. Det har vært noe usikkerhet knyttet til omleggingen av laboratoriekodeverket og ny finansieringsordning fra og med 2018, og det er ikke endelig avklart hva som blir effekten av denne endringen. Resultat pr mai inneholder således usikkerhet mht inntektsestimat hittil i år.

Månedsverkutviklingen i DIAG klinikk i to-årsperioden 2016-2018 er stort sett uendret.

4.8 Psykisk helse og rus klinikken (PHR)

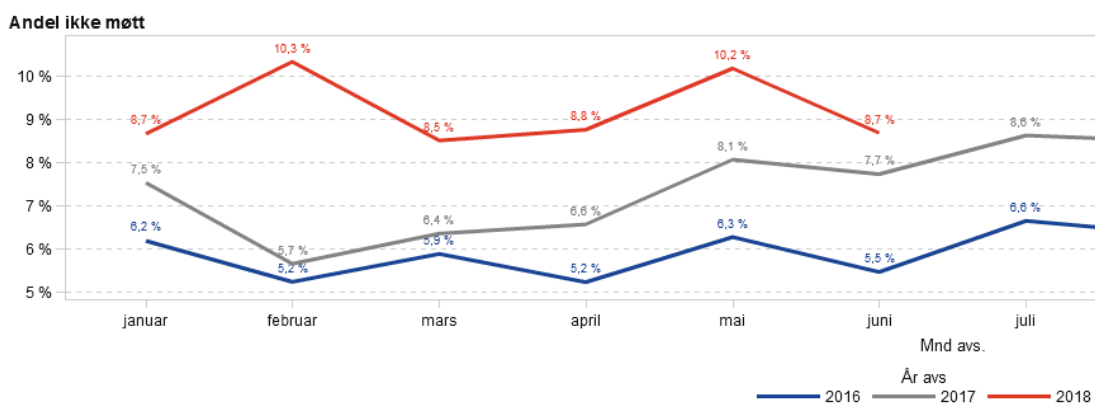
PHR-klinikken hadde beregnet sin omstillingsutfordring til om lag 5,3 mill kr i 2018. Denne ble i sin helhet kompensert gjennom styrking av klinikkens budsjett for 2018, i tråd med Nordlandssykehusets andel av styrkingen av psykiatri-rusområdet i Helse Nord i 2018.

Ved utgangen av mai har PHR klinikken et negativt budsjettavvik på 3,1 mill kr. Det vesentlige av underskuddet er knyttet til høy aktivitet ved sikkerhetsenheten (regionalt tilbud), økt skjermingsbehov innenfor akuttpsykiatri og høye innleiekostnader for legespesialister. Spesielt innleie for å ivareta vaktjenesten i Lofoten og Vesterålen DPS har bidratt til økte driftskostnader. Som følge av bemanningsutfordringer har klinikken i perioden januar til mai hatt en økning i ventetider og fristbrudd sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Månedsverkutviklingen i PHR klinikken i to-årsperioden 2016-2018 viser en økning på gjennomsnittlig 8,3 pr måned. Veksten er knyttet til pasientrettede stillinger (miljøterapeuter, kliniske konsulenter og assistenter).

Driftstilpasning gjennom bemanningsreduksjon vil for de fleste fagområdene gi direkte konsekvens i form av økte ventetider og fristbrudd, samt økning i gjestepasientkostnader og pasientreiser. Slike tiltak vil forøvrig komme i konflikt med «den gyldne regel» om større vekst i psykisk helse og rus enn i somatikk.

Klinikken har hatt økning i andel ikke møtt de siste 2 årene, og så langt i 2018 har gjennomsnittlig 9,2 % av pasientene ikke møtt til oppsatt time. Reduksjon i andelen ikke møtt bør bidra til bedre utnyttelse av personellressursene, og økt behandlingsskapasitet for reduksjon i ventetider og fristbrudd.



4.9 Stab og senter

Stabsavdelingene samt senter og drift og eiendom har ved utgangen av mai et positivt budsjettavvik på om lag 6 mill kr. Det positive avviket er i hovedsak knyttet til budsjett for drifts- og vedlikeholdsoppgaver der kostnadene ikke enda er påløpt, tilsvarende gjelder budsjett for videreutdanning av personell. Kostnadsutviklingen for behandlingshjelpemidler er økende, og har negativt budsjettavvik ved utgangen av mai. Foretaket har de siste årene overtatt ansvaret for stadig flere behandlingshjelpemidler, og medfølgende finansiering er ikke tilstrekkelig til å dekke kostnadene.

Månedsverksutviklingen i stab og senter i to-årsperioden 2016 til 2018 viser en økning på gjennomsnittlig 15 pr måned. En stor del av veksten er knyttet til etablering av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD), herunder styrking knyttet til oppgaver rundt medisinsk koding, kliniske IKT-systemer, logistikk timekontor og vikarpool for helsesekretærer. Videre er det tilført ressurser for styrking av pasient- og pårørendearbeid, prosjektstilling «Vennlig sykehus» (utgår fom 01.01.2019), prosjektleder elektronisk kurve, personverneombud, informasjonssikkerhet, regional koordinator e-læring (finansiert av RHF), koordinator for ny LIS-utdanning, opplæringsressurser administrative systemer og HR-medarbeidere i Lofoten og Vesterålen.

4.10 Felleskostnader

Felleskostnader har positivt budsjettavvik på om lag 30 mill kr ved utgangen av mai. Dette er delvis knyttet til lavere rentekostnader enn budsjettet, korrigering av merforbruk på pensjonskostnader i klinikkene, mindreforbruk H-resepter (her vil noe ramme trekkes inn fra RHF i juni), tidsavgrensninger samt en mindre buffer.

5. Kostnadsnivå - SAMDATA og Kostnad pr pasient (KPP)

5.1 SAMDATA

Jamfør sak 105-2017 Budsjett 2018 er det i Helsedirektoratets SAMDATA (årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats, bruk av tjenestene og utnyttelse av ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten) over år rapportert et noe høyere kostnadsnivå ved Nordlandssykehuset HF sammenliknet med landsgjennomsnittet både når det gjelder personellbruk vs aktivitet og den samlede kostnadsutvikling vs inntekter fra pasientbehandlingen.

De siste årene har Nordlandssykehuset hatt kostnadsvekst i tråd med landsgjennomsnittet, mens aktiviteten målt i DRG-poeng ikke har utviklet seg tilsvarende. Det er særlig når det gjelder døgnopphold utviklingen i DRG-poeng har vært negativ, mens det innenfor dagbehandling og poliklinikk har vært økt aktivitet målt i DRG-poeng. Imidlertid har dagkirurgi og poliklinikk vesentlig lavere ISF-indeks enn heldøgnsoverhold og veksten i aktivitet vil derfor i begrenset grad gjenspeiles i vekst i DRG-poeng.

Den negative utviklingen i DRG knyttet til døgnopphold kan i stor grad knyttes til reduksjon i sengetall og utfordringer ved gjennomføring av planlagt aktivitet under rokaden som følge av byggeaktiviteten i Bodø. Denne situasjonen vil vedvare frem til moderniseringen av AB-fløyen i Bodø er ferdigstilt i 2019/2020. Det er iverksatt tiltak for å forbedre ressursutnyttelsen ved sengepostene jf styresak 093-2017 som omhandler oppfølging av riksrevisjonens rapport fra 2014 om harmonisering av bemanning ved sengeposter. Mye kan derfor tyde på at Nordlandssykehuset ut fra en økonomisk betraktning har vært for tidlig ute med omlegging fra døgn til dag kirurgi i forhold til takten i omleggingen av finansieringssystemet. At en slik dreining i tilbudet skal finne sted er ønsket nasjonal politikk og vurdert som et gode for pasienten.

Fra 2018 er kostnad per pasient (KPP) lagt til grunn for beregning av gjennomsnittskostnad og pris pr DRG, for bedre å gjenspeile kostnadene til pasientbehandlingen. Dette vil gi omfordelingseffekter både mellom fagområder og mellom foretak. Hovedsakelig omfatter endringen at inntekten knyttet til medisinske DRG-er øker, mens den reduseres for kirurgiske DRG-er. For Nordlandssykehuset er endringen estimert å gi en inntektsvekst på om lag 22 mill kr basert på aktivitetsnivået i 2017. Dette bør også slå positivt ut for Nordlandssykehuset mht kostnadsproduktivitet.

Endringer i ISF-kodeverket og arbeidet med kode- og inntektsforbedring forventes å bidra til økning i Nordlandssykehusets DRG-poeng og kostnadsproduktivitet, gitt tilsvarende kostnadsnivå som i dag. For lav DRG-kompensasjon ift faktisk aktivitet antas å forklare deler av den lavere produktiviteten i Nordlandssykehuset målt ved kostnad pr DRG.

Når det gjelder kostnadsnivået for øvrig er det nødvendig med dypere analyser for å finne forbedringsområder sammenlignet med andre foretak som ifølge SAMDATA er identifisert som mer kostnadseffektive.

5.2 Kostnad pr pasient (KPP)

Foretakene i spesialisthelsetjenesten og HOD har i samarbeid etablert en felles spesifisering for beregning av kostnader på pasientnivå i tjenesten. Denne felles spesifiseringen danner grunnlaget for KPP-modeller som er etablert i det enkelte foretak.

Formålet med slik felles spesifisering er:

- Sikre lik praksis i beregning av behandlingens kostnader på tvers av foretakene slik at resultatene er nasjonalt sammenlignbare data
- Beregning av kostnadsvekter i ISF-ordningen basert på KPP-data

- Bidra til at KPP-modeller kan benyttes i virksomhetsstyringen

Målsettingen med KPP er å identifisere og beregne pasientrelaterte kostnader og sammenstille dette med en systematisk og oversiktlig fremstilling av helsefaglig aktivitet i et pasientopphold. Dette kan gi et datagrunnlag som muliggjør vurdering av ressursforbruk i forhold til behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp.

Nordlandssykehuset har utarbeidet KPP-data for 2016 og 2017, på linje med de øvrige helseforetakene i Norge. KPP-data for disse periodene er begrenset til somatisk virksomhet. Hittil har målsettingen vært utvikling og etablering av modell som tilfredsstiller kravene til nasjonal leveranse til HOD for revisjon av kostnadsvekter i ISF-ordningen for henholdsvis 2018-vekter og 2019-vekter. KPP-modell for Nordlandssykehuset ble godkjent for 2016 og videreføret på 2017-data.

Målsettingen i det videre er at KPP-data kan brukes til å understøtte virksomhetsstyringen, herunder verktøy for å kunne gjennomføre de dypere analysene som er nødvendige for å finne forbedringsområder jf resultatene fra SAMDATA.

Foretaket igangsetter nå et arbeid for å analysere nasjonale data fra KPP og SAMDATA for, om mulig, å identifisere områder hvor det er indikasjon på signifikante forskjeller i kostnadsnivået på pasientbehandlingen. I nasjonale data er det tilgjengeliggjort kostnad og liggetid per opphold per DRG. Dette, sammen med egne detaljerte data fra KPP, vil muliggjøre slike analyser. Det innledende analysearbeidet vil foregå gjennom sommeren med målsetting om resultater til videre utredning i klinikkene i løpet av høsten.

6. Tiltak for driftstilpasning 2018 og veien videre

6.1 Forbedringsarbeid - kostnadseffektivitet

Når det gjelder forbedring av kostnadseffektivitet jf resultatene i SAMDATA har Nordlandssykehuset to alternative tiltak:

- a) redusere antall stillinger uten reduksjon i ISF-aktivitet eller
- b) bruke tilgjengelige ressurser mer effektivt (øke ISF-aktivitet)

Et generelt stillingskutt forventes å gi en utilsiktet negativ effekt på sentrale deler av kjernevirksomheten vår. Foretaket har allerede i dag en stor utfordring mht høye gjestepasientkostnader og pasientreisekostnader, og utfordringer mht rekruttering av personell innenfor flere områder i pasientbehandlingen. Generell bemanningsreduksjon forventes å øke disse utfordringene ytterligere, samt gi økte ventetider og fristbrudd.

I den grad bemanningsreduksjon skal benyttes som tiltak for driftstilpasning må dette, for å sikre bærekraftig utvikling på kort og lang sikt, i første omgang knyttes til områder med forbedringspotensial jamfør SAMDATA og KPP (punkt 5.2)

6.2 Organisatoriske tiltak

Foretaksledelsen iverksatte vinteren 2018 en gjennomgang av både klinikker og staber for å se om vi har områder hvor en ny/annerledes organisering kan gi oss en bedre ressursutnyttelse. Denne prosessen er pågående og resultat forventes å kunne fremlegges tidlig høst 2018.

6.3 Bemanningssenter

Opprettelse av bemanningssenter (jf styresak 050-2018), for på denne måten å redusere antall deltidsstillinger og etablering av heltidskultur, forventes også å gi et positivt bidrag til driftsøkonomien i form av redusert overtid.

6.4 Reduksjon i gjestepasientkostnader og pasientreiser

Det arbeides fortløpende med identifikasjon av nye områder hvor det er aktuelt å styrke innsatsen for å redusere pasientstrømmen ut av Nordlandssykehusets område. Dette omfatter både gjestepasientopphold i andre regioner, og i andre foretak internt i Helse Nord.

6.5 Regionale oppgaver

Nordlandssykehuset har pr i dag både regionale funksjoner som utføres for samtlige foretak i Helse Nord, samt en rekke regionale funksjoner knyttet til pasientene tilhørende Helgelandssykehuset.

Regional funksjoner er bare delvis finansiert pr i dag. For eksempel har Nordlandssykehuset dokumentert at netto kostnader for drift av regionalt senter for sykelig overvekt er 3-4 mill kr ut over finansieringen på 2,3 mill kr.

Videre utfører Nordlandssykehuset en rekke funksjoner som dekker deler av regionen, som ikke er finansiert eller kun delvis finansiert. En stor del av disse oppgavene omfatter beredskap i form av døgnkontinuerlig vakt og telefonisk bistand (uten tilhørende ISF-inntekter) for pasienter i hele Nordland. Ivaretagelse av regionale oppgaver er pr i dag en sentral årsak til høyt kostnadsnivå i Nordlandssykehuset, ettersom store deler av aktiviteten ikke registreres i ISF-systemet.

Dagens inntektsfordelingsmodell somatikk gir, med unntak av delfinansiering av enkeltfunksjoner, ingen kostnadskompensasjon til Nordlandssykehuset for oppgaver innenfor somatikk som utføres for pasienter utenfor Nordlandssykehusets område, i motsetning til Universitetssykehuset i Nord-Norge som mottar betydelige bevilgninger for kostnadskompensasjon for tilsvarende oppgaver.

Konsekvensen av manglende finansiering av regionale funksjoner er at disse oppgavene må løses innenfor den del av rammefinansieringen som skal dekke lokalsykehusbehandling for pasientene i Nordlandssykehusets område. Dvs at finansiering av behandling på lokalsykehus pr innbygger i Nordlandssykehusets område er lavere enn tilsvarende finansiering pr innbygger på Helgeland.

Dersom den åpenbare underfinansieringen av regionale funksjoner ikke håndteres gjennom inntektsfordelingsmodellen, vil det som del av arbeidet med driftstilpasning være nødvendig å redusere eller avvikle deler av denne virksomheten.

6.6 Finansiering av lokalsykehusfunksjoner

Det er avdekket feil i inntektsfordelingsmodellen somatikk knyttet til kompensasjon for reiseavstand til nærmeste sykehus i hele Helse Nord's område, som for Nordlandssykehuset del innebærer underfinansiering med om lag 30 mill kr årlig. Nordlandssykehuset har forutsatt at disse midlene, som utelukkende er knyttet til utførelse av foretakets lokalsykehusfunksjoner, korrigeres i forbindelse med revisjon av inntektsfordelingsmodell for somatikk i Helse Nord RHF.