



Styresak 081-2019

Tertialrapport 2-2019 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen

Dato dok: 30.09.2019

Møtedato: 07.10.2019

Vår ref: 2019/2338

Vedlegg (t): Tertialrapport 2-2019 Nordlandssykehuset HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2019 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2019 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).

Rapporten består av 43 rapporteringspunkter knyttet til Oppdragsdokument 2019 som Nordlandssykehuset skal rapportere pr 2. tertial. Rapporten er utformet i tråd med mal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering

Ventetid og fristbrudd

Nordlandssykehuset har pr andre tertial 2019 ikke oppnådd Oppdragsdokumentets krav om lavere ventetid for avviklede pasienter sammenlignet med 2018. Gjennomsnittet pr utgangen av 2. tertial 2019 var 68 dager mot 64 dager samme periode 2018. Ventetid for ventende er på samme nivå som ved utgangen av 2. tertial 2018.

Foretaket har siden 2015 arbeidet aktivt med reduksjon i fristbrudd og har redusert andelen fristbrudd for avviklede pasienter fra 15 % i 2015 til 4,9 % pr 2. tertial 2019. Det har siden februar i år vært negativ utvikling i fristbrudd både for avviklede og ikke avviklet fra venteliste. Pr utgangen av 2. tertial var det 223 pasienter med fristbrudd som fortsatt ventet, mot 147 i samme periode i 2018.

Årsaken til økte ventetider og fristbrudd er at kapasitet innenfor flere fagområder ikke er tilstrekkelig i forhold til etterspørsel. Innenfor fagområdene psykisk helsevern voksne, lungesykdommer, kjevekirurgi og barnehabilitering har kapasiteten vært ytterligere redusert det siste året som følge av spesialistmangel.

Pakkeforløp

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid for foretaket samlet er 63 % pr 2. tertial. Dette er bedre enn gjennomsnittet i Helse Nord (59 %) og landsgjennomsnittet (62 %), men er under målet på 70 %.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp innen psykisk helsevern, og praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Registrering i DIPS Arena ble startet opp fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger. Det er for tidlig å rapportere måloppnåelse på dette området.

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. Nordlandssykehuset har over lang tid hatt betydelig mangel på spesialister innenfor psykisk helsevern og rus, og situasjonen er forverret gjennom det siste året. Dette har medført at antall månedsverk med egne ansatte innenfor dette fagområdet er redusert – som videre har medført reduksjon i antall konsultasjoner og økt ventetid. Ventetid for avviklede pasienter i psykisk helsevern og rus har økt med 10,8 % fra 2. tertial i 2018 og ligger ved utgangen av 2. tertial på 72 dager. Dette er høyere enn i somatikk. Kostnadene innenfor psykisk helsevern og rus hadde gjennom hele 2018 større vekst enn kostnadene innenfor somatikk. Også pr 2. tertial 2019 har psykisk helse og rus større kostnadsvekst enn somatikk sammenlignet med samme periode i fjor. Kostnadsveksten er hovedsakelig knyttet til overtid, innleie av personell og kjøp av tjenester utenfor foretaket. «Den gyldne regel» er delvis oppfylt i Nordlandssykehuset pr 2. tertial 2019. Foretakets hovedprioritering er fortsatt økning og stabilisering i antall spesialister.

Kvalitetsutvikling

I tråd med krav i Oppdragsdokumentet har foretaket identifisert områder med gode resultater/stor fremgang og områder med svake resultater/høy risiko. Svartid AMK trekkes frem som et av områdene der utviklingen har vært meget god. Fra å ha ligget langt under måltall er andelen samtaler besvart innen 10 sekunder høyere enn 90 %, som er måltallet. Dette skyldes tre faktorer, fokus fra klinikkledelsen, nytt system som gir god oversikt over svartidene og bruk av forbedringsmetodikk.

Når det gjelder områder med mulig forbedringspotensiale har foretaket identifisert to områder vi ønsker se nærmere på. Det ene området er ventetid på diagnostiske tjenester, der det arbeides med etablering av målinger som skal gi bedre data. Det andre området er andel trombolysebehandlinger ved hjerneslag innen 40 minutter, hvor vi ser at vi har variasjon internt i foretaket.

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 080-2019 Virksomhetsrapport august 2019 for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 2. tertial.

Tertialrapport

2.tertial 2019



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIPPJÍVIESSO



Innhold

1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3
2	Somatikk	3
3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	5
4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	8
5	Kvalitetsutvikling	8
6	Pasientsikkerhet	9
7	Forskning og innovasjon	10
8	Klima- og miljøtiltak	10
9	Personvern og informasjonssikkerhet	10
10	Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	11
11	Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	12
12	Sikre gode arbeidsforhold	13
13	Tilstrekkelig kvalifisert personell	15
14	Utdanning av legespesialister	17
15	Anskaffelsesområdet	18

1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.

Nordlandssykehuset bidrar i regionale og Helse Nord IKT styrte prosjekter for IKT som ut fra vår forståelse følger disse prinsipper og strukturer. Foretaksspesifikke program / system blir bestilt via Fellesinnboks og HN IKT har innbakt en arkitektursjekk. Eksempel på nylig innført system er Videonor.

Måloppnåelse: Høy

Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Vi gjentar vår anmodning om at vi får en felles regional eller nasjonal definisjon på bruk av kildefeltet planlagt tid i DIPS EPJ, slik at helseforetakenes rapportering gir mening ved sammenligning. Andel planlagte kontakter passert tentativ tid var ved utgangen av 2.tertial 13,9 %. Selv om dette er lavest blant foretakene i regionen er det høyere enn 2017. På lik linje med fristbrudd og ventetid skyldes dette kapasitetsutfordringer innenfor flere fagområder.

Måloppnåelse: Lav

Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018.

Median tid til tjenestestart er uendret på 55 dager mellom 2018 og første to tertial i 2019. Dette skyldes kapasitetsutfordringer innenfor flere fagområder.

Måloppnåelse: Lav/middels

2 Somatikk

Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.

Gjennomsnittlig ventetid er ikke redusert sammenlignet med 2018, men ligger litt over. Dette skyldes at kapasitet innenfor flere fagområder ikke er tilstrekkelig i forhold til etterspørsel.

Måloppnåelse: Lav

Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.

Kirurgisk klinikk har igangsatt et omfattende arbeid for forbedre en rekke aspekter ved operasjonsaktiviteten. Vurdering av omfanget av hver ulike operasjoner og prosedyrer vil være en del av dette arbeidet. Endringer av drift og etablert praksis forventes å få effekt i første halvdel av 2020.

Måloppnåelse: Middels

Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.

Det er gjennomført flere fagrådsmøter hvor dette har vært tema, nytt møte i høst. Den uønskede variasjonen er ikke knyttet til praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Nordlandssykehuset har ingen myndighet til å diktere avtalespesialistenes praksis, men går gjerne i dialog med Helse Nord om dette dersom det er ønskelig.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.

I Nordlandssykehuset er 63 % av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen standard forløpstid. Snittet for hele landet er 62 %, for Helse Nord 59 %.

Pakkeforløp kreft NLSH 2. tertial 2019	
Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid (OF4)	
Alle pakkeforløp	63 % (131/208)
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	100% (2/2)
Blærekreft	53% (8/15)
Brystkreft	64% (23/36)
Bukspyttkjertelkreft	50% (1/2)
Eggstokkreft (ovarial)	100% 2/2
Føflekkreft	94% (15/16)
Galleveiskreft	100% (1/1)
Hjernerkeft	100% (1/1)
Hode- halskreft	40% (2/5)
Kreft hos barn	Ingen tall
(all behandling startes ved UNN Tromsø)	
Kreft i spiserør og magesekk	75% (3/4)
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	100% (2/2)
Livmorhalskreft (cervix)	Ingen tall
Livmorkreft (endometrie)	100% (1/1)
Lungekreft	56% (15/27)
Lymfomer	83% (5/6)
Myelomatose	100% (3/3)
Nevroendokrine svulster	50% (1/2)
(ingen mapping til ICD-10-kode)	
Nyrekreft	38% (3/8)
Peniskreft	Ingen tall
Primær leverkreft (HCC)	Ingen tall
Prostatakreft	48% (16/33)
Sarkom	Ingen tall
(ingen mapping til ICD-10-kode)	
Skjoldbruskkjertelkreft	100% (1/1)
Testikkelkreft	100% (2/2)
Tykk- og endetarmskreft	62% (24/39)

Måloppnåelse: Middels

Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Det pågår et kontinuerlig forbedringsarbeid for å vedlikeholde og forbedre pasientforløpet ved akutt hjerneslag. Team slagalarm har initiert og iverksatt teamtrening slagalarm i Bodø. I Bodø hadde 83 % av pasientene med hjerneinfarkt i andre tertial fått trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse. Antall pasienter for Lofoten og Vesterålen er lavt i andre tertial, og vi vil derfor rapportere disse i årlig melding.

Måloppnåelse: Høy for Bodø

Ikke ha korridorpasienter.

Det er hittil i år registrert 232 korridorpasienter i foretaket, redusert med 149 fra samme periode i fjor. Dette er fordelt på 32 i Lofoten, 25 i Vesterålen og øvrige i Bodø.

Måloppnåelse: Middels/lav

Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

Andel epikriser sendt innen en dag har variert mellom 60 %-64 % hittil i år.

Måloppnåelse: Lav/middels

3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Funksjon	Indikator	Endring 2. tertial 18-19
Somatikk	Månedssverk	-0,6 %
Psykisk helse og rus	Månedssverk	-0,2 %
Somatikk	Økonomi	1,9 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	25,3 %
Somatikk	Konsultasjoner	1,7 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	1,2 %
Somatikk	Ventetid avviket	2,9 %
Psykisk helse og rus	Ventetid avviket	10,8 %

Nordlandssykehuset har over lang tid hatt betydelig mangel på spesialister innenfor psykisk helsevern og rus, og situasjonen er blitt forverret det siste året. Dette har

medført at antall månedsverk med egne ansatte innenfor dette fagområdet er noe redusert – som videre har medført reduksjon i antall konsultasjoner og økning i ventetid. Ventetid for avviklede pasienter i psykisk helsevern og rus har økt med 10,8 % fra 2. tertial i 2018 og ligger ved utgangen av 2. tertial på 72 dager. Dette er høyere enn i somatikk.

Utviklingen er ikke ønsket fra foretakets side. Nordlandssykehuset har det siste året hatt en strengere praksis for innleie av personell, men som følge av rekrutteringsutfordringene innenfor psykisk helsevern og rus har alle søknadene om innleie på dette området blitt innvilget. Kostnadene innenfor psykisk helsevern og rus hadde gjennom hele 2018 større vekst enn kostnadene innenfor somatikk. Også pr 2. tertial 2019 har Psykisk helse og rus større kostnadsvekst enn somatikk sammenlignet med samme periode i fjor. Kostnadsveksten er hovedsakelig knyttet til overtid, innleie av personell og kjøp av tjenester utenfor foretaket.

Foretakets hovedprioritering i 2019 er økning og stabilisering i antall spesialister.

Måloppnåelse: Middels

Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.

Det jobbes aktivt med ventetidsutfordring for PHV, PHB og TSB. Grunnet økende antall henvisninger og mangel på behandlere (spesialister) er mål ikke nådd. Det jobbes nå med strukturelle endringer for å kunne redusere ventetid.

Måloppnåelse: Middels

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp TSB. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.

Det jobbes aktivt med pakkeforløp TSB. Praksis er lagt om for å kunne etterkomme kravene. Oppstart registrering i DIPS Arena fra 01.09.19 for alle primær og sekundærhenvisninger.

Måloppnåelse: Ukjent

Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

Pr nå er andel 47 %, men dagens statistikk underrapporterer fordi rapporten i DIPS EPJ ikke tar med utsendte epikriser der epikrise godkjennes/sendes før pasienten er skrevet ut. Det jobbes aktivt med å få sendt ut flest mulig epikriser innen 1 dag i både PHV og TSB.

Måloppnåelse: Middels/høy

4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.

Helse Nord har inngått de overordnede avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene som omhandler kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester for definerte målgrupper. De rehabiliteringsinstitusjonene som ligger geografisk nærmest NLSH og som brukes mest av pasienter fra NLSH, er Valnesfjord Helsesportssenter og Nordtun Helse Rehab. Gjeldene avtale med Valnesfjord Helsesportssenter og Nordtun Helse Rehab er forlenget til 31.12.2020.

Det er ikke etablert formelle samarbeidsrutiner på foretaksnivå mellom NLSH og rehabiliteringsinstitusjonene og heller ikke på klinikk-/avdelingsnivå. Det samarbeides om enkeltpasienter/grupper og i forhold til fagutveksling. Det er etablert fagavtale for utdanning av LIS mellom NLSH og Valnesfjord Helsesportssenter. NLSH vil bidra i etablering og gjennomgang av rutiner for samarbeid der det initieres et behov for samarbeidsrutiner.

Måloppnåelse: Middels

5 Kvalitetsutvikling

Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.

Svartid AMK. Fra å ha ligget langt under måltall er andelen samtaler besvart innen 10 sekunder høyere enn 90 %, som er måltallet. Dette skyldes tre faktorer, fokus fra klinikkledelsen, nytt system som gir god oversikt over svartidene og bruk av forbedringsmetodikk.

Måloppnåelse: Høy

Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Vi har identifisert to områder vi ønsker se nærmere på. Det ene er ventetid på diagnostiske tjenester, hvor det arbeides med etablering av målinger som gir bedre data. Det andre er andel trombolysbehandling ved hjerneslag innen 40 minutter hvor vi ser at vi har variasjon internt i foretaket.

Måloppnåelse: Middels

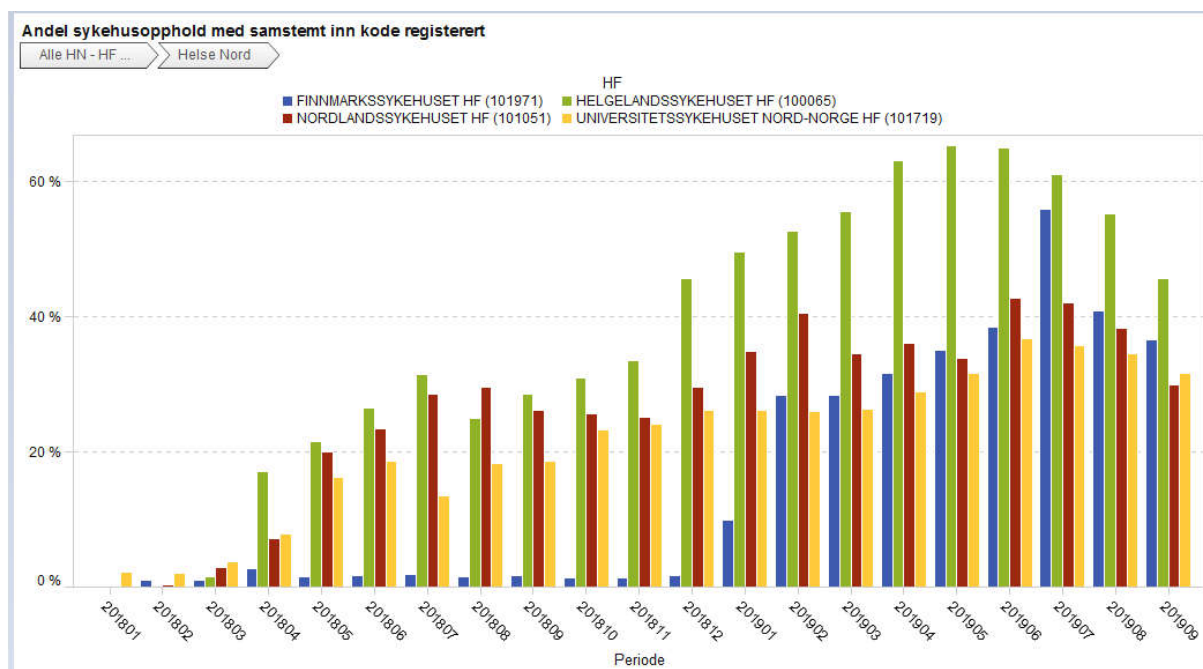
6 Pasientsikkerhet

Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

Nordlandssykehuset har 16 samstemmingsteam spredt på de ulike klinikkene/avdelingene/enhetene som bistår i få arbeidet med å få gjennomført legemiddelsamstemmingen etter regionale prosedyrer. Per 1.9.19 viser data i VA at andelen legemiddellister som er samstemt for Nordlandssykehuset HF 38% (10-65% ved de ulike enhetene). Vi vet fra manuelle målinger (Extranet) at dette ikke riktig, selv om vi i manuell målinger ikke når måltallet på 90 %.

Det er flere årsaker til dette:

1. Nevneren i brøken for andel samstemte legemiddellister er knyttet til avdelingen pasienten er lagt inn på, ikke sengepost slik vi tidligere har organisert målingene.
2. Tjenestekodene registreres kun (etter regional prosedyre) hvis det er signert på kurven for samstemming. Hvis legen har gjort samstemmingen men det mangler dato eller signatur på kurven, blir ikke samstemmingen registrert (falsk negativ).
3. En andel pasienter mangler dokumentasjon på samstemmingen. Vi har satt fokus på samstemming gjennom direktørens ledergruppe og direkte til teamene ved de ulike enhetene for å heve andelen samstemte legemiddellister, selv om vi ikke med dagens tjenestekode vil klare å nå målet om 90 %.



Måloppnåelse: Lav

7 Forskning og innovasjon

Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.

Registrering av alle prosjekter (forsknings- og kvalitetsprosjekter) gjennom verktøyet REDCap. Når prosjektet er registrert, vurderer leder av Seksjon for forskning dette sammen med personvernombudet (PVO) ved Nordlandssykehuset. En DPIA (personvernkonsekvensutredning) inngår i registreringen, hvilket innebærer at en vurdering av datahåndtering er del av registreringen. All relevant informasjon som omhandler prosjektet lagres i elektronisk arkiv (Elements).

Særlig relevante rutiner:

- PR36419 – Oppstart og forankring av forskningsprosjekter
- PR36749 – Utlevering av helse- og personopplysninger eller biobankmateriale
- PR36428 – Multisenterstudier
- PR36286 – Arkivering av prosjektdokumenter i Elements

Når et prosjekter er registrert i REDCap og har mottatt nødvendige godkjenninger, vil prosjektleder få tilgang til en adgangsstyrt mappe for oppbevaring av forskningsdata. Særlig relevant rutine:

- PR39017 – Sikker lagring av aktive forskningsdata

Seksjon for forskning dekker utgifter til Open Access i de tilfeller der disse ikke dekkes av Helse Nord. Deling av andre typer forskningsdata skjer, men lovmessigheten vurderes alltid sammen med PVO. Deling av datasett og andre datamaterialer vil bli tatt stilling til når slike henvendelser kommer, men så langt har ikke dette vært tilfellet. Et vitenarkiv er ikke etablert, men dette er noe vi vil ta nærmere stilling til.

Måloppnåelse: Høy

8 Klima- og miljøtiltak

Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorene og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019

Disse er målsatt og registret 7. februar. Målinger på indikatorer gjøres årlig og rapporteres i årlig melding.

Måloppnåelse: Høy

9 Personvern og informasjonssikkerhet

Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni

Nordlandssykehuset har i styremøte 21.05.19 (sak 2019-048) rapportert på status på risiko og sårbarhetsanalyser.

Måloppnåelse: Høy

I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur.

Analysen skal beskrive:

- 1. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres**
- 2. Økonomiske konsekvenser**
- 3. Konkret beskrivelse av gjennomføring**

Nordlandssykehuset anser at to faktor autentisering ved pålogging er nødvendig for å heve sikkerhetsnivået og sikre at vi dekker kravene i Normen. I samarbeide med HN IKT og i dialog med HIS-prosjektet har vi vurdert alternativer som peker på at løsning med PKI må anbefales. Videre har vi kartlagt brukerscenarier for alle brukergrupper på foretaket, gruppert disse og valgt ut et dekkende utvalg. Disse skal nå intervjues basert på at vi skal heve sikkerhetsnivået ved pålogging og innføre to faktor autentisering. Når intervjuene er gjennomført vil vi basert på analyser kunne beskrive anbefalinger og hvilke funksjonelle og tekniske forutsetninger som må på plass. Og vi vil kunne gi en anbefaling, beskrive økonomiske konsekvenser og plan for gjennomføring. Både vurdering og anbefaling vil utarbeides i dialog og samarbeid med Helse Nord IKT.

Måloppnåelse: Høy

10 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial.

Nordlandssykehuset har gjennomført ROS-analyser av alle de store kliniske systemene og medisinsk utstyr i perioden 2016-2018, jfr. *Styresak 037-2018 Orienteringssak – Informasjonssikkerhet – status per mai 2018*. Resultatene fra risikovurderingene som er gjennomført viser at Nordlandssykehuset har god kontroll på informasjonssikkerhet og personvern.

I dag gjennomføres det i NLSH risikovurderinger løpende ved innføring av nye løsninger eller ved endringer. Basert på Nordlandssykehuset sine funn og erfaringer som ble presentert for forfatterne av «Veileder i Personvern og informasjonssikkerhet – medisinsk utstyr» ble det i 2017 sagt at veilederen fra Direktoratet for Eehelse ville bli endret, se *styresak 107-2017 Orienteringssak – Informasjonssikkerhet pr desember 2017*. Det vil (i løpet av det neste året) komme ny klassifisering av MTU som NLSH har bidratt til gjennom våre analyser av utstyr.

Måloppnåelse: Høy

11 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5)

Dette er en del av vår tjenesteavtale nr. 5 med kommunene og er regelmessig tema i dialogmøtene vi har med kommunene.

Måloppnåelse: Middels

Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.

Dette er et arbeid som krever kontinuerlig fokus, hvor vi opplever at både ansatte og ledere er opptatt av gode overganger mellom omsorgsnivåene. Vi mener likevel ikke at vi er helt i mål, spesielt ikke i forhold til å kunne dokumentere ansattes kunnskap innenfor området.

Måloppnåelse: Middels

Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF.

Prosjektet som undersøker kvalitet på pasientforløp og samhandling, samt reduksjon i ressursbruk i Psykisk helse- og rusklinikken, startet 01.09.19. Videonorløsningen er klar og milepælsplan er laget. Prosjektet utgår fra Akuttpsykiatrisk avdeling, med oppstart med Bodø kommune i 2019, videre er målet å få med alle kommunene i nedslagsfeltet til NLSH 1. januar 2020. Målet er å få gjennomført samarbeidsmøter med bruk av Videonorløsning for pasienter før utskrivelse av Akuttpsykiatrisk avdeling, med tildelingskontor, psykiatritjeneste og fastlege.

Måloppnåelse: Høy

Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentrert helseteam.

En regional arbeidsgruppe hvor alle HFs i Helse Nord arbeider med en strategiplan for samhandlingsfeltet. Etter planen skal denne være ferdig ultimo oktober. Den vil inneholde både prosessuelle og strategiske tiltak.

Måloppnåelse:

Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

Dette gjøres hver måned og rapporteres i virksomhetsrapporten.

Måloppnåelse: Høy

12 Sikre gode arbeidsforhold

Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

Registrering av bierverv skjer via Personalportalen etter etablerte rutiner. Påminnelse om registrering av bierverv sendes ut til den enkelte ansatte samt ledere hvert halvår.

Periode: **2019-05** Enhet: **NLSH - Nordlandssykehuset hf** Ansattform: Stillingskode:

Type	Kategori	Personer
1000 - Bierverv	1010 - Undervisningsstilling	71
	1020 - Annet ansettelsesforhold	222
	1030 - Egen bedrift	125
	1040 - Styreverv	188
	1050 - Sporadiske vakter	74
	1060 - Nærstående	1
	1070 - Ingen bierverv	1418
Sum registrerte		2 099
Sum antall (aktive) fast ansatte per august		3 136
Antall fast ansatte som ikke er registrert per august 2019		1 037

Måloppnåelse: Middels

Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.

Styresak ble utarbeidet og behandlet innenfor vedtatt frist.

Måloppnåelse: Høy

På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.

Vi har innarbeidet rutiner for å redusere og forebygge sykefravær iht. målsettingene.

For enkeltansatte:

- Bistand i dialogmøter, oppfølgingsmøter og avklaringsmøter; bidra til å se løsninger i enkeltsaker både i forhold til ansatte, ledere og enhet.
- Styrket HR-avdelingen med en ny rådgiver i Lofoten og en i Vesterålen der deler av stillingene skal brukes til IA-arbeid.

For enheter/klinikker:

- Følge opp ForBedring 2019
- Handlingsplaner skal utarbeides og HR/HMS bistår ved behov.
- Utføre arbeidsmiljøkartlegginger og faktaundersøkelser.
- Oversikt over sykefravær og AML brudd som kan ligge til grunn for tiltak fra HR HMS seksjonen.
- Utføre ulike målinger/kartlegginger i forhold til fysisk arbeidsmiljø.
- Møte tre ganger i året mellom HR-ledelse og klinikkledelse. Fokus i møtene er status i enheter og klinikker med et særlig blikk på enheter med et totalt sykefravær over 10 % eller korttidsfravær over 2 %.
- Synliggjøre tilretteleggingsmuligheter, vurdere omplassering og eventuelt utprøving på andre enheter. For eksempel bruk av 90 – 10 ordningen i samarbeid med NAV.
- Staber samarbeider/bistår med sin kompetanse i saker der det er behov for det.
- Utføre risikoanalyser.
- Diverse målinger av inneklima.
- Bidra til å synliggjøre og koordinere muligheter som BHT og NAV kan bistå med.

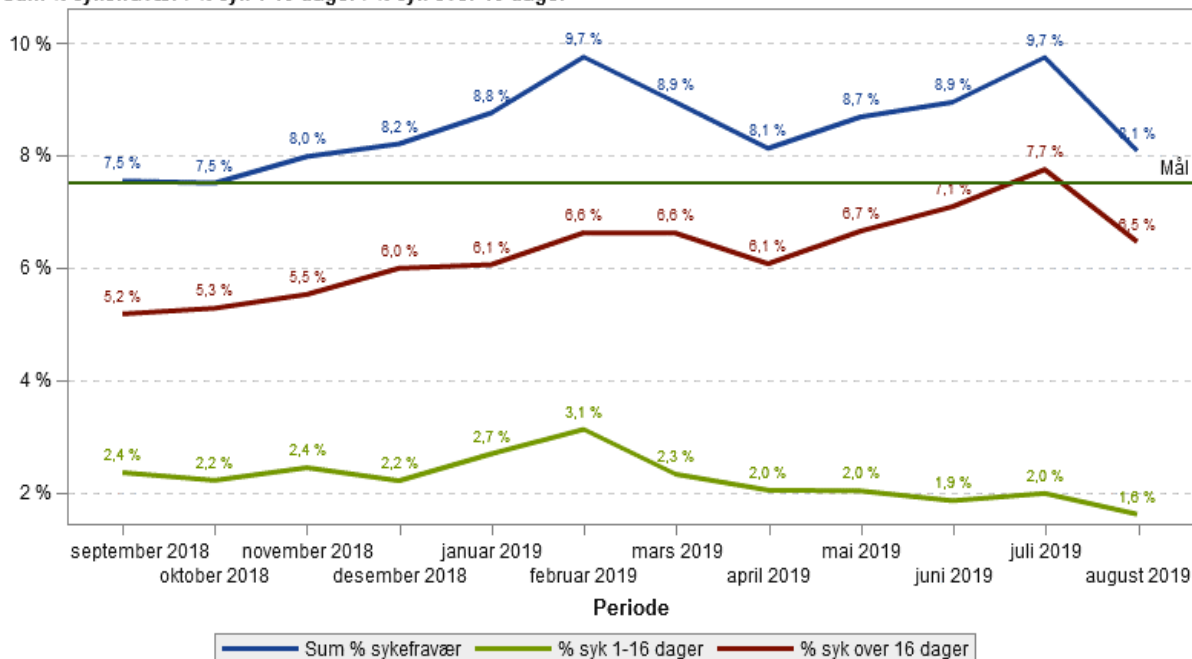
Opplæring/kurs som berører sykefravær og generell HMS:

- Lederopplæring for alle ledere.
- HMS kurs for verneombud, ledere og tillitsvalgte to ganger pr år.
- Kurs/undervisning i sykefraværsoppfølging både for arbeidstakere og ledere.
- Bruker også aktivt kurs som tilbys fra NAV arbeidslivssenter.
- Temabasert opplæring på forespørsel.
- Kurs i stressmestring, konflikthåndtering og vold og trusler og andre relevante tema.
- Opplæring i systembruk: Opprette og fullføre Sykefraværsoppfølgingssak i Personalportalen samt opprette Individuell oppfølgingsplan på nav.no → bedrift → sykemeldt arbeidstaker.

I andre tertial har det naturlig som følge av sommerferieavvikling vært mindre møtevirksomhet og oppfølging enn første tertial.

Vi har innarbeidet rutiner for å redusere og forebygge sykefravær iht. målsettingene.

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



Per sykehus	Sum % sykefravær	Sykedager	Gjnsnit aktive ansatte	Mulige dagsverk	Syk 1-16 dager	% syk 1-16 dager	Syk over 16 dager	% syk over 16 dager	Egenmelte dager
Sum	8,5 %	58 947	3 161	694 113	15 749	2,3 %	43 198	6,2 %	9 836
Lofoten	8,9 %	7 135	362	80 345	1 680	2,1 %	5 455	6,8 %	1 113
Rønvik	9,5 %	13 180	632	138 551	3 389	2,4 %	9 790	7,1 %	2 126
Sentrum	7,9 %	30 853	1 784	390 740	9 008	2,3 %	21 846	5,6 %	5 533
Vesterålen	9,2 %	7 779	382	84 477	1 672	2,0 %	6 107	7,2 %	1 064

Måloppnåelse: Middels

13 Tilstrekkelig kvalifisert personell

Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.

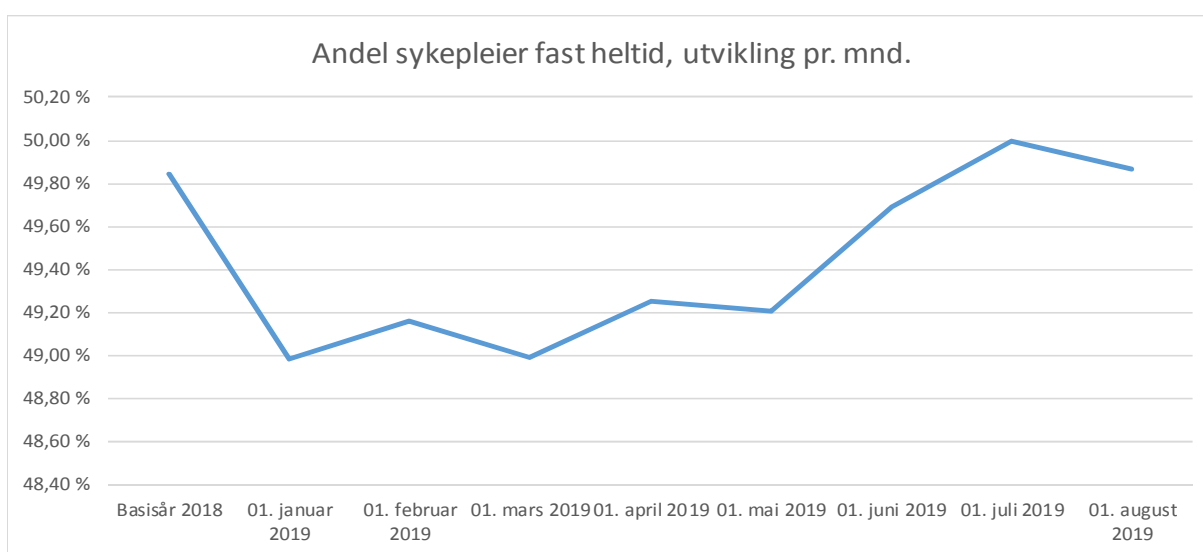
Etablering og utvikling av et bemanningssenter fremstår som det mest vesentlige elementet i Nordlandssykehusets strategiske satsing bl. a. på forbedring av heltidskulturen i foretaket. Bemanningssenteret fikk sin første medarbeider i heltidsstilling i mars-19. Gjennom våren og sommeren har det vært informert, rekruttert og planlagt drift for det nye senteret. Flere av medarbeiderne som nå er tilsatt i Bemanningssenteret i heltidsstillinger jobbet som ferievikarer ved sykehuset sommeren -19. Per september har Bemanningssenteret vel 20 medarbeidere.

Sykepleierne som har søkt på stillinger kommer både fra andre virksomheter, fra vikarstillinger i sykehuset og fra sykepleierkullet som var ferdig våren 2019. I tillegg rekrutteres det også til kombinasjonsstillinger hvor sykepleierne får tilbud om stillingsbrøk ved en enhet i kombinasjon med stillingsbrøk i Bemanningssenteret. Tilsammen utgjør også en kombinasjonsstilling heltid. Av sykepleierne som har takket ja til stilling i Bemanningssenteret, opplever vi at de fordeler seg slik at en større andel har

grunnutdanning, men også spesialsykepleiere med lang erfaring har takket ja til kombinasjonsstillinger. I september fikk Psykisk helse-rus klinikken sin første medarbeider fra Bemanningssenteret. Vedkommende er nå i full drift der.

- Bemanningssenteret bygges opp gradvis for å treffe fravær og behov
- God opplæring og begrenset rulling vektlegges for en trygg arbeidshverdag
- Tett samarbeid med enhetene og en lojalitet i organisasjonen til å benytte Bemanningssenterets ressurser

På senhøsten planlegges det kartleggingssamtaler med lederne i Lofoten og Vesterålen for å se om Bemanningssenteret kan være en ressurs opp mot driften der. Videre planlegges det å begynne arbeidet med å etablere trainee-stillinger i foretaket som et ledd i rekrutteringen av nyutdannede sykepleiere.



Heltidsansatte sykepleiere pr. kategori	Gjennomsnittlig antall 2018	Andel % 2018	Gjennomsnittlig antall hittil 2019	Andel % 2019	Endring antall ift. 2018	Endring prosentpoeng ift. 2018
Spesialsykepleier	366	64,08	356	63,92	-11	0,16
Sykepleier	173	35,11	185	35,30	11	0,20
Jordmor	19	34,22	21	37,25	1	3,02
Sum alle sykepleiere	559	49,84	561	49,43	2	-0,40

Måloppnåelse: Lav/middels

Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

Vi vet at vi i framtiden vil vi mangle sykepleierkompetanse og har på bakgrunn av dette behov for å iverksette et prosjekt om oppgaveglidning. På denne måten kan vi identifisere hvilke oppgaver sykepleierne gjør i dag som helsefagarbeiderne kan utføre. For øvrig vil følgende tiltak bli vurdert for å nå målsettingen om 5 % andel helsefagarbeidere innen 2021:

- Kartlegge andel helsefagarbeidere i hver enkelt enhet.

- Identifisere enheter der det er relevant å øke andelen helsefagarbeidere.
- Forankre oppdraget i klinikker der en økning av andelen helsefagarbeidere vil være hensiktsmessig.

Arbeidet bør relateres til helhetlige utdannings- og karrieremuligheter og inkluderes i klinikkens årlige budsjettarbeid med bistand fra aktuelle stabsavdelinger.

Overordnet stillingsgruppe	Budsjetterte stillinger	Andel i %	Gj.snitt Faste hittil i år	Andel i % hittil i år
01. Adm. og ledere	749,2	23,81	726,8	23,74
02. Pasientrettede stillinger	405,6	12,89	434,0	14,17
03. Leger	455,8	14,48	418,7	13,67
04. Psykologer	100,9	3,21	90,3	2,95
05. Sykepleiere	979,9	31,14	949,3	31,00
06. Helsefagarbeider/Hjelpepleier	143,5	4,56	134,4	4,39
07. Diagnostisk personell	131,4	4,17	125,6	4,10
09. Drift/teknisk personell	180,5	5,74	167,1	5,46
Annet		0,00	15,9	0,52
Sum	3 146,6	100	3 062,1	100

Måloppnåelse: Middels

14 Utdanning av legespesialister

Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.

Nordlandssykehuset HF har fått på plass kompetanseplaner i kompetansemodule for alle de 32 spesialitetene vi har søkt om godkjenning for fra HDIR. Dette inkluderer del 2 for indremedisin og kirurgi. Vi har også utarbeidet en kompetanseplan for Felles kompetansemodul. Arbeidet med å konvertere eksisterende LIS 2 3 til ny ordning er kommet godt i gang og gjennomføres ved å arrangere evalueringskollegium i de ulike spesialitetene. Parallelt er arbeidet med å oppdatere fiktiv enhet startet opp. Nordlandssykehuset HF vil iverksette og gjennomføre den nye spesialistutdanningen i henhold til kravene i Spesialistforskriftene.

Måloppnåelse: Høy

Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.

Nordlandssykehuset HF ønsker å legge til rette for at alle kommunene i vårt nedslagsfelt (21 stk) får på plass en avtale med oss knyttet til gjennomføring av tjeneste (spesialiseringsperiode) for å oppfylle læringsmål i allmennmedisin. Saken har vært drøftet i OSO, hvor det ble vedtatt at kommunene skulle utarbeide et forslag til en felles samarbeidsavtale/-rutine med Nordlandssykehuset. Når kommunene kommer tilbake

med et forslag til en avtale som skisserer deres ønsker, vil Nordlandssykehuset så langt det lar seg gjøre imøtekomme de behovene kommunene har for å få utdannet spesialister i allmennmedisin.

Måloppnåelse: Middels

15 Anskaffelsesområdet

I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.

Nordlandssykehuset HF arbeider tett med Sykehusinnkjøp HF. I forståelse med Sykehusinnkjøp HF Region Nord løser Innkjøpsavdelingen en del enklere saker under nasjonal terskelverdi hvor det kun er behov for å innhente tilbud og gjennomføre anskaffelse etter Anskaffelsesforskriftens del 1. Alle rammeavtaler eller anskaffelser over nasjonal terskelverdi løses av Sykehusinnkjøp HF. Nordlandssykehuset HF bemanner innkjøpsfunksjonen i forhold til ny innkjøpsstruktur, og forutsetter at Sykehusinnkjøp HF ivaretar anbudsfunksjonen regionalt eller nasjonalt.

Måloppnåelse: Høy, der hvor Sykehusinnkjøp HF har kapasitet

Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.

Leverandørene spiller en avgjørende rolle for vellykket implementering av nye avtaler. De står i stor grad for opplæring på nye produkter og rådgivning i forbindelse med etablering av lagerført sortiment. Møter med leverandørene gjennomføres i den utstrekning dette initieres av leverandørene. I all hovedsak forholder partene seg til samarbeidsavtalen mellom de regionale helseforetakene og leverandørene fra 2014. Leverandørene har varierende praksis og krav til oppfølging og møter står naturlig nok i forhold til leverandørenes betydning. Det er Sykehusinnkjøp HF som har ansvar for avtaleforvaltning mens HF-enes rolle er knyttet til den praktiske driften av avtalene. Eventuelle avvik kanaliseres derfor gjennom Sykehusinnkjøp HF. Det er ennå ikke fullt ut avklart hvordan arbeidsdelingen skal fungere i praksis.

Måloppnåelse: Ukjent

Redusere antall ad-hoc anskaffelser

Alle anskaffelser som er mulig å planlegge, meldes inn til Sykehusinnkjøp HF i henhold til gjeldende frister. På en del områder er dette verken mulig eller formålstjenlig. En stor del av anskaffelsesbehovene oppstår i forbindelse med brekkasje på teknisk/medisinteknisk- utstyr som i liten grad kan forutsees.

Måloppnåelse: Høy