



Styresak 087-2021

Tertialrapport 2-2021 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Marit Barosen, Gro Ankill
Dato dok: 27.09.2021
Møtedato: 05.10.2021
Vår ref: 2020/4751

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2021 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn:

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2021 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).

I vedlagt tertialrapport 2-2021 rapporteres på utvalgte punkter fra Oppdragsdokument 2021 ihht mal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering:

Pasientavtaler

Pandemien har medført en økning i andel pasientavtaler med passert planlagt tid, og utgjorde 18,3 % ved utgangen av august. Andelen har økt noe fra 1. til 2. tertial som følge av ferieavviklingen. Tidskritiske behandlingsforløp blir prioritert. Foretaket har iverksatt flere tiltak for å kunne overholde en større andel av avtalene, herunder kveldspoliklinikk, ambulering, flere telefonkonsultasjoner, forbedring av planleggingshorisont, samt kjøp av private helsetjenester.

Ventetid og fristbrudd

Ventetid for avviklede pasienter behandlet ved Nordlandssykehuset var gjennomsnittlig 74 dager i august, og dette er lavere enn samme periode i fjor (84). Ventetidene har imidlertid økt fra 1. tertial. Gjennomsnittlig ventetid for ventende var ved utgangen av august 87 dager, og noe lavere enn ved utgangen av august 2020 (91). Bakgrunnen for økning i ventetid for avviklede er i hovedsak etterslepet i pasientbehandlingen som følge av pandemien, økning i henvisninger innenfor flere fagområder, samt rekrutteringsutfordringer.

Andel fristbrudd var 20,9 % ved utgangen av august 2021 og dette er en reduksjon sammenlignet med 2. tertial 2020. Andel fristbrudd har imidlertid økt fra 1. tertial 2021. Nordlandssykehuset er i dialog med Helse Nord om kjøp fra private avtalespesialister innenfor noen av områdene som har størst antall fristbrudd.

Pakkeforløp

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen standard forløpstid for foretaket samlet var 63 % (krav >70 %) ved utgangen av 2. tertial. Det er imidlertid variasjoner mellom fagområdene, og innenfor enkelte fagområder ligger foretaket under 50 % andel. Årsaker til brudd på standard forløpstider blant annet pasientønsket utsettelse, behov for flere undersøkelser og biopsier, begrenset tilgang på MR-undersøkelser, variasjon i tilgjengelig time til urolog og operasjonskapasitet.

Det arbeides fortsatt aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene når det gjelder pakkeforløp innenfor psykisk helsevern. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i bruk enda, har vi ikke statistikk som kan si noe sikkert om måloppnåelsen.

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.

Pr utgangen av 2. tertial har det vært vekst i månedsverk, økonomi og konsultasjoner både i somatikk og psykisk helse og rus sammenlignet med samme periode i fjor. Veksten har vært størst i somatikk og dette har sammenheng med iverksatte tiltak for å ta igjen etterslep i pasientbehandlingen som følge av pandemien.

Ventetidene for avviklede og ventende pasienter er redusert både innenfor somatikk og psykisk helse og rus. Når det gjelder ventetid for avviklede pasienter har reduksjonen vært størst innen psykisk helse og rus, mens ventetid for pasienter som fortsatt venter er mest redusert innenfor somatikk. Dette har sammenheng med at det har vært høyere aktivitet i somatikk for å ta igjen etterslepet. I Psykisk helse og rus klinikken er det iverksatt tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Pr 1. tertial 2021 er Nordlandssykehusets forbruk av bredspektret antibiotika redusert med 35,6 % sammenlignet med 2012, og er innenfor kravet i Oppdragsdokumentet. Tallene må likevel tolkes med forsiktighet, ettersom pandemien kan ha påvirket forbruket.

Samhandling med primærhelsetjenesten

Samtlige kommuner har tilsluttet seg etablering av helsefellesskap i tråd med rammeavtale mellom regjeringen og Kommunenes Sentralforbund. Etablering av helsefellesskapet Lofoten, Salten og Vesterålen ble vedtatt i stiftelsesmøtet 23. september 2021. Nordlandssykehuset vil være en aktiv pådriver for det videre arbeidet med planlegging av tilbud for de fire prioriterte pasientgruppene i samarbeid med kommunene.

Økonomi

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 086-2021 Virksomhetsrapport august 2021 for redegjørelse mht status økonomi pr utgangen av 2. tertial.

Tertialrapport 2-2021 har vært drøftet med foretakstillitsvalgte og med Brukerutvalget. Brukerutvalget har meldt bekymring i forhold til at den «gyldne regel» ikke er oppfylt knyttet til økonomi.

Tertialrapport 2.tertial 2021



Innhold

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	5
3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenlignet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.....	5
4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	7
5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.....	7
6. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	8
7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder .	9
10. Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	9
14. Kartlegge og evalueere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	10
15. Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	10
16. Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.....	10
18. Tilsette en Samvalgskordinator i 100 % stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.....	10
3.2 Somatikk.....	11
20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.....	11
21. Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	12
22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.....	12
23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.....	12
24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:	13
25. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	13
26. Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 % stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.....	13
28. I samarbeid med regional traume koordinator – arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.	14
29. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpedriatiske tjenester til Statens Barnehus i Mosjøen.....	14
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	15
30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	15

Tertialrapport 2.tertial 2021

31.	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.....	15
32.	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.....	15
33.	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.....	15
34.	15
36.	Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.....	15
37.	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	16
38.	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.....	16
39.	I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	16
3.4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	16
41.	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:	16
42.	Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	17
4.0	Kvalitet i pasientbehandlingen	17
43.	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	17
44.	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.....	18
45.	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	18
46.	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.....	19
4.1	Kvalitetsutvikling	19
51.	19
5.0	Samhandling med primærhelsetjenesten	20
63.	Etablere helsefellesskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	20
64.	Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	20
7.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell	20
68.	Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.....	20

Tertialrapport 2.tertial 2021

7.3 Utdanning av legespesialister	21
73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	21
74. Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	21
9.2 Anskaffelsesområdet	22
87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstyrs- og produktporteføljen.	22
88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler. 23	
4.7 Informasjonssikkerhet	23
109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:	23

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenlignet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.

Kirurgisk klinikk

Kirurgisk klinikk	Andel	Antall	Antall	Andel	Antall	Antall
	passert PK	passerte PK	planlagte kontakter	passert PK	passerte PK	planlagte kontakter
Periode	2019	2019	2019	2021	2021	2021
Januar	6,2%	702	11 293	13,9%	3 948	28 386
Februar	6,5%	731	11 274	14,9%	4 288	28 696
Mars	6,6%	735	11 188	15,4%	4 490	29 182
April	7,2%	819	11 421	16,7%	4 900	29 347
Mai	7,8%	872	11 146	21,2%	6 486	30 605
Juni	8,1%	922	11 402	20,2%	6 276	31 060
Juli	8,0%	932	11 602	20,0%	6 379	31 885
August	7,7%	898	11 612	21,7%	6 931	32 004

Andel kontroller passert tentativ tid har økt betraktelig ved alle fagområder under pandemien. Andelen avtok før årsskiftet, men har økt gjennom hele året, med en topp i august. Antall planlagte kontakter er økt i samme periode (Se tabell under).

I mars var andelen 15,4 % (4490 kontakter og i august 21,7 % (6931 kontakter). Bakgrunnen for dette er etterslep fra pandemien og ferieavvikling. Tidskritiske behandlingsforløp blir prioritert.

Korrigerende tiltak er iverksatt, i form av blant annet forbedret ressurs og arealutnyttelse, kveldspoliklinikk, ambulering, telefonkonsultasjoner og benytte Helse Nords avtaler om økt kjøp av tjenester fra private aktører.

Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk	Andel	Antall	Antall	Andel	Antall	Antall
	passert PK	passerte PK	planlagte kontakter	passert PK	passerte PK	planlagte kontakter
Periode	2019	2019	2019	2021	2021	2021
Januar	14,4%	2 420	16 795	16,7%	4 576	27 372
Februar	15,5%	2 616	16 928	17,0%	4 726	27 768
Mars	15,5%	2 621	16 903	16,5%	4 726	28 561
April	17,1%	2 922	17 042	16,4%	4 758	28 992
Mai	16,5%	2 799	16 962	19,4%	5 819	29 932
Juni	16,8%	2 882	17 172	20,0%	6 149	30 754
Juli	16,7%	2 893	17 361	20,5%	6 490	31 587
August	15,4%	2 649	17 147	21,8%	6 932	31 815

Tertialrapport 2.tertial 2021

Andelen passert tentativ tid har utviklet seg fra 15,4 % pr august 2019 til 21,8 % pr august 2021. Noe av forklaringen er pandemi, ferietid med redusert bemanning. Videre er det rekrutteringsutfordringer og fravær/sykdom som skaper utfordringer. Tiltak som kveldspoliklinikk, ambulering til og fra Lofoten og Vesterålen. Innleie fra byrå, som ikke alltid kan levere. Klinikken vil forløpende utover høsten jobbe videre med tiltak. Tidskritiske tilstander blir prioritert.

Psykisk helse og rus klinikken

Psykisk helse og rus klinikken	Antall			Antall		
	Andel passert PK	Antall passerte PK	Antall planlagte kontakter	Andel passert PK	Antall passerte PK	Antall planlagte kontakter
Periode	2019	2019	2019	2021	2021	2021
Januar	12,3%	795	6 458	9,0%	550	6 080
Februar	13,3%	860	6 454	10,7%	673	6 282
Mars	10,5%	656	6 270	9,6%	596	6 204
April	11,0%	671	6 123	7,9%	450	5 714
Mai	10,6%	563	5 303	16,7%	1 024	6 150
Juni	12,2%	591	4 860	25,4%	1 665	6 559
Juli	8,1%	428	5 269	17,5%	1 062	6 085
August	8,3%	486	5 860	19,6%	1 212	6 174

Det har vært stor økning i henvisninger i flere avdelinger gjennom pandemien. Det er i løpet av 2020 og 2021 også iverksatt flere organisasjonsendringer og strukturelle tiltak som bidrar til å øke kapasiteten.

Barneklirikken

Barne klinikken	Antall			Antall		
	Andel passert PK	Antall passerte PK	Antall planlagte kontakter	Andel passert PK	Antall passerte PK	Antall planlagte kontakter
Periode	2019	2019	2019	2021	2021	2021
Januar	10,6%	796	7 528	22,4%	674	3 005
Februar	12,2%	923	7 554	25,9%	808	3 125
Mars	12,7%	962	7 588	21,5%	674	3 142
April	13,5%	1 017	7 558	22,2%	688	3 095
Mai	14,0%	1 045	7 477	27,2%	860	3 164
Juni	16,7%	1 264	7 574	29,8%	983	3 296
Juli	15,5%	1 189	7 674	28,1%	937	3 336
August	16,3%	1 245	7 620	28,8%	944	3 281

Andel kontroller med passert tentativ tid har økt i Barneklirikken. I april 21 var andelen 22,2 %, den har pr. 31.8, økt til 26,6 %. Dette skyldes hovedsakelig lav aktivitet på poliklinikk gjennom ferieavviklingen og vil endres når aktiviteten tas opp til normaldrift. Vi ser at antall primærhenvisninger øker. Sammenlignet med samme periode i 2019, viser det en økning på 11,6 %. Pasienter som må inn til behandling, prioriteres. Det er satt inn tiltak, blant annet rydding og kontroll på ventelister og det gjøres avtaler om ekstraordinær poliklinikk. Klinikken planlegger et forbedringsarbeid som skal se på drift av poliklinikk.

4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont

Pr. 1. september 2021 har 36 % (7125 kontakter) av pasientene som er på ventelisten fått tildelt time i **kirurgisk klinikk**. Klinikken jobber for å øke denne andelen.

Korrigerende tiltak er iverksatt, i form av blant annet forbedret ressurs og arealutnyttelse, kveldspoliklinikk, ambulering, telefonkonsultasjoner og benytte Helse Nords avtaler om økt kjøp av tjenester fra private aktører.

På grunn av mangel på spesialist i **medisinsk klinikk** er det vanskelig å få til en lang planleggingshorisont. Det beror på at vi er avhengig av innleide ressurser og det gir seg utslag i muligheten til å sette opp timer fremover i tid. Det jobbes med å få tak i spesialister og muligheter for at andre grupper kan ta over deler av ventelistene.

Pr. 31.08 har 26 % av pasientene (437) i **barneklubben** fått tildelt time de neste 6 månedene. Dette er noe lavere enn første halvdel av 2021. Det er satt inn tiltak, blant annet med kalenderplan for arbeidslister leger, som vil gi en lengre planleggingshorisont.

Antall episoder er økt i **psykisk helse og rus klinikk**. Iverksatt prosess ved Salten DPS for langtidsplanlegging med inntaksteam styrt timebok for poliklinikk.

- Pr 1.juli 2020 3471 (86%)
- Pr 1.juli 2021 3940 (76%)
- Pr 1. sept. 2021 4153 (74%)

5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.

Totalt for foretaket var gjennomsnittlig andel digitale konsultasjoner 12,5 % i år mot 15,3 % i samme periode i fjor (per 31.08). Dette tilsvarer henholdsvis 20595 (2021) og 22108 (2020) digitale konsultasjoner. For hele 2020 var gjennomsnittet 14,1 % (32845 kons.).

Andelen polikliniske konsultasjoner i **kirurgisk klinikk** som var andelen polikliniske konsultasjoner som er gjennomført over video og telefon på 4,3 % (2727 kons.) og andelen er økt sammenliknet med samme periode i 2020 (4,1 % / 2260 konsultasjoner) per 31.08. Totalt for hele 2020 var andelen 3,9 % (3529 konsultasjoner) i denne klinikken. De jobber videre for å bruke video og telefon konsultasjoner der dette er hensiktsmessig.

Andelen polikliniske konsultasjoner i **medisinsk klinikk** som var gjennomført over video og telefon var i gjennomsnitt 14,5 % (6576 konsultasjoner) for januar - august 2020. Tilsvarende var andelen 14,9 % (7780 konsultasjoner) i samme periode i 2021.

Totalt for hele 2020 var andelen i medisinsk klinikk 14,1 % (10302 konsultasjoner). Klinikken har tatt i bruk video- og telefonkonsultasjoner innenfor alle spesialiteter/fag. Spesialitetene endokrinologi, revmatologi, onkologi og fysikalskmedisin har jevnt over hatt en høy prosentandel månedlig så langt i 2021. For noen spesialiteter som for eksempel nevrologi, har prosentandelen vært avtagende og det kan ha sammenheng med medisinskfaglige vurderinger/standarder for oppfølging pasientgrupper.

Andelen video og telefonkonsultasjoner var for **barneklirikken** i gjennomsnitt 15,3 % (613 kons.) per 31.08.21, og er da over målkravet for 2021. I samme periode i fjor var andelen 12,4 % (476 kons.). Totalt for 2020 var andelen 12,3 % (746 kons.) i denne klinikken.

Målet er også oppnådd i **psykisk helse og rus klinikk** hvor andelen digitale polikliniske konsultasjoner var 21,5 % (9475 kons.) per 31.08.21. Totalt for 2020 var andelen 28,9 % (18250 kons.), og for perioden januar – august 2020 var andelen 32,3 % (12769 kons.).

- 6. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.**

Funksjon	Indikator	Endring 20-21
Somatikk	Månedsværk	5,2 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	2,8 %
Somatikk	Økonomi	8,8 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	8,0 %
Somatikk	Konsultasjoner	13,4 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	5,4 %
Somatikk	Ventetid avviklet	-5,4 %
Psykisk helse og rus	Ventetid avviklet	-6,3 %
Somatikk	Ventetid ventende	-8,2 %
Psykisk helse og rus	Ventetid ventende	-2,4 %

Pr utgangen av august har vært vekst i månedsværk, økonomi og konsultasjoner både i somatikk og psykisk helse og rus sammenlignet med samme periode i fjor. Veksten har vært størst i somatikk og dette har sammenheng med iverksatte tiltak for å ta igjen etterslep i pasientbehandlingen som følge av pandemien.

Ventetider for avviklede og ventende pasienter er redusert både innenfor somatikk og psykisk helse og rus. Reduksjon i ventetid for avviklede pasienter har vært størst innen psykisk helse og rus, mens ventetid for pasienter som fortsatt venter er mest redusert innenfor somatikk. Dette knyttes til høyere aktivitet i somatikk for å ta igjen etterslepet.

Psykisk helse og rus klinikken har iverksatt tiltak for øke aktiviteten i poliklinikk ytterligere.

7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.

Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) alle 3 lokalisasjoner og barnehabiliteringen i Vesterålen og Lofoten er organisert i **medisinsk klinikk**. Det har vært gjennomført en prosess i MED klinikk i forhold til gjennomgang av pasientforløp samt ressursbruk ved alle 3 lokalisasjoner. Tjenestene samarbeider med Barnehabiliteringen i Bodø organisert i Barneklubben. Habiliteringstjenestene i medisinsk klinikk ble fra 1.1.2018 styrket med 1 psykiaterressurs i Bodø som også ambulerer til Lofoten og Vesterålen. Videre blir habiliteringstjenestene fra 1.10.2021 styrket med 1 psykologspesialist. Det er utarbeidet kompetanseplaner for alle enheter og det er etablert felles inntaksmøte for Bodø, Lofoten og Vesterålen med spesialistvurdering. Det avholdes felles leder og fagsamlinger for habiliteringstjenestene. Enhetene har samarbeid med kommunene i NLSH nedslagsfelt og gir veiledning til kommunene og bistår i diagnostisering og utredning ved behov. Det samarbeides også via formelle samhandlingsarenaer.

Barnehabilitering har 7,2 + 1 (lege) budsjetterte stillinger i 2021/22. I tillegg er det ansatt 2,5 i fagstilling ut over budsjett (totalt 10,7 stillinger). Det er også igangsatt arbeid for å rekruttere en barnenevrolog til enheten. For å sikre tjenesten i samsvar med Helsedirektoratets veileder er det behov for en styrkning av både fagressurser og lokaler.

Ut fra HABU «1% modellen»: med utgangspunkt i at ca. 1 % av befolkningen har en utviklingshemming tilsier dette et behov for 14 fagstillinger + 3,5 leger i barnehabilitering, fordelt på følgende fag:

- 1 50 % enhetsleder/ 50 % kliniker
- 1 koordinator/ sykepleier
- 1 sykepleier
- 4 psykologer
- 2 fysioterapeuter
- 1 ergoterapeut
- 2,6 – 3,0 spesialpedagoger
- 1 vernepleier
- 3,5 – 4,0 leger

10. Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskode.

Barneklubben er klar til å etablere dette tilbudet, når det blir aktuelt. Her vil være noen utfordringer i forhold til lokaler (kontorplass), men det meste kan etableres innenfor lokaler i Barnemedisinsk sengepost.

14. Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med Brukerutvalg og Ungdomsråd.

Arbeidet med å kartlegge antall, stillingsprosent, arbeidssted, hovedoppgaver og type tilsetningsforhold er påbegynt. Vi utarbeider en spørreundersøkelse som skal sendes til samtlige erfaringskonsulenter i Nordlandssykehuset og deres ledere. Spørsmålene er basert på spørreskjema utarbeidet av Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse innen psykisk helse. Saken skal drøftes i Nordlandssykehuset HF sitt Brukerutvalg og Ungdomsråd.

15. Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.

Temaet har vært diskutert i Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset, og ungdomsrådet har kommet med innspill. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra ulike fagområder, hvorav to representanter fra Ungdomsrådet. Dato for kurset er satt til februar 2022. Temaet har vært oppe i regionalt fagnettverket for læring og mestring (LMS) 03. juni. Etter ønske fra ungdomsråd bør disse kursene gjennomføres lokalt i helseforetakene som tilstedekurs. Videre samarbeid med de øvrige foretakene skjer via lærings- og mestringssentrene, i samarbeid med de øvrige ungdomsråd. Dette blir også tema på regional helgesamling med ungdomsrådene i Helse Nord, 15. til 17. oktober 2021.

16. Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.

I Nordlandssykehuset har brukerutvalgets leder vært fast medlem av samarbeidsutvalget som har utført alle forarbeid for etablering av helsefelleskap. Brukerutvalgets leder har også vært fast medlem av programkomite for Dialog- og partnerskapsmøtet 2021. Brukerutvalget vil møte med medlem i partnerskapsmøtet og strategisk samarbeidsutvalg (nedfelt i helsefelleskapets vedtekter).

Arbeidet med etablering av helsefelleskap har vært tema i både brukerutvalg og ungdomsråd. Representant fra ungdomsrådet og brukerutvalget skal holde innlegg på dialogmøtet.

18. Tilsette en Samvalgskoordinator i 100 % stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Stillingen som samvalgskoordinator har blitt lyst ut med søknadsfrist 12. september 2021. Stillingen er organisert i Nordlandssykehuset HF sin Fagavdeling.

3.2 Somatikk

20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

Nordlandssykehuset hadde ved utgangen av august 63,30 % pakkeforløp innenfor standard forløpstid fra henvisning mottatt til start behandling, med variasjoner mellom fagområdene.

Resultater pr. 31.08.21 viser at pakkeforløp for blære-, bryst-, eggstokk-, livmor-, bukspyttkjertel- og lungekreft er innenfor standard forløpstid, mens 46,43 % av forløpene har fått behandling innenfor standard forløpstid innen tykk- og endetarmskreft. Resultatene innen prostata-, livmorchals-, nyre- og hode-/halskreft er under 50 %.

En gjennomgang av de siste to årene viste at om lag 30 % av brudd i forløpstid var innenfor 14 dager. Årsaker til forsinket behandling er blant annet pasientønsket utsettelse, behov for flere undersøkelser og biopsier, begrenset tilgang på MR, variasjon i tilgjengelig time til urolog og operasjonskapasitet. Rekruttering av urolog og et omfattende arbeid med utnyttelse av operasjonskapasitet pågår.

Det er også gjort et arbeid i **kirurgisk klinikk** med behandlingsforløp for pasienter med malignt melanom i samarbeid med medisinsk klinikk for å sikre god ivaretagelse av pasienter i pakkeforløp. Dette har blant annet ført til klare ansvarsforhold og felles MDT-møte med UNN.

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var samlet 62,97 % i **medisinsk klinikk**. Medisinsk og kirurgisk klinikk samarbeider om noen av pakkeforløpene, det vil si de starter i medisinsk klinikk og overføres til kirurgisk klinikk. Av rene medisinske pakkeforløp var blant annet resultatet 75 % for lungekreft, 100 % for hjernekreft og 61,54 % for lymfomer for 1. tertial 2021. Det pågår en prosess med nærmere tilknytning av kreftkoordinator i klinikkens drift, for sterkere fokus på og oppfølging av pakkeforløpene.

Barneklubben igangsetter ingen pakkeforløp kreft hos barn, alle behandlinger startes opp ved UNN. Forløpstiden ved UNN er over 70 % for kreft hos barn.

21. Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.

Barneklubnikken har etablert Barnepalliativt team. Innovasjonsmidler har gjort det mulig å frikjøpe personell i 60 % stilling for dette arbeidet. Det arbeides med kartleggingssamtaler og etter hvert videokonsultasjoner. Det er holdt samarbeidsmøter med kommuner angående pasienter i palliativt forløp, der det legges planer rundt hjemmebehandling. Det jobbes med beredskapsplaner og sjekklister som skal gjøres tilgjengelig i DIPS. Det er tatt initiativ til et samarbeid med InnoMed der gruppen vil få prosessveiledning.

22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.

På sykepleiersiden har **kirurgisk klinikk** etablert et samarbeid med Amatheia som tilbyr ettersamtale for de som ikke ønsker oppfølging på sykehuset. Sykepleierne på poliklinikken formidler behov for oppfølging til legene. De som gjennomfører abort får tilbud om å ta kontakt med ved behov.

23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.

Kirurgisk klinikk har ikke blitt kontaktet av Helse -Nord RHF som skal lede dette arbeidet. Klinikken har allerede etablert kontaktformidling for leppe/kjeve/ganespalte og for barn født med Downs syndrom. Avventer innspill fra Helse Nord om aktuelle diagnoser for det videre arbeidet.

24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:

- ✓ **Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.**
- ✓ **Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.**

Klinikkoverlege ved **kirurgisk klinikk** har vært med i gruppe som har levert rapport for dette arbeidet. Rapporten er behandlet i regionalt fagråd. Klinikken har kommet med innspill etterspurt fra gruppen.

Behov for anskaffelse av UL vil bli vurdert før innføring.

Kompetanseheving i form av digitale kurs er iverksatt. Øvrige teoretiske og praktiske kurs for leger er ikke ferdige av samme årsak som over. Dette gjelder nasjonalt. En av jordmødrene har gjennomført det aktuelle kurset.

25. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.

Kirurgisk klinikk har ansatt traumekoordinator i 50 % fast stilling som vil jobbe systematisk med oppfølging av foretakets traumearbeid slik at foretaket oppfyller de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.

26. Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 % stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Nordlandssykehuset er i gang med planlegging/forberedelser og utarbeider nå søknad om midler til innføring av tarmscreening. 20 % stilling som koordinator for tarmscreening vil bli lyst ut i høst og det er aktuelle søkere blant sykepleiere tilknyttet gastrofaget.

28. I samarbeid med regional traumekoordinator – arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.

Grunnet covid-19 ble det avlyst ett kurs i hemostatisk nødkirurgi i 2020. Hittil i år er det gjennomført 2 kurs og ytterligere 2 kurs er planlagt høsten 2021.

29. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens Barnehus i Mosjøen.

Det er kalt inn til et samarbeidsmøte med Barnehuset, der denne tjenesten skal planlegges. Klinikken har pr. tiden få leger med sosialpediatrisk kompetanse.

Barneklubben har per i dag 1 spesialist med særlig kompetanse innenfor sosialpediatri. I tillegg er 3 LIS2/3 under opplæring/utdanning. Det er varierende kompetansenivå på disse 3 LISene. Den med mest erfaring som per i dag kan utføre en del undersøkelser uten supervisjon er i omsorgspermisjon kommende år (fram til sommer/høst 2022). Det har vært høy produksjon på Statens Barnehus i Bodø så langt i 2021, tilsvarende minimum 1 legestilling.

Med den kompetansen Barneklubben per i dag har vil man kunne bidra med ambulerende til Mosjøen ca. 1 dag hver 6-8 uke for gjennomføring av rettsmedisinske undersøkelser der. Det vil fortsatt være mulighet for rettsmedisinske undersøkelser gjennomført på Statens Barnehus i Bodø for barn tilhørende nedslagsfeltet for Mosjøen. Det vil også være fullt mulig for sykepleiere eller andre som skal jobbe ved Statens Barnehus i Mosjøen å hospitere i Bodø for å bygge kunnskap rundt hvordan undersøkelser gjennomføres og hvilke prosedyrer som følges. Klinikken vil bistå med vurderinger per telefon eller video dersom det er ønskelig. Gjennomgang av prosedyrer og samstemming av felles arbeidsmetoder vil klubben også bidra med.

I løpet av 2 år vil Barneklubben med all sannsynlighet ha klart å bygge et fagmiljø som er robust nok til å kunne gjennomføre flere rettsmedisinske undersøkelser også i Mosjøen

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- 30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.**

Status for kontrollrapport i DIPS Arena er under testing slik at data foreligger foreløpig ikke.

- 31. Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.**

Status for kontrollrapport i DIPS Arena er under testing slik at data foreligger foreløpig ikke.

- 32. Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.**

Status for kontrollrapport i DIPS Arena er under testing slik at data foreligger foreløpig ikke.

- 33. Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.**

For PHR -klinikken er 61% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning.

- 34. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.**

Status for kontrollrapport i DIPS Arena er under testing slik at data foreligger foreløpig ikke.

- 36. Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.**

Når invitasjon fra RHF foreligger meldes aktuelle fagperson inn til Helse Nord nettverket fra psykisk helse og rus klinikken.

- 37. Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.**

20 % fagressurs tilstede i Bodø fengsel ukentlig fra psykisk helsevern, 20 % fagressurs tilstede i Bodø fengsel fra TSB. I tillegg tilgjengelig ressurs ved poliklinikk Fauske for innsatte i Fauske fengsel (lavsikkerhet).

- 38. Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 - 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.**

Nordlandssykehuset har foreløpig ikke mottatt informasjon/invitasjon.

- 39. I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.**

Til enhver tid 3 fagressurser i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) som ivaretar kompetansen og som har gjennomgått/gjennomgår aktuelle utdanning i nettverket.

3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

- 41. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:**

- **Antall samarbeidsavtaler.**
- **Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.**

Det er etablert tre samarbeidsavtaler. I tillegg er det noen avtaler hvor avtaleutkast er til signering, men ikke signert så langt. Nordlandssykehuset har ikke lykket med at disse avtalene inkluderer at avtalespesialister skal bistå i forhold til ventetider og fristbrudd.

42. Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.

Det er opprettet kontakt for å diskutere avtale, men mulig Helse Nord RHF bør orientere Aleris om forventning til bakgrunn og innhold i samarbeidsavtaler med helseforetakene.

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

43. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Nordlandssykehuset har flere områder hvor det jobbes godt med meldekultur. I klinikkene blir uønskede hendelser og avvik diskutert i KVAM-møter, gruppemøter, ledermøter og personalmøter. I faglige fora som for eksempel regional pasientsikkerhetskonferanse, deles kunnskap og kompetanse og vi har erfaringer fra pandemiperioden som har vist at digitale plattformer gir nye muligheter for å møtes og utveksle erfaringer.

Tilbakemelding fra klinikk og staber tyder på at ansatte melder avvik og uønskede hendelser slik det skal, og vi ser at det er tilstrekkelig meldte hendelser som brukes i forbedringsarbeid, inkludert læring på enhet og i foretak. Det er et forbedringspotensial knyttet til å spre kunnskap og læring internt i klinikkene og i foretaket på bakgrunn av hendelser samt å holde saksbehandlingstiden tilstrekkelig god.

For å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser ytterligere i foretaket er det flere områder det vil jobbes videre med, blant annet:

- Tilbakemelding på meldte hendelser
Saksbehandling og oppfølging av meldte hendelser må i sum sikre at melder får rask og god tilbakemelding. Fokus skal ikke bare være å få inn meldinger, men også hvordan en jobber med og gir tilbakemelding på meldte hendelser. Ansatte skal oppleve det som meningsfullt å melde avvik slik at de den enkelte melder ser effekten av meldte hendelser.
- Hendelsesanalyse/-gjennomgang
Gjennomføres i henhold til strukturert metode for de mest alvorlig hendelsen (§3-3a).

- Forbedringsarbeid som del av lederrollen
Lederen må ha tilstrekkelig kompetanse og tid til å utøve den del av lederrollen som er knyttet til behandling av uønskede hendelser.
- Standardisering rundt kommunikasjon og konsultasjon
Flere klinikker har etablert egne aktiviteter knyttet til oppfølging av uønskede hendelser og avvik. Dette kan utvikles for hele foretaket.
- Anskaffelse kvalitetssystem
Pågående arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem. De krav som settes til ny løsning har fokus både på å forbedre brukerfunksjonaliteten for hvordan avvik meldes samt hvordan saksbehandling og oppfølging gjøres.

Rapportering på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjøres to ganger årlig til styret, sist i styresak «2021-023 - Kvalitetsstyringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 3-2020».

44. Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.

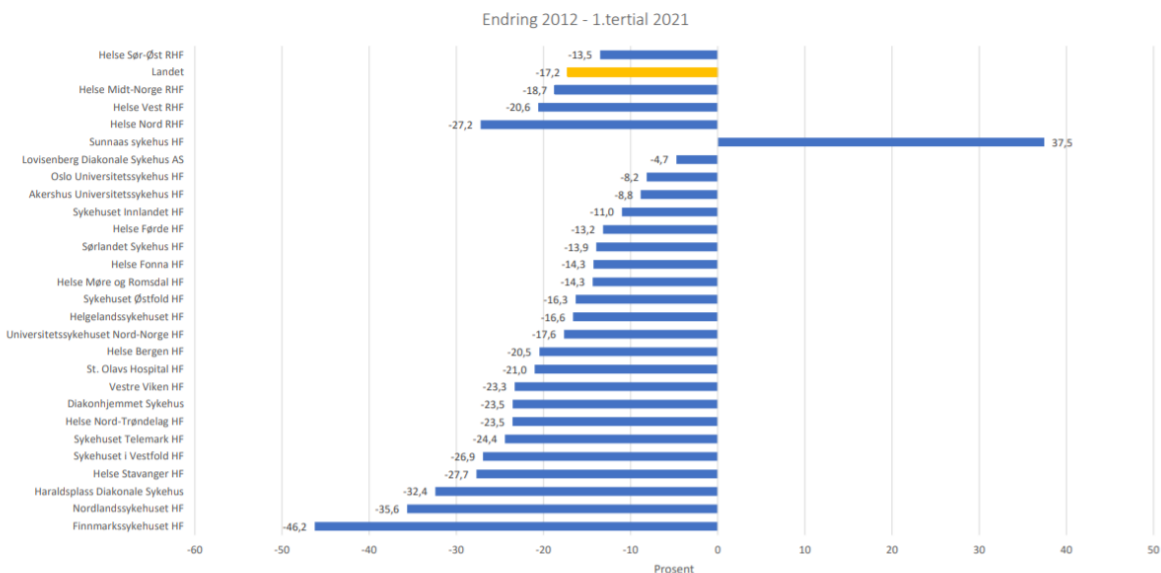
Dette arbeidet er ikke startet opp i 2. tertial. Dette arbeidet ble diskutert i møte for regional legemiddelkomite 8. september hvor det ble vurdert at regional legemiddelkomite skulle være styringsgruppe for oppdraget. Nordlandssykehuset deltok ikke i aktuelle møte på grunn av samtidighetsutfordring.

45. Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.

Foretaket har 5 varsler hvorav 2 ikke er opprettet tilsynssak på, 2 er tilsynssaker og 1 hvor Statsforvalter ikke har gitt tilbakemelding enda.

46. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

Prosentvis endring i bruk av bredspektrede antibiotika i sykehus (DDD pr. 100 liggedøgn) i perioden 2012 – 1. tertial 2021



Tallene for 2020 og 2021 må tolkes med forsiktighet da Covid-19-pandemien har påvirket driften av sykehusene.

153

Første tertial 2021 viser en 35,6% reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika og er innenfor kravet i oppdragsdokumentet. Tallet/ andelen må tolkes med forsiktighet siden pandemien kan påvirke forbruk.

4.1 Kvalitetsutvikling

51. Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.

Ledelsens gjennomgang er gjennomført i henhold til forskrift og rapport behandlet av styret i styresak: «2021-059 - Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2020».

Status på eksterne tilsyn og revisjoner ble rapportert til styret som en del av styresak «2021-023 - Kvalitets-styringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 3-2020» i kapittel 5 «Oversikt/status over eksterne tilsyn». Dette rapporteres to ganger årlig til styret.

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

63. Etablere helsefellesskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.

Samtlige kommuner har tilsluttet seg etablering av helsefellesskap i tråd med rammeavtale mellom regjeringen og KS. Stiftelsesmøtet, nivå 1, hadde sitt møte 23. september 2021. Det er fra kommunal side gitt tilbakemelding på at de ikke har en samlet løsning for etablering av sekretariat for helsefellesskapet til stiftelsesmøtet. Når det gjelder nivå 2 og 3, Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglige samarbeidsutvalg (FSU), skal dette driftes av felles sekretariat og vil ha sine møter når sekretariat er etablert.

64. Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Etablering av samhandlingsarena, helsefellesskap, for å drive planlegging for de fire prioriterte pasientgruppene har tatt tid. Etter stiftelsesmøtet, Dialog- og partnerskapsmøtet 23. september 2021, vil strategisk samarbeidsutvalg (SSU) ta stilling til prioritering av forløpsarbeid innenfor disse gruppene. Dette forutsetter kommunalt oppnevnte medlemmer til SSU og felles sekretariat. Nordlandssykehuset vil være aktiv pådriver for at dette skal skje.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

68. Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.

I Nordlandssykehuset er de yrkesgruppene som gjennomsnittlig har stillingsprosent lavere enn 75 % i hovedsak helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter. Det vil også være aktuelt å vurdere om det er behov for tiltak for miljøarbeidere og miljøterapeuter.

I og med at oppdraget gjelder ufrivillig deltid er det en utfordring at verktøyet vi har for å kartlegge ufrivillig deltid ikke er hensiktsmessig. I foretakene i Helse Nord registreres ufrivillig deltid i Personalportalen av den enkelte arbeidstaker, og det påminnes jevnlig om at dette skal gjøres. Likevel ser vi at andelen som registrerer hvorvidt deltidsarbeidet er ufrivillig eller frivillig/ønsket er for lav, og at mange ikke oppdaterer dette når man får full stilling. I og med at registreringene er avhengig av ansattes

manuelle oppdateringer, vil manglende oppdatering ved endring i stillingsforhold gi et helt feil og tilfeldig bilde. Når vi tar ut rapporter fra Personalportalen ser vi for eksempel at en andel av de som er registrert som ufrivillig deltid har 100 % stilling.

Vi deltar nå i en regional arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF som blant annet arbeider med felles verktøy for å kartlegge ufrivillig deltid, for å oppfylle aktivitets- og redegjørelsesplikten. Vi forutsetter at vi på bakgrunn av det arbeidet som gjøres i denne gruppa vil få en bedre oversikt over andelen frivillig og ufrivillig deltidsarbeidende i løpet av året.

Nordlandssykehuset gjennomførte i perioden januar – mars i år et partsarbeid sammen med Fagforbundet, Delta og Parat, hvor også FO og El& IT var invitert. Hensikten med dette partsarbeidet var å drøfte mulige tiltak for å øke andelen heltidsstillinger. De aktuelle fagforeningene er de som i all hovedsak organiserer de yrkesgruppene som har en stillingsprosent lavere enn 75 %.

I etterkant av partsarbeidet har vi utarbeidet en handlingsplan for å redusere deltidsarbeid rettet mot aktuelle målgrupper, der vi har fokus på følgende tiltak:

- Fullføre prosjektet oppgavedeling
- Tilstette helsefagarbeidere i Bemanningssenteret
- Innføring av kalenderplaner
- Sørge for god nok lederkunnskap og oppdaterte retningslinjer/rutiner

7.3 Utdanning av legespesialister

73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.

Nordlandssykehuset har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege (UAO). Denne funksjonsbeskrivelsen ligger i Docmap med identifikator FB1680. Det er oppnevnt UAO for alle fagområder, bortsett fra ett. Vi har også etablert et nettverk bestående av alle UAO, ledet av vår faglige LIS koordinator.

74. Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.

Alle LIS (både LIS 1 og LIS2/3) i **kirurgisk klinikk** har fått tildelt aktuelle kompetanseplaner for sitt utdanningsforløp. LIS'ene dokumenterer fortløpende gjennomførte læringsaktiviteter i kompetanseplanene og disse godkjennes av supervisor/veiledere. Alle læringsmål godkjennes av leder. Progresjon i utdanningsforløpet følges av veileder, utdanningsansvarlig overlege og leder. Det legges

til rette for at LIS skal kunne delta på læringsaktiviteter. Progresjon følges i veiledningssamtaler med den enkelte LIS, evalueringskollegium og via rapportene som ligger i kompetansemodulen.

Kirurgisk klinikk er godkjent som utdanningsinstitusjon for generell kirurgi.

Medisinsk klinikk har fokus på og system for dokumentasjon og at data oppdateres jevnlig. Klinikken har etablert utdanningsansvarlige overleger i tråd med funksjonsbeskrivelse FB1680 og etablert overordnet og lokale utdanningsutvalg og evalueringskollegier. LIS 1 har et selvstendig ansvar i forhold til å arbeide for og oppnå sine læringsmål. Klinikken har likevel system for å følge med at LIS har progresjon i sin tjeneste og at det samsvarer med Kompetansemodulen slik at den er oppdatert til 1. september og 1. mars. Det iverksettes tiltak hvis LIS 1 ligger bak skjema. Dette gjøres for alle LIS 1 som roterer fra medisinsk klinikk etter endt tjeneste her og for dem som roterer ut til kommunehelsetjenesten.

LIS 2 og 3 oppdateres ikke like systematisk til disse datoene, da det er mer individuelt hvor langt de er kommet i sine planer i de ulike spesialiteter. Det settes opp evalueringskollegium 2 ganger per år og godkjente læringsmål vurderes i forbindelse med disse.

I **diagnostisk klinikk** er det utfordrende å overholde progresjon som følge av lav overlegebemanning både på radiologi og medisinsk biokjemi. LIS'ene prioriteres selv med lav bemanning, men progresjonen kan variere noe i perioder.

I **barneklubben** dokumenteres progresjon fortløpende i Kompetansemodulen og data er oppdatert.

I **psykisk helse og rus klubben** sikres dette av aktuelle avdelingsledere og kliniske veiledere.

9.2 Anskaffelsesområdet

87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interesse matrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.

Som følge av pandemien har prosjektet Innkjøp 2023 vært noe forsinket. Styringsmodell for innkjøp i Helse Nord nærmer seg nå ferdigstilling, og fremlegges for behandling i Direktørmøtet i september. Styringsmodellen beskriver struktur for effektiv samhandling mellom helseforetakene, herunder involvering av fagmiljø, samt samhandling mellom helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF. Nordlandssykehuset har deltatt i utvikling av styringsmodellen, og vil følge opp arbeidet med utvikling av interne rutiner.

88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.

Innkjøpssystemet Clockwork er sentralt for implementering og realisering av gevinst/nytte av inngåtte avtaler. Samordning av artikkel- og leverandørregister mellom helseforetakene er identifisert som en viktig forutsetning for å sikre gode innkjøpsavtaler, samt gi et bedre utgangspunkt for økt gevinstrealisering. Det gjenstår et større arbeid med samordning av registrene for å øke datakvaliteten i Clockwork. Som et viktig ledd i dette arbeidet har Helse Nord besluttet å styrke regional enhet for innkjøp og logistikk med flere personellressurser for etablering av felles registerfunksjon for helseforetakene. Det forutsettes også at samtlige foretak skal bidra med ressurser i dette arbeidet. Innkjøpsforum i Helse Nord har fått i oppdrag å utarbeide plan for videre prosess med samordningsarbeidet, som skal fremlegges for styringsgruppen i november.

4.7 Informasjonssikkerhet

109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:

- **status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet**
- **resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner**
- **oppsummering fra avviksrapportering**
- **behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet**

Status fra arbeidet med informasjonssikkerhet ble behandlet av styret i styresak «2021-050 - Orienteringssak – Informasjonssikkerhet pr mai 2021. Unntatt offentlighet Offl. §13 jfr. fvl. §13». Statusrapporteringen inneholdt alle de forhold som er beskrevet.