



Styresak nr. 13/10

Årlig melding 2009

Saksbehandler:

Gro Ankill, Mariann Monsen

Saksnr.:

2010/70

Dato:

15.03.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg: Årlig melding 2009

Ikke trykt vedlegg: Oppdragsdokument 2009

Saksbehandlers kommentar:

I denne saken inviteres styret til å behandle årlig melding for 2009.

Oppsummering

Økonomi

Nordlandssykehuset har i 2009 et positivt regnskapsresultat på 2,6 mill kr. Dette er 7,4 mill svakere enn resultatkravet som var 10 mill kr i overskudd. Uten nedskrivning av verdien av Røsvik bo- og behandlingssenter med 14 mill kr, ville resultatet vært bedre enn resultatkravet. Anlegget nedskrives da det tas ut av drift fom januar 2010. Helse Nord satte i løpet av 2009 et "justert" styringsmål for Nordlandssykehuset på – 23 mill kr som ble knyttet til investeringsmidler for 2010. Et avvik ut over – 23 mill kr ville bety tilsvarende reduksjon i investeringsrammen. Dette resultatkravet overoppfylles, og det vil derfor ikke bli foretatt trekk i investeringsmidlene for 2010.

Prognose for 2009 basert på november-tallene indikerte et merforbruk på 30-40 mill kr ved utgangen av året. Forbedringen i nettoresultat er knyttet til både økte inntekter og reduserte kostnader i forhold til prognosen. De fleste av disse forholdene var ikke kjente eller endelig avklart ved avslutning av novemberregnskapet.

Samlet sett er det ved utgangen av 2009 en økning med 26 årsverk sammenlignet med desember 2008. Økningen er knyttet til ny aktivitet psykiatri (dømt til behandling og spiseforstyrrelser) og nye oppgaver innenfor pasientreiser. Dette utgjør til sammen om lag 65 årsverk. Justert for økningen som er knyttet til nye tjenestetilbud er forbruket av årsverk redusert med om lag 40 sammenlignet med utgangen av 2008.

Aktivitet for somatikk viser en nedgang i 2009 i heldøgns pasienter for Bodø og Vesterålen, mens Lofoten har en mindre økning målt mot 2008. For elektive dagpasienter har Bodø en liten nedgang, men dette veies opp av økning i Vesterålen og Lofoten. For polikliniske konsultasjoner er det omtrent samme aktivitet som i 2008. Alle tre sykehusene hadde negativ indeksutvikling for heldøgnsopphold i 2009 i forhold til 2008.

Aktiviteten innenfor voksenpsykiatri ligger samlet sett høyere enn aktiviteten i 2008. Konsultasjoner rus har en nedgang, men øvrig poliklinikk veier opp denne nedgangen slik at samlet er det en økning i konsultasjoner. Liggetiden i VOP har gått ned samtidig som antall utskrivninger har økt. Dagaktiviteten ligger for 2009 over 2008-aktivitet for alle tre sykehusene.

Innenfor BUP er antall konsultasjoner med refusjon redusert kraftig i Lofoten i forhold til 2008. Bodø har økning, mens Vesterålen viser en mindre nedgang. Samlet er refusjonsberettigede konsultasjoner redusert i forhold til 2009. Antall tiltak BUP er redusert i Lofoten og Vesterålen, men økt i Bodø. Antall utskrivninger er økt, mens antall liggedøgn er redusert sammenlignet med 2008.

Oppdragsdokumentet 2009

I 2009 kom de nasjonale kliniske prioriteringsveilederne som dekker de fleste fagområder og som er sentrale i forbindelse med tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til pasienter. Disse ble implementert i klinikkene, og det gjenstår ved årets utgang bare en liten del av dette implementeringsarbeidet. Bruk av prosedyrer i det regionale kvalitetssystemet og nasjonale standarder på ulike fagområder er også videreutviklet.

På klinisk side var 2009 sterkt preget av etablering av ny gjennomgående klinikkstruktur i foretaket. Dette har medført et omfattende organisasjons- og ledelsesutviklingsarbeid. Det har også styrket fokus på lokalsykehusfunksjonen og linjene mellom lokalsykehusstilbud og spesialavdelingstilbud i foretaket. Arbeidet med desentralisering av funksjoner har hatt sterkere fokus i klinikkene, sett i sammenheng med total hensiktsmessig oppgavefordeling i foretaket. Ambuleringsvirksomheten mellom Bodø og Lofoten/Vesterålen er styrket, likeså teambasert ambulering fra lokalsykehusfunksjoner mot kommunene. Nordlandssykehusets deltakelse i det regionale desentraliseringsprosjektet av kontroller har bidratt til å styrke fokus på dette på enkelte fagområder. Det samarbeides hensiktsmessig med aktuelle private klinikker.

Kompetanseoverføring mellom "sentralsykehus" og "lokalsykehus" er betydelig, både innen Nordlandssykehusets område og delvis overfor Helgeland, og tilsvarende i forhold til kommunene. Særlig fokus her er i forhold til de store sykdomsgruppene og de kroniske lidelsene, herunder nyresvikt, KOLS, desentralisert cellegiftbehandling etc.. Desentralisert radiologi er styrket gjennom etablering av MR i Vesterålen (som utfordrer foretaket spesielt på radiologbemanningen i Bodø). I alt dette arbeidet er behovet for telemedisinske løsninger og bruk av telestudio i møter og undervisning vesentlig, her har sykehuset fortsatt betydelige utfordringer og spesielt på den tekniske infrastrukturen. Det er etablert flere nye telestudioer i foretaket, men teknologi/driftsproblemene vil bli arbeidet videre med inn i 2010 for å få en mer robust struktur.

Når det gjelder tilbudet til pasienter med kroniske og langvarige somatiske sykdommer og lidelser, har sykehuset fulgt opp og gjennomført tiltak i vedtatte handlingsplaner innen kronikersatsingen og nasjonale strategier på området. Rehabiliteringsarbeidet er i hovedsak integrert i behandlingen i de kliniske avdelinger, den spesialiserte rehabiliteringen styrker nå tyngdepunktet mot poliklinisk side, mens habilitering både på somatisk (problem psykologrekruttering barn) og psykiatrisk side står relativt uforandret.

Det mangler slagenhet i Vesterålen, planlegging av slik enhet for etablering i 2010 er påbegynt. Lungefaget har representert en spesiell utfordring. Foretaket har mangel på lungespesialister, med blant annet utfordring i forhold til pågang fra Helgeland, og Helse Nord er nå involvert i denne problematikken. Tilsvarende arbeides det med utfordringene innen nyresvikt/dialyse. Overvektsproblematikk har det vært arbeidet med forebyggende i forhold til barn, og har også vært fokusert i det betydelige behandlings- og opplæringsarbeidet diabetespoliklinikken driver. Fedmeoperasjoner planlegges økt i 2010, likeså det samlede medisinske arbeidet i Nordlandssykehuset rundt pasienter med sykkelig fedmeproblematikk, også på lms- og rehabiliteringssiden mot kommunene.

Behandlingsbehovet når det gjelder kroniske smerter er stort, og i Nordlandssykehuset (delvis i samarbeid med UNN) planlegger man for en styrking i løpet av 2010 av den i dag for lave kapasiteten på dette området. Når det gjelder pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CSF/ME), er det etablert opplærings- og behandlingstilbud for barn, mens det vil bli vurdert oppbygging av tilbud for voksne i 2010 for å supplere det regionale tilbudet ved UNN.

På området smittevern og beredskap førte influensapandemien også i NLSH til en grundig gjennomgang av beredskapsplanene, og endringer ble gjennomført. Man fikk her også et positivt fokus på hygienetiltak, av betydning ut over denne aktuelle sykdomsgruppen. Det startet i 2009 smittevernsprosjekt mot kommuner i opptaksområdet, med egen prosjektmedarbeider. I 2009 kom det regionale retningslinjer for antibiotikabruk, dette viktige området følges nå opp systematisk i foretaket.

På området psykisk helse og rus ble året preget av store omorganiseringer, med etablering av tre nye behandlingenheter i Bodø: regionalt sengetilbud spiseforstyrrelser, ny sikkerhetsenhet og rus/psykiatripost. På poliklinisk side er kapasiteten litt økt på barne- og ungdomssiden og samarbeidet utad ytterligere noe styrket. NLSH samarbeider med UNN om regionalt kompetansenettverk for utviklingsforstyrrelser. Prosjekt

for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige er fulgt opp, NLSH er vertskap for regionalt prosjekt med prosjektleder i fagavdelingen, og det er etablert barneansvarlige personer i alle klinikker (somatikk og psykisk helsevern). Når det gjelder transportordninger med ambulansefly for psykisk syke som trenger akuttoverføringer fra lokalsykehus til avdeling i Bodø, har dette i motsetning til bilambulansetilbud tider fungert svært dårlig med store forsinkelser. Saken er tatt opp med AMK UNN.

Når det gjelder den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmiddelavhengige, er utfordringene med rekruttering av spesielt leger og psykologer til tjenesten svært store, og truer den videre utbyggingen på området. Dette gjelder også ny korttidspost knyttet til Salten DPS, der det konkrete planarbeidet starter i 2010. Rekrutteringsproblematikken har også bidratt til at LAR fortsatt har ligget ansvarsmessig til UNN. Det samarbeides med Bodø fengsel om driften av rusmestringsenheten der.

I 2009 ble etablering av egen samhandlingsfunksjon i NLSH planlagt, og startet opp 1. desember som egen seksjon. Fra nyåret 2010 starter planlegging av overordnet samhandlingsstruktur mot kommunalt nivå og videreutvikling av avtalestrukturer. Planleggingen omfatter også internsamarbeidet med klinikker og felles samhandlingspolicy mellom klinikker og samhandlingsseksjon utad.

På klinisk side er det betydelig samhandlingsvirksomhet mot kommunehelsetjenesten når det gjelder kroniske sykdommer og eldre. Det ble i januar 2009 søkt HOD om midler til etablering av prehospital observasjons- og behandlingsenhet i Meløy og Saltdal og videreutvikling av samme i Steigen. Det ble tildelt 2 mill. kr., ny søknad til HOD om midler ble sendt september 2009. Utvikling av disse tilbudene ses som sentrale på samhandlingsområdet, spesielt med tanke på bedret tilbud for eldre gjennom bedre lokalt akuttilbud og hindring av unødige innleggelse. Arbeidet følges opp i 2010.

På kompetansesiden er det betydelig arbeid mot kommunene, i form av kursprogrammer mot primærhelsetjenesten (eks. "Nordlandspasienten" og "Føre var") i tillegg til kommunal deltakelse på kurs og veiledning/undervisning fra klinikken mot kommunene. PreOB-prosjektet har også en betydelig undervisningsdel.

Lærings- og mestringsområdet er styrket gjennom økt kapasitet (økte og nye kurs i samarbeid mellom lærings- og mestringsentret og klinikkene) samt egen medarbeider i halv stilling knyttet til psykisk helsevern og rus.

Sykehuset følger opp utdanningen av helsefaglæringer. Sykehuset innfrir behov og måltall for praksisplasser. Til elever fra videregående skole gis det undervisning i henhold til behov og rammeplaner. I 2009 har det vært et samarbeid med høgskoler for å utvikle nye samarbeidsavtaler, slutføres i 2010. Leger har deltatt i regionale utdanningsprogram for rekrutteringssvake fagområder, dette videreføres i 2010. Økonomien til videreutdanning ut over spesialistutdanninger i sykehuset er begrenset. Videre optimal kompetanseutvikling både på lokalsykehus- og sentralsykehusnivå representerer utfordringer.

Et viktig mål ble nådd da Universitetet i Tromsø fra høsten 2009 etablerte utdanning av inntil 25 medisinstudenter i Bodø i siste år av utdanningen, i tillegg til de inntil 25 som tar 5. år her. Bistand fra Helse Nord har vært vesentlig. Et stort arbeid har vært utført av to av sykehusets professorer for å få utdanningsopplegget på plass og følge det opp. Studentene har gitt gode tilbakemeldinger. Et større antall bistillinger ved Universitetet er opprettet i sykehuset, og sykehuset har overtatt betalingsansvaret for stillingene. Oppfølging av samarbeidet med universitetet og sikring av tilstrekkelige midler knyttet til undervisningsoppgaven blir viktige videre.

Forskningsaktiviteten i Nordlandssykehuset har vært høy, i 2008 var foretaket nr. 10 av 30 helseforetak med bare universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus foran. Det er høy forskningsaktivitet innen en del fagområder, mens det er en utfordring at den er lav på andre områder, noe det må arbeides videre med. Somatisk og psykiatrisk forskningssenter er viktige støttedokumenter. Det er fra 2009 etablert årlig rullerende forskningsundervisning for hele sykehuset. Det er også to helsefaglige dr.gradsprosjekter i gang, og i tillegg er flere under forberedelse, dette er et viktig satsingsområde. Nye strengere krav til oppfølging fra sykehus som ansvarlige eiere av forskningsprosjekter representerer ytterligere administrative utfordringer.

Når det gjelder å sikre god kvalitet på og fullstendig rapportering av virksomhetsdata, er dette en stor utfordring som det arbeides kontinuerlig med. Regelverk, datauttrekksformater og datasystemer er i

kontinuerlig endring, men er ofte ikke synkronisert. Opplæringsbehovet er betydelig. Dette sammen med behov for styrket generell og spesiell datakompetanse i foretaket må møtes med omfattende kompetanseutvikling framover.

Innstilling til vedtak:

Styret viser til saksutredningen og vedlagte rapport og vedtar dette som Årlig melding fra Nordlandssykehuset til Helse Nord for 2009.

Avstemming :

Vedtak :

Årlig melding 2009

Innhold

Oppsummering	2
Økonomi.....	2
Oppdragsdokumentet 2009	3
Økonomi.....	6
Nøkkeltall	6
Resultat.....	7
Utvikling fra 2008 og prognoser i 2009	8
Funksjonsregnskap	10
Driftsinntekter	11
Driftskostnader	13
Finansposter	15
Gjennomføring av tiltak	15
Likviditet og investeringer	16
Personal	18
Bemanning	18
Likestilling og alderssammensetning	18
Sykefravær	18
Rekruttering.....	19
Utvikling årsverk.....	19
Skader personell	20
Aktivitet.....	21
Somatikk.....	21
Psykisk helsevern	21
Voksenpsykiatri.....	21
Barne – og ungdomspsykiatri.....	22
Rusomsorg.....	22
Nasjonale kvalitetsindikatorer.....	22
Korridorpasienter kl 07	23
Medisinsk klinikk.....	23
Kirurgisk klinikk, Bodø.....	24
Klinikk for kvinne og barn	24
Klinikk for hode og bevegelse	25
Epikriser sendt innen 7 dager	25
Somatikk.....	25
Psykiatri.....	26
Strykninger av planlagte operasjoner.....	27
AKUM.....	27
Kirurgisk klinikk	27
Klinikk for kvinne og barn	28
Klinikk for hode og bevegelse	28
Helhetlig strategi HMS.....	28
Systematisk kartlegging av arbeidsmiljø.....	28
Konflikthåndtering og forebygging av mobbing/trakassering	29
Omstilling.....	29
Sykefraværsoppfølging	29

Livsfase-/seniorpolitikk.....	30
Rusforebygging/AKAN-arbeid	30
Lovpålagt helsekontroll.....	30
Brannvern.....	30
Risikovurdering av arbeidsmiljø	31
Avviksoppfølging	31
Tilrettelegging av arbeidslokaler og utstyr/hjelpemidler	31
Informasjons- og kommunikasjonskanaler	31
HMS handlingsplan.....	32
Sikkerhet i byggeprosjekt.....	32
Intern revisjon	33
Rapportering.....	33
Resultat/måloppnåelse.....	33
Eksterne tilsyn - Arbeidstilsynet	33
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB	34
Internkontroll.....	34
Risikostyring	36

Oppsummering

Økonomi

Nordlandssykehuset har i 2009 et positivt regnskapsresultat på 2,6 mill kr. Dette er 7,4 mill svakere enn resultatkravet som var 10 mill kr i overskudd. Uten nedskrivning av verdien av Røsvik bo- og behandlingssenter med 14 mill kr, ville resultatet vært bedre enn resultatkravet. Anlegget nedskrives da det tas ut av drift fom januar 2010. Helse Nord satte i løpet av 2009 et ”justert” styringsmål for Nordlandssykehuset på – 23 mill kr som ble knyttet til investeringsmidler for 2010. Et avvik ut over – 23 mill kr ville bety tilsvarende reduksjon i investeringsrammen. Dette resultatkravet overoppfylles, og det vil derfor ikke bli foretatt trekk i investeringsmidlene for 2010.

Prognose for 2009 basert på november-tallene indikerte et merforbruk på 30-40 mill kr ved utgangen av året. Forbedringen i nettoresultat er knyttet til både økte inntekter og reduserte kostnader i forhold til prognosen. De fleste av disse forholdene var ikke kjente eller endelig avklart ved avslutning av novemberregnskapet.

Samlet sett er det ved utgangen av 2009 en økning med 26 årsverk sammenlignet med desember 2008. Økningen er knyttet til ny aktivitet psykiatri (dømt til behandling og spiseforstyrrelser) og nye oppgaver innenfor pasientreiser. Dette utgjør til sammen om lag 65 årsverk. Justert for økningen som er knyttet til nye tjenestetilbud er forbruket av årsverk redusert med om lag 40 sammenlignet med utgangen av 2008.

Aktivitet for somatikk viser en nedgang i 2009 i heldøgns pasienter for Bodø og Vesterålen, mens Lofoten har en mindre økning målt mot 2008. For elektive dagpasienter har Bodø en liten nedgang, men dette veies opp av økning i Vesterålen og Lofoten. For polikliniske konsultasjoner er det omtrent samme aktivitet som i 2008. Alle tre sykehusene hadde negativ indeksutvikling for heldøgnsopphold i 2009 i forhold til 2008.

Aktiviteten innenfor voksenpsykiatri ligger samlet sett høyere enn aktiviteten i 2008. Konsultasjoner rus har en nedgang, men øvrig poliklinikk veier opp denne nedgangen slik at samlet er det en økning i konsultasjoner. Liggetiden i VOP har gått ned samtidig som antall utskrivninger har økt. Dagaktiviteten ligger for 2009 over 2008-aktivitet for alle tre sykehusene.

Innenfor BUP er antall konsultasjoner med refusjon redusert kraftig i Lofoten i forhold til 2008. Bodø har økning, mens Vesterålen viser en mindre nedgang. Samlet er refusjonsberettigede konsultasjoner redusert i forhold til 2009. Antall tiltak BUP er redusert i Lofoten og Vesterålen, men økt i Bodø. Antall utskrivninger er økt, mens antall liggedøgn er redusert sammenlignet med 2008.

Oppdragsdokumentet 2009

I 2009 kom de nasjonale kliniske prioriteringsveilederne som dekker de fleste fagområder og som er sentrale i forbindelse med tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til pasienter. Disse ble implementert i klinikkene, og det gjenstår ved årets utgang bare en liten del av dette implementeringsarbeidet. Bruk av prosedyrer i det regionale kvalitetssystemet og nasjonale standarder på ulike fagområder er også videreutviklet.

På klinisk side var 2009 sterkt preget av etablering av ny gjennomgående klinikkstruktur i foretaket. Dette har medført et omfattende organisasjons- og ledelsesutviklingsarbeid. Det har også styrket fokus på lokalsykehusfunksjonen og linjene mellom lokalsykehusstilbud og spesialavdelingstilbud i foretaket. Arbeidet med desentralisering av funksjoner har hatt sterkere fokus i klinikkene, sett i sammenheng med total hensiktsmessig oppgavefordeling i foretaket. Ambuleringsvirksomheten mellom Bodø og Lofoten/Vesterålen er styrket, likeså teambasert ambulerer fra lokalsykehusfunksjoner mot kommunene. Nordlandssykehusets deltakelse i det regionale desentraliseringsprosjektet av kontroller har bidratt til å styrke fokus på dette på enkelte fagområder. Det samarbeides hensiktsmessig med aktuelle private klinikker.

Kompetanseoverføring mellom "sentralsykehus" og "lokalsykehus" er betydelig, både innen Nordlandssykehusets område og delvis overfor Helgeland, og tilsvarende i forhold til kommunene. Særlig fokus her er i forhold til de store sykdomsgruppene og de kroniske lidelsene, herunder nyresvikt, KOLS, desentralisert cellegiftbehandling etc.. Desentralisert radiologi er styrket gjennom etablering av MR i Vesterålen (som utfordrer foretaket spesielt på radiologbemanningen i Bodø). I alt dette arbeidet er behovet for telemedisinske løsninger og bruk av telestudio i møter og undervisning vesentlig, her har sykehuset fortsatt betydelige utfordringer og spesielt på den tekniske infrastrukturen. Det er etablert flere nye telestudioer i foretaket, men teknologi/driftsproblemene vil bli arbeidet videre med inn i 2010 for å få en mer robust struktur.

Når det gjelder tilbudet til pasienter med kroniske og langvarige somatiske sykdommer og lidelser, har sykehuset fulgt opp og gjennomført tiltak i vedtatte handlingsplaner innen kronikersatsingen og nasjonale strategier på området. Rehabiliteringsarbeidet er i hovedsak integrert i behandlingen i de kliniske avdelinger, den spesialiserte rehabiliteringen styrker nå tyngdepunktet mot poliklinisk side, mens habilitering både på somatisk (problem psykologrekruttering barn) og psykiatrisk side står relativt uforandret.

Det mangler slagenhet i Vesterålen, planlegging av slik enhet for etablering i 2010 er påbegynt. Lungefaget har representert en spesiell utfordring. Foretaket har mangel på lungespesialister, med blant annet utfordring i forhold til pågang fra Helgeland, og Helse Nord er nå involvert i denne problematikken. Tilsvarende arbeides det med utfordringene innen nyresvikt/dialyse. Overvektsproblematikk har det vært arbeidet med forebyggende i forhold til barn, og har også vært fokusert i det betydelige behandlings- og opplæringsarbeidet diabetespoliklinikken driver. Fedmeoperasjoner planlegges økt i 2010, likeså det samlede medisinske arbeidet i Nordlandssykehuset rundt pasienter med sykkelig fedmeproblematikk, også på lms- og rehabiliteringssiden mot kommunene.

Behandlingsbehovet når det gjelder kroniske smerter er stort, og i Nordlandssykehuset (delvis i samarbeid med UNN) planlegger man for en styrking i løpet av 2010 av den i dag for lave kapasiteten på dette området. Når det gjelder pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CSF/ME), er det etablert opplærings- og behandlingstilbud for barn, mens det vil bli vurdert oppbygging av tilbud for voksne i 2010 for å supplere det regionale tilbudet ved UNN.

På området smittevern og beredskap førte influensapandemien også i NLSH til en grundig gjennomgang av beredskapsplanene, og endringer ble gjennomført. Man fikk her også et positivt fokus på hygienetiltak, av betydning ut over denne aktuelle sykdomsgruppen. Det startet i 2009 smittevernsprosjekt mot kommuner i opptaksområdet, med egen prosjektmedarbeider. I 2009 kom det regionale retningslinjer for antibiotikabruk, dette viktige området følges nå opp systematisk i foretaket.

På området psykisk helse og rus ble året preget av store omorganiseringer, med etablering av tre nye behandlingenheter i Bodø: regionalt sengetilbud spiseforstyrrelser, ny sikkerhetsenhet og rus/psykiatripost. På poliklinisk side er kapasiteten litt økt på barne- og ungdomssiden og samarbeidet utad ytterligere noe styrket. NLSH samarbeider med UNN om regionalt kompetansenettverk for utviklingsforstyrrelser. Prosjekt for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige er fulgt opp, NLSH er vertskap for regionalt prosjekt med prosjektleder i fagavdelingen, og det er etablert barneansvarlige personer i alle klinikker (somatikk og psykisk helsevern). Når det gjelder transportordninger med ambulansefly for psykisk syke som trenger akuttoverføringer fra lokalsykehus til avdeling i Bodø, har dette i motsetning til bilambulanse til tider fungert svært dårlig med store forsinkelser. Saken er tatt opp med AMK UNN.

Når det gjelder den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmiddelavhengige, er utfordringene med rekruttering av spesielt leger og psykologer til tjenesten svært store, og truer den videre utbyggingen på området. Dette gjelder også ny korttidspost knyttet til Salten DPS, der det konkrete planarbeidet starter i 2010. Rekrutteringsproblematikken har også bidratt til at LAR fortsatt har ligget ansvarsmessig til UNN. Det samarbeides med Bodø fengsel om driften av rusmestringsenheten der.

I 2009 ble etablering av egen samhandlingsfunksjon i NLSH planlagt, og startet opp 1. desember som egen seksjon. Fra nyåret 2010 starter planlegging av overordnet samhandlingsstruktur mot kommunalt nivå og videreutvikling av avtalestrukturer. Planleggingen omfatter også internsamarbeidet med klinikker og felles samhandlingspolicy mellom klinikker og samhandlingsseksjon utad.

På klinisk side er det betydelig samhandlingsvirksomhet mot kommunehelsetjenesten når det gjelder kroniske sykdommer og eldre. Det ble i januar 2009 søkt HOD om midler til etablering av prehospital observasjons- og behandlingsenhet i Meløy og Saltdal og videreutvikling av samme i Steigen. Det ble tildelt 2 mill. kr., ny søknad til HOD om midler ble sendt september 2009. Utvikling av disse tilbudene ses som sentrale på samhandlingsområdet, spesielt med tanke på bedret tilbud for eldre gjennom bedre lokalt akutttilbud og hindring av unødige innleggelser. Arbeidet følges opp i 2010.

På kompetansesiden er det betydelig arbeid mot kommunene, i form av kursprogrammer mot primærhelsetjenesten (eks. "Nordlandspasienten" og "Føre var") i tillegg til kommunal deltakelse på kurs og veiledning/undervisning fra klinikken mot kommunene. PreOB-prosjektet har også en betydelig undervisningsdel.

Lærings- og mestringsområdet er styrket gjennom økt kapasitet (økte og nye kurs i samarbeid mellom lærings- og mestringssettret og klinikkene) samt egen medarbeider i halv stilling knyttet til psykisk helsevern og rus.

Sykehuset følger opp utdanningen av helsefaglæringer. Sykehuset innfrir behov og måltall for praksisplasser. Til elever fra videregående skole gis det undervisning i henhold til behov og rammeplaner. I 2009 har det vært et samarbeid med høyskoler for å utvikle nye samarbeidsavtaler, slutføres i 2010. Leger har deltatt i regionale utdanningsprogram for rekrutteringssvake fagområder, dette videreføres i 2010. Økonomien til videreutdanning ut over spesialistutdanninger i sykehuset er begrenset. Videre optimal kompetanseutvikling både på lokalsykehus- og sentralsykehusnivå representerer utfordringer.

Et viktig mål ble nådd da Universitetet i Tromsø fra høsten 2009 etablerte utdanning av inntil 25 medisinstudenter i Bodø i siste år av utdanningen, i tillegg til de inntil 25 som tar 5. år her. Bistand fra Helse Nord har vært vesentlig. Et stort arbeid har vært utført av to av sykehusets professorer for å få utdanningsopplegget på plass og følge det opp. Studentene har gitt gode tilbakemeldinger. Et større antall bistillinger ved Universitetet er opprettet i sykehuset, og sykehuset har overtatt betalingsansvaret for stillingene. Oppfølging av samarbeidet med universitetet og sikring av tilstrekkelige midler knyttet til undervisningsoppgaven blir viktige videre.

Forskningsaktiviteten i Nordlandssykehuset har vært høy, i 2008 var foretaket nr. 10 av 30 helseforetak med bare universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus foran. Det er høy forskningsaktivitet innen en del fagområder, mens det er en utfordring at den er lav på andre områder, noe det må arbeides videre med. Somatisk og psykiatrisk forskningssenter er viktige støttestrukturer. Det er fra 2009 etablert årlig rullerende forskningsundervisning for hele sykehuset. Det er også to helsefaglige dr.gradsprosjekter i gang, og i tillegg er flere under forberedelse, dette er et viktig satsingsområde. Nye strengere krav til oppfølging fra sykehus som ansvarlige eiere av forskningsprosjekter representerer ytterligere administrative utfordringer.

Når det gjelder å sikre god kvalitet på og fullstendig rapportering av virksomhetsdata, er dette en stor utfordring som det arbeides kontinuerlig med. Regelverk, datauttrekksformater og datasystemer er i kontinuerlig endring, men er ofte ikke synkronisert. Opplæringsbehovet er betydelig. Dette sammen med behov for styrket generell og spesiell datakompetanse i foretaket må møtes med omfattende kompetanseutvikling framover.

Økonomi

Nøkkeltall

Økonomi	2007	2008	2009
Totale driftsinntekter	2 473 592 720	2 769 385 532	2 995 010 165
Totale driftskostnader	2 680 053 752	2 842 733 511	2 966 769 020
Finansielle poster	-21 420 159	-36 814 541	-25 709 947
Årsresultat	-227 881 191	-110 162 521	2 531 198

Egenkapitalandel	47,9 %	43,9 %	42,9 %
------------------	--------	--------	--------

Investeringer	284 192 932	188 323 740	268 414 726
Likvide midler pr 31.12	56 306 746	60 070 594	62 774 057

Aktivitet	2007	2008	2009
Somatikk			
Heldøgns pasienter	26 658	25 697	25 092
Dagpasienter	5 975	6 421	7 075
DRG-fin konsultasjoner	7 280	8 416	8 552
DRG-poeng **	29 457	29 989	29 454
Polikliniske konsultasjoner	113 164	118 813	118 740

Psykatri			
Utskrevne pasienter	1 816	1 927	2 034
Antall liggedøgn	60 021	58 570	58 119
Polikliniske konsultasjoner	55 352	63 907	67 191

** DRG-poeng presentert i logikk for det enkelte år

Personell	2007	2008	2009
Gjennomsnittlig antall ansatte	3 964	3 691	3 686
Gjennomsnittlig antall årsverk	3 280	3 211	3 166
Sykefravær	9,3 %	9,5 %	9,0 %
Gjennomsnittsalder	44 år	44 år	45 år

Kjønnsfordeling	25 % menn 75 % kvinner	25 % menn 75 % kvinner	26 % menn 74 % kvinner
-----------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Resultat

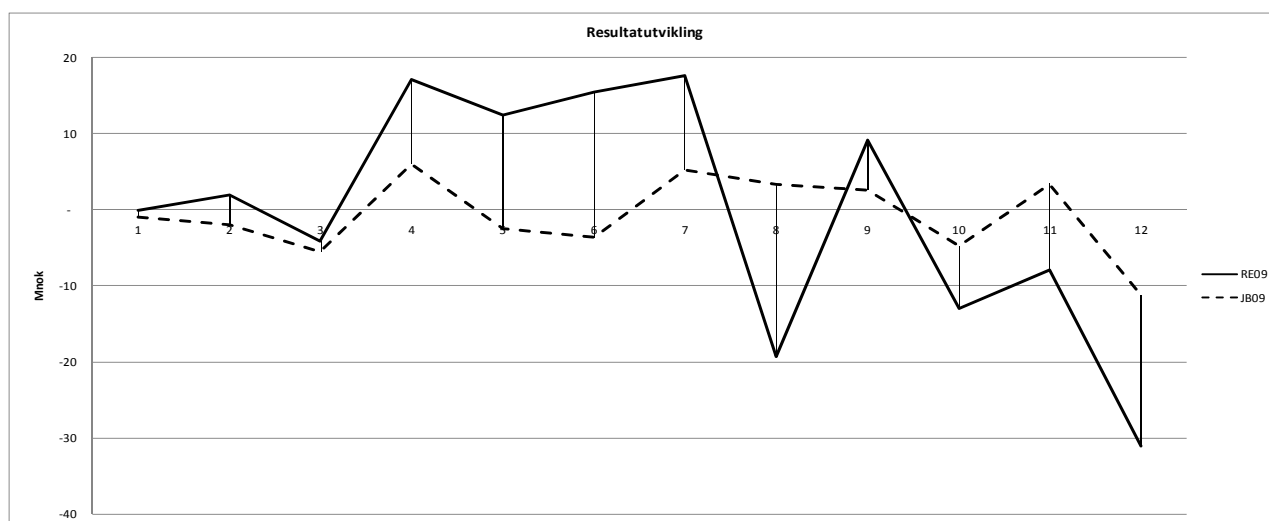
Tekst	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Avvik 2009
Basisramme	-2 021 015	-2 273 915	-2 263 171	10 744
ISF egne pasienter	-434 444	-457 065	-448 962	8 103
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-40 890	-49 592	-51 246	-1 654
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	0	-17 811	-18 436	-625
Gjestepasientinntekter	-9 011	-8 654	-9 224	-570
Polikliniske inntekter	-59 544	-61 326	-57 688	3 638
Øremerkede tilskudd psykisk helse	-81 151	0	0	0
Raskere tilbake	-3 127	-6 038	-7 700	-1 662
Andre øremerkede tilskudd	-8 374	-4 949	0	4 949
Andre inntekter	-111 830	-115 659	-106 091	9 568
Driftsinntekter	-2 769 386	-2 995 010	-2 962 518	32 492
Kjøp av offentlige helsetjenester	75 688	105 941	95 389	-10 552
Kjøp av private helsetjenester	62 386	59 205	44 421	-14 784
Varekostnader knyttet til aktivitet	316 511	343 550	324 435	-19 115
Innleid arbeidskraft (fra firma)	45 150	45 057	21 799	-23 258
Lønn til fast ansatte	1 202 804	1 250 206	1 245 657	-4 549
Vikarer	121 867	126 836	120 435	-6 401
Overtid og ekstrahjelp	77 169	73 013	74 886	1 873
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	270 081	264 356	264 220	-136
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-86 534	-91 938	-77 377	14 561
Annen lønn	129 957	134 701	133 362	-1 339
Avskrivninger	180 768	166 151	180 177	14 026
Nedskrivninger	2 349	14 684	596	-14 088
Andre driftskostnader	444 548	474 979	476 361	1 382
Driftsutgifter	2 842 745	2 966 741	2 904 362	-62 380
Finansinntekter	-3 275	-1 327	-3 075	-1 748
Finanskostnader	40 090	27 037	51 231	24 194
Finansielle poster	36 815	25 710	48 156	22 446
Totalt	110 174	-2 559	-10 000	-7 441

RE- Regnskap JB – Justert budsjett

Regnskapsmessig resultat for 2009 ble på 2,56 mill kr i overskudd. Tilsvarende var resultatet for 2008 et underskudd på 110,2 mill kr. Veksten i inntekter fra 2008 til 2009 er på 8,1 %, mens veksten i kostnadene i samme periode er 4,4 %. På inntektssiden utgjorde økt basisbevilgning knyttet til Magnussen-utvalget 47 mill kr i friske penger. Øvrig vekst er i hovedsak knyttet til økt aktivitet. Reduksjon i finanskostnader fra 2008 til 2009 er i hovedsak knyttet til bedre likviditet og rentenivå.

Prognose for 2009 basert på november-tallene ble satt til et merforbruk på 30-40 mill kr. Endelig resultat 2009 visere høyere inntekter og lavere kostnader enn lagt til grunn i prognosen. Økte inntekter er i hovedsak knyttet til avklaringer rundt inntektsføring av bevilgninger knyttet til adipositas, omstillingsmidler og pandemi. I tillegg kom avregning for ISF 2008 som medførte nesten 8 mill kr i merinntekter. På kostnadssiden medførte reduksjoner i lønnsavsetninger forbedret resultat, bl. a knyttet til overlegepermisjon, pensjon, samt opptjent/ikke avvirket ferie og avspasering. Varekostnader ble høyere enn antatt i prognosen, mens andre driftskostnader ble lavere enn antatt. For sistnevnte er deler av årsaken at det i prognosen var lagt til grunn en forventning om kostnader tilsvarende økt finansiering adipositas, omstillingsmidler og pandemi.

Lavere kapitalkostnader er knyttet til en lavere investeringstakt enn antatt i 2009. Låneopptak planlagt høsten 2009 er forskyvet til 2010. Nedskrivninger i 2009 er i all hovedsak knyttet til nedleggelse av Røsvik Bo- og behandlingssenter.



Figuren ovenfor viser utvikling i budsjettert resultat og regnskapsført resultat pr måned i 2009. Positive tall viser underskudd.

De viktigste årsakene til avvik mellom budsjettert og faktisk resultat første del av 2009 kan knyttes til kostnader innenfor områdene kjøp av helsetjenester, varekostnader og andre driftskostnader. Uregelmessig fakturering fra leverandører spesielt knyttet til området kjøp av helsetjenester og pasienttransport har medført utfordringer både mht budsjettering og tidsavgrensning av forventede kostnader. Det innføres tiltak i 2010 for å utjevne denne type avvik.

Utvikling fra 2008 og prognoser i 2009

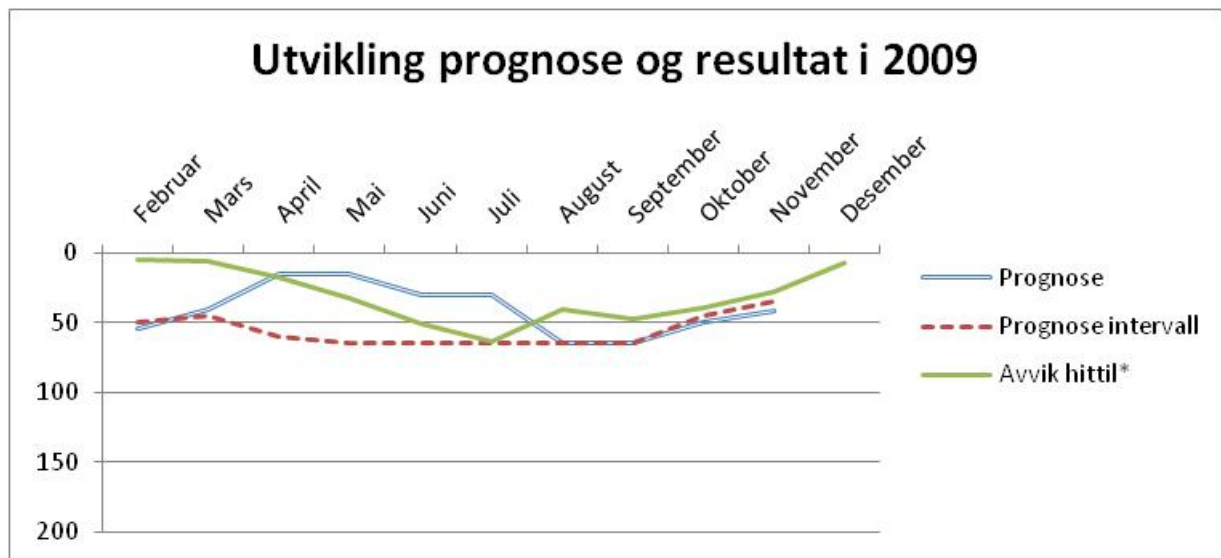
Driftresultatet er forbedret med nærmere 113 mill kr fra 2008 og fordeler seg med omlag 60 mill kr på økt basisramme, 35 mill kr i reduserte lønnskostnader, 35 mill kr i reduserte renter og avskrivninger og 10 mill kr reduksjon i andre kostnader. Gjestepasientkostnadene er økt med omlag 25 mill kr. I forhold til budsjettet er inntektene omlag 30 mill kr høyere, hvorav basisramme og ISF utgjør omlag halvparten. Størstedelen av de økte inntektene vil ha en motsvarende økt kostnad og gir derved tilsvarende negativt budsjettavvik innenfor lønn, varekostnader og andre driftskostnader. En del av inntektsøkningen i 2009 kan knyttes til kostnadsoverheng i 2010.

Ved behandlingen av budsjettet for 2010 ble det lagt til grunn et negativt budsjettavvik for 2009 på 50 mill kr. Dette ga en omstillingsutfordring på 98 mill kr. Av forbedringen på omlag 50 mill kr (ekskl. nedskrivning av Røsvik) er det beregnet at omlag 25 mill kr har videreføringseffekt inn i 2010. Det betyr at omstillingsutfordringen reelt er redusert med 25 mill kr til kr i underkant av 75 mill kr. Det vedtatte omstillingsarbeidet må derfor fortsette.

Resultatprognoser for driftsåret vurderes løpende i forbindelse med månedlig regnskapsavslutning. Prognosene fastsettes etter en vurdering av driftsresultat pr måned, erfaringstall for de ulike inntekts- og kostnadsgrupper fra tidligere år, rapporterte effekter fra

tiltaksgjennomføring i klinikkene, samt kunnskap om andre/nye forhold som forventes å påvirke inntektene og kostnadene i løpet av året.

Prognosesetting gjennom 2009 har vært påvirket av usikkerhet spesielt knyttet til effekter av tiltaksarbeidet, samt usikkerhet knyttet til kostnader innenfor områdene kjøp av helsetjenester, varekostnader og andre driftskostnader – herunder pasienttransport. Utviklingen i årsprognosen for budsjettavvik sammenlignet med utvikling i avvik fra budsjett pr måned fremgår av tabellen nedenfor:



Den grafiske fremstillingen ovenfor viser utviklingen i prognose og risikovurdering (intervall) for prognosen den enkelte måned, sammenlignet med faktisk utvikling i budsjettavvik gjennom 2009. Som det fremgår av oversikten var det i perioden frem mot juli i prognosen lagt til grunn en forventning om at årsresultat for 2009 ville bli forbedret sammenlignet med resultatutviklingen i samme periode. Imidlertid viste utviklingen innenfor større kostnadsgrupper som kjøp av helsetjenester, varekostnader og andre driftskostnader mer negativ utvikling ved utgangen av juli enn forutsatt, samt at tilbakerapportering fra klinikkene mht tiltaksarbeidet ikke ga tilstrekkelig indikasjon på at de budsjetterte effekter innenfor spesielt lønnsområdet ville bli realisert som forutsatt. Ut fra forannevnte ble prognosen forverret fra august måned. Endelig årsresultat ble betydelig bedre enn både resultatutviklingen gjennom året og prognosen for året skulle tilsi, men som beskrevet lenger frem har en stor andel av resultatforbedringen sammenheng med forhold som ikke har vært kjent ved prognosesetting.

For 2010 er det gjort endring i prinsipp knyttet til periodisering av kostnader, slik at usikkerhet i større grad tidsavgrænses som kostnad gjennom hele året. Dette skal føre til større utjevning av eventuelle budsjettavvik gjennom året, selv om usikkerhet knyttet til årsprognose i utgangspunktet vil være uendret.

Funksjonsregnskap

Regnskap per funksjonsområde - akkumulert pr 200912						
Funksjon	RE denne mnd	JB denne mnd	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Awik 2009
Somatikk	140 444	138 932	1 565 516	1 542 798	1 523 456	(19 342)
Somatikk, (re-hab)	2 143	3 540	30 393	39 568	39 059	(509)
Lab/rtg	28 277	28 437	242 817	319 129	310 707	(8 422)
Sum Somatikk	170 864	170 909	1 838 726	1 901 494	1 873 222	(28 272)
VOP, sykehus og annen beh	50 760	51 998	437 023	438 304	441 323	3 019
VOP, DPS og annen beh	8 669	8 292	67 669	96 424	91 093	(5 331)
BUP	14 510	14 294	125 403	135 064	133 474	(1 590)
Sum Psykisk helse	73 939	74 584	630 095	669 792	665 890	(3 902)
RUS, behandling	5 145	5 700	39 258	50 579	42 907	(7 672)
Sum Rusomsorg	5 145	5 700	39 258	50 579	42 907	(7 672)
Ambulanse	14 252	12 886	152 743	162 021	148 052	(13 969)
Pasienttransport	15 922	15 838	158 962	174 970	165 281	(9 689)
Sum Prehospitale tjenester	30 174	28 724	311 705	336 991	313 333	(23 658)
Personalboliger, barnehager	763	812	22 947	7 885	9 010	1 125
Sum Personal	763	812	22 947	7 885	9 010	1 125
Sum driftskostnader	280 885	280 729	2 842 731	2 966 741	2 904 362	(62 380)
Netto finans	2 184	6 181	36 815	25 710	48 156	22 446
Feilkonto	78	-	1	-	-	-
Sum driftsinntekter	(314 205)	(298 108)	(2 769 386)	(2 995 010)	(2 962 518)	32 492
Resultat	(31 058)	(11 198)	110 161	(2 560)	(10 000)	(7 441)

RE-regnskap ; JB-justert budsjett
hiå-tittil i år; hif- hittil i fjor

Andel av totale driftskostnader			
Funksjon	RE 2008	RE 2009	JB 2009
Somatikk	55,1 %	52,0 %	52,5 %
Somatikk, (re-hab)	1,1 %	1,3 %	1,3 %
Lab/rtg	8,5 %	10,8 %	10,7 %
Sum Somatikk	64,7 %	64,1 %	64,5 %
VOP, sykehus og annen beh	15,4 %	14,8 %	15,2 %
VOP, DPS og annen beh	2,4 %	3,3 %	3,1 %
BUP	4,4 %	4,6 %	4,6 %
Sum Psykisk helse	22,2 %	22,6 %	22,9 %
RUS, behandling	1,4 %	1,7 %	1,5 %
Sum Rusomsorg	1,4 %	1,7 %	1,5 %
Ambulanse	5,4 %	5,5 %	5,1 %
Pasienttransport	5,6 %	5,9 %	5,7 %
Sum Prehospitale tjenester	11,0 %	11,4 %	10,8 %
Personalboliger, barnehager	0,8 %	0,3 %	0,3 %
Sum Personal	0,8 %	0,3 %	0,3 %
Sum driftskostnader	100,0 %	100,0 %	100,0 %

RE-regnskap ; JB-justert budsjett
hiå-tittil i år; hif- hittil i fjor

Fordeling av driftskostnader på forskjellige funksjonsområder har ikke endret seg stort fra samme periode i 2008.

Ny funksjonskontoplan for 2009 innebærer en del endringer fra 2008. Færre funksjoner i 2009 medfører ny klassifisering av en del kostnadssteder. Eks. var det i 2008 fellesfunksjoner for somatikk, VOP og BUP. Disse er borte fra 2009 og slike kostnadssteder er dermed fordelt på gyldige funksjoner i 2009. Dette er bl.a forklaring til vekst i lab/røntgen (fra 242 817 mill kr. i fjor til 319 129 mill kr. i år) og VOP DPS (fra 67 669 mill kr. i fjor til 96 424 mill kr. i år).

Reduksjon i kostnader knyttet til ”personalboliger/barnehager” sammenlignet med i fjor (fra 22 947 mill kr. i fjor til 7 885 mill kr. i år) er knyttet til at Bodø kommune har overtatt ansvaret for driften av Rensåsen barnehage fra 01.01.2009.

Negativt avvik på kostnadssiden utgjør 62,4 mill kr hittil i år.

Somatiske områder (somatikk, somatisk rehabilitering og lab/røntgen) viser samlet et merforbruk på 28,3 mill kr. Overforbruket på somatikk skyldes hovedsakelig overforbruket på Akuttmedisinsk klinikk, Kirurgisk og ortopedisk klinikk og Kvinne/Barn klinikk. 8,4 mill av 28,3 mill. er overforbruket på Lab/Røntgen. Diagnostisk klinikk som er tilknyttet denne funksjonen har et overforbruk på 5,3 mill. i 2009, resten er fellesutgifter.

Psykiatri viser et merforbruk på 3,9 mill kr i forhold til budsjett. Merforbruket er knyttet til BUP og VOP ved DPS, mens voksenpsykiatri viser underforbruk på 3 mill.kr. Underforbruket er stort sett knyttet til opptrappingsplan og enhet for spiseforstyrrelse. Overforbruket på VOP ved DPS skyldes overforbruket på teknisk avdeling på VEST (andel VOP VDPS i regnskapet på dette kst utgjør 5 mill, mens budsjettet er på 0,3 mill)

Rus viser et merforbruk på 7,7 mill.kr hittil i år. Rus viser et merforbruk på kostnadsside på 7,8 mill.kr hittil i år. 1 mill. av 7,7 mill. er knyttet til prosjektene finansiert av Helse Nord (Rusmestringsenhet ved fengsel og ACT team). Totalt går begge prosjektene i ”0”, men siden inntekter ikke er tatt med i oversikten, vises forbruket på prosjektene som overforbruket. Største delen av overforbruket er knyttet til kjøp av kurdøgn fra andre helseinstitusjoner (forbruk på 37,9 mill mot budsjett på 26,4 mill, altså overforbruk på 11,5 mill). I 2009 har Rus team ikke kommet i gang med aktiviteten på korttidsenhet. Dette gir positivt utslag på 3,75 mill.

Ambulanse og pasienttransport viser et negativt avvik på 23,7 mill kr, herav 15 mill. kommer fra overforbruket på prehospitalet klinikk. Kostnadssted for pasienttransport har et overforbruk på 10,2 mill.

Driftsinntekter

Tekst	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Avvik 2009
Basisramme	-2 021 015	-2 273 915	-2 263 171	10 744
ISF egne pasienter	-434 444	-457 065	-448 962	8 103
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-40 890	-49 592	-51 246	-1 654
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	0	-17 811	-18 436	-625
Gjestepasientinntekter	-9 011	-8 654	-9 224	-570
Polikliniske inntekter	-59 544	-61 326	-57 688	3 638
Øremerkede tilskudd psykisk helse	-81 151	0	0	0
Raskere tilbake	-3 127	-6 038	-7 700	-1 662
Andre øremerkede tilskudd	-8 374	-4 949	0	4 949
Andre inntekter	-111 830	-115 659	-106 091	9 568
Driftsinntekter	-2 769 386	-2 995 010	-2 962 518	32 492

RE- Regnskap JB – Justert budsjett

Regnskap 2009 viser 32,5 mill kr mer i inntekter enn forutsetningene i budsjettet. Inntektssiden ble forbedret med ca 12 mill kr i forhold til prognosen utarbeidet pr november.

Øremerket tilskudd psykisk helsevern (opptrappingsplan) ble lagt inn i basisrammen fra 2009. Avvik basisramme mot budsjett i 2009 er knyttet til særskilte finansieringsordninger som pandemi og sysselsettingsmidler. Disse er ikke budsjettert. All ordinær basisramme er bokført i hht budsjett. Dette innebærer bl.a. at omstillingsmidler og adipositas er bokført i hht tildeling, men ikke brukt i sin helhet. Av inntekter som er bokført i 2009 regnes det med at kostnader tilsvarende ca 5-6 mill kr kommer i 2010, enten som drift eller investering. Sistenevnte må dekkes av investeringsramme for 2010, da det var lagt til grunn annet prinsipp for kostnadsføring av investeringer for utstyr knyttet til pandemi enn for øvrige investeringer i 2009.

ISF for egne pasienter viser positivt budsjettavvik på 8 mill kr for 2009. Denne artsgruppen består av ISF-inntekter fra egne pasienter behandlet i Nordlandssykehuset og pasienter fra eget ansvarsområde som behandles utenfor Helse Nord. Helse Nord dekker differanse mellom kostnad utenlandsbehandling og ISF-inntekt. Denne refusjonen er bokført under gruppen andre inntekter med 5,9 mill kr. Det positive avviket på ISF-inntekter er i hovedsak knyttet til avregning ISF 2008 som ble endelig avklart i desember 2009. En vesentlig del av merinntekten er knyttet til at staten har økt enhetsprisen på poliklinisk ISF-refusjon fra 2008 i avregningen.

Aktivitet heldøgns pasienter somatikk er samlet sett 595 opphold lavere enn i 2008. Bodø har en reduksjon med -580 opphold, mens Vesterålen har en nedgang på 67 opphold. Det er en økning i Lofoten på 52 opphold. Sengetall i Bodø ble redusert i 2009. Medisinsk avdeling i Lofoten reduserte sengetallet ultimo november 2009. Vekten for ferdigkodete heldøgnsopphold i 2009 er gått ned i forhold til 2008. For Bodø er vekten redusert fra 1,08 til 1,06, for Vesterålen er vekten redusert fra 0,94 til 0,92, mens Lofoten har en reduksjon fra 0,83 til 0,78. Samlet er det en økning i dagpasienter på 666 opphold sammenlignet med året før. Lavere vekt for dagpasienter kompenserer ikke svikt for heldøgnsopphold. DRG-finansierte konsultasjoner viser en liten økning sammenlignet med 2008.

ISF somatikk poliklinisk aktivitet ligger 1,7 mill kr under budsjett pr utgangen av 2009. Bodø og Vesterålen har lavere aktivitet i forhold til 2008, mens Lofoten har en økning som nesten veier opp dette. I 2009 er det åpnet for at flere faggrupper kan utløse ISF-refusjon for polikliniske konsultasjoner i somatikken, men refusjon for slike konsultasjoner er satt lavere enn for leger. Fra 2010 er det felles finansieringsordning for all DRG-aktivitet, dvs. både heldøgn, dagbehandling og poliklinikk. Helse Nord har beregnet at Nordlandssykehuset skal på en positiv effekt av omleggingen tilsvarende 6,6 mill kr i merinntekter i 2010. Dette er innarbeidet i budsjettet for 2010.

Inntektsført ISF av kostnadskrevenne legemidler (biologiske legemidler) er basert på 40 % ISF-finansiering av bokførte kostnader. Området har et negativt budsjettavvik i 2009 på 0,6 mill kr. For 2009 fikk sykehuset et krav på 18,4 mill kr, med tilsvarende reduksjon i basisrammen. Inntektene til Nordlandssykehuset avhenger av riktig koding av sykehusleger og avtalespesialister over hele landet, i tillegg til egne leger. HOD har gitt tilbakemeldinger om avkorting dersom forutsetningene de har lagt til grunn for finansiering av TNF-hemmere endres i det endelige materialet for 2009. Dette vil først bli klart ved avregningen høsten 2010.

Gjestepasientinntekter gjelder pasienter fra andre regioner som behandles i Nordlandssykehuset. Omfanget er størst på sommerhalvåret i forbindelse med turistrafikken.

Gruppen polikliniske inntekter gjelder psykiatri, lab og røntgen. I tillegg inntektsføres refusjoner fra NAV knyttet til egenandeler frikort somatikk her. Sistnevnte post øker utover året når flere passerer frikort-grensen. Merinntekt er i stor grad knyttet til analyser pandemi.

Inntekter knyttet til ”raskere tilbake” er i 2009 budsjettet ut fra anslag fra Helse Nord. Inntektskravet er budsjettert med tilsvarende sum på kostnadssiden. Ettersom ”raskere tilbake” gir dobbel betaling skal faktisk aktivitet ha gitt et netto bidrag til budsjettkravet i 2009.

Fra og med oktober 2009 er inntekter knyttet til forskning overført til posten andre øremerkede tilskudd og bidrar til merinntektene her. Forskningsmidlene budsjetteres ikke, men inntektsføres i hht påløpte kostnader fordi omfang av forskningsaktiviteten varierer fra måned til måned.

I gruppen andre inntekter inngår bl.a inntekter knyttet til egenbetaling fra pasienter, refusjon utenlandsbehandling, eksternt finansierte prosjekt, salgsinntekter mv. Refusjon utenlandsbehandling utgjør ca 5 mill kr jfr tidligere kommentarer. Eksternt finansierte prosjekt budsjetteres ikke, men hver måned bokføres andel av tilskudd i hht påløpte kostnader på hvert prosjekt.

Driftsinntekter 2009 viser samlede merinntekter utover budsjett på 32,5 mill kr.

Driftskostnader

Tekst	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Avvik 2009
Kjøp av offentlige helsetjenester	75 688	105 941	95 389	-10 552
Kjøp av private helsetjenester	62 386	59 205	44 421	-14 784
Varekostnader knyttet til aktivitet	316 511	343 550	324 435	-19 115
Innleid arbeidskraft (fra firma)	45 150	45 057	21 799	-23 258
Lønn til fast ansatte	1 202 804	1 250 206	1 245 657	-4 549
Vikarer	121 867	126 836	120 435	-6 401
Overtid og ekstrahjelp	77 169	73 013	74 886	1 873
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	270 081	264 356	264 220	-136
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-86 534	-91 938	-77 377	14 561
Annen lønn	129 957	134 701	133 362	-1 339
Avskrivninger	180 768	166 151	180 177	14 026
Nedskrivninger	2 349	14 684	596	-14 088
Andre driftskostnader	444 548	474 979	476 361	1 382
Driftsutgifter	2 842 745	2 966 741	2 904 362	-62 380

RE- Regnskap JB – Justert budsjett

Kjøp av helsetjenester (fra offentlig og private) viser et samlet merforbruk på 25,3 mill kr i forhold til budsjett. Prognosen pr november var satt til -26 mill kr. De største avvikene er knyttet til somatikk og rus. Økt gjestepasientkjøp somatikk gir økte ISF-inntekter, og dette betyr at deler av merforbruket er finansiert gjennom økte inntekter. Økning i kostnader til kjøp av helsetjenester økte med 27 mill kr fra 2008 til 2009. Det forventes ikke at økt vekst fortsetter i 2010.

Varekostnader var prognostisert med et merforbruk på 12 mill kr, men endte opp med -19,1 mill kr i forhold til budsjett. Det ble foretatt lagertelling også på avdelingslager i forbindelse

med årsavslutning. Merforbruk er relatert til kjøp av helsetjenester utland og kjøp av private ambulansetjenester. Det er meldt inn til Helse Nord at disse artene bør flyttes til artsgruppen kjøp av private helsetjenester. I tillegg er det et merforbruk innenfor enkeltklinikker relatert til forbruksvarer, laboratorierekvisita og operasjonsmateriell. Det var også en viss økning i kostnader knyttet til TNF-hemmere mot slutten av året.

Lønnsposter sees samlet da både vikarer, overtid og ekstern innleie delvis finansieres av vakanser i faste stillinger og refusjoner som følge av permisjoner eller langtidssykefravær.

Samlede lønnskostnader inkl innleie (ekskl pensjon) viser et merforbruk på 19,1 mill kr sammenlignet med budsjett når også sykelønnsrefusjoner inkluderes. Merforbruket er i hovedsak knyttet til innleie av sykepleiere og leger fra byrå med 23,2 mill kr, samt innleie av leger over fast lønn med 11,3 mill kr. Sammenlignet med 2008 ble kostnad for innleie fra firma likevel noe redusert i 2009. Lønn til egne ansatte (lønn til fast ansatte, vikarer, overtid, tilskudd og refusjoner, samt annen lønn) i 2009 viser en besparelse i forhold til budsjett på 4 mill kr. Prognosen satt pr november hadde en forventning om merforbruk på 13 mill kr. Forbedringen på 17 mill kr er knyttet til noe lavere lønnskostnad, bl.a helligdagstillegg og nyansettelser i forbindelse med ny aktivitet i psykiatrien, samt reduksjoner i ulike lønnsavsetninger i forbindelse med årsavslutning.

Merforbruk fast lønn var på 4,5 mill kr i 2009, og er lavere enn prognose. Endring i avsetninger er knyttet til overlegepermisjon, opptjent/ikke avvirket ferie og avspasering, samt inntektsføring av avklarte lønnsavsetninger for utenlandsk arbeidsgiveravgift og feriepengene. Overlegepermisjon var i prognosen forutsatt å øke ved årets slutt, men ved tertialvis gjennomgang viste det seg at avsetningen kunne reduseres. I tillegg ble ekstraavsetning fra tidligere på 2 mill kr utover avsetningskravet fra Helse Nord reversert. Netto utgjorde overlegepermisjon alene en forbedring mot prognosen på 5,3 mill. Vikarer og overtid viser omtrent samme forbruk i 2009 som i 2008. Refusjoner knyttet til arbeidskraft ble ca 1,5 mill kr høyere enn forutsatt i prognosen. Det vises til kommentarer lenger bak i dokumentet knyttet til bemanningsutvikling i 2009.

Ved inngangen til 2009 var det budsjettert med uløste krav på totalt 58 mill kr knyttet til fast lønn. Det samlede budsjettavviket knyttet til postene for lønn og innleie i 2009 ligger betydelig under dette, og viser at tiltaksarbeidet i 2009 innenfor dette området har gitt effekt.

Pensjonskostnad er i 2009 bokført i hht. aktuarberegning fra januar 2010. I budsjett 2009 ble pensjonskostnaden redusert i starten av året med 14 mill kr, med tilsvarende reduksjon i basisrammen. I budsjett 2010 er disse midlene tilbakeført Nordlandssykehuset.

Besparelser for posten avskrivninger på 14 mill kr er knyttet utsettelse av planlagte investeringer i forhold til budsjett 2009. Denne besparelsen er høyere enn forventningen ved utgangen av november, og har sammenheng med at endelig avregning knyttet til investeringsprosjektene enda ikke var kjent. Nedskrivninger er i hovedsak knyttet til av anlegget i Røsvik.

Andre driftskostnader ga et endelig resultat mot budsjett på 1,4 mill i besparelse. I prognosen pr november ble det lagt til grunn et merforbruk på 17 mill kr. Forbedring mot prognose er knyttet til pasientreiser, lavere strømkostnad og reduksjon pasientskadeerstatning, samt lavere kostnader innenfor særskilte finansieringsordninger (sysselsettingsmidler) i 2009 enn

forutsatt. Posten andre driftskostnader hadde i 2009 uløste budsjettkrav på mellom 12-14 mill kr.

Driftskostnader i 2009 viser samlet merforbruk utover budsjett på 62,4 mill kr.

Finansposter

Tekst	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Avvik 2009
Finansinntekter	- 3 275	- 1 327	- 3 075	- 1 748
Finanskostnader	40 090	27 037	51 231	24 194
Finansielle poster	36 815	25 710	48 156	22 446

RE- Regnskap JB – Justert budsjett

Netto besparelse på finansposter i 2009 er knyttet til bedre likviditet og lavere rente i 2009 enn budsjettet. Det ble tatt opp et investeringslån i juli på 130 mill kr. Bedre likviditet i slutten av 2008 gjorde at låneopptak ble utsatt så lenge som mulig. I vedtatt budsjett var det forutsatt et låneopptak i starten av året. Redusert låneopptak i 2009 er knyttet til at hele investeringsrammen ikke ble brukt i 2009 og at resterende lånefinansiering i 2009 overføres til 2010. Samlet besparelse mot budsjett i 2009 ble på 22,5 mill kr, og dette er en forbedring på om lag 2 mill kr sammenlignet med prognosen i november.

Gjennomføring av tiltak

Omstillingsutfordringen ved inngangen til 2009, i forhold til et resultatkrav på 10 mill kr i overskudd, var estimert til om lag 127 mill kr. Tiltakskravene ble i sin helhet fordelt på klinikkene i form av krav til kostnadsreduksjon og inntektsøkning sammenlignet med drift i 2008.

Ut fra vurdering av Nordlandssykehusets samlede driftsresultat ved utgangen av november måned i 2009, prognose for driftsåret 2009 og vurderinger som var lagt til grunn fra de enkelte klinikker ved utgangen av oktober, ble prognose for tiltakseffekter stipulert til om lag 82 mill kr for 2009. Samlet driftsresultat pr 31.12.2009 viste en resultatforbedring på om lag 35 mill kr i forhold til årsprognosen slik den ble estimert ved utgangen av november. Store deler av denne resultatforbedringen er imidlertid knyttet til forhold som ikke er relatert til driften i klinikkene, for eksempel etterbetaling av ISF-inntekter fra 2008, reduksjon i renter og avskrivninger i hht plan og inntektsføring av midler som har kostnadsoverheng inn i 2010 (omstillingsmidler og tilskudd til pandemi). Ved korrigering av årsresultat i forhold til disse postene estimeres effekt av det samlede tiltaksarbeidet i 2009 til i størrelsesorden 90-95 mill kr.

De største positive effektene av tiltaksarbeidet i 2009 er knyttet til hode/bevegelsesklinikken, medisinsk klinikk, psykiatri/rusklinikken og stabsfunksjonene.

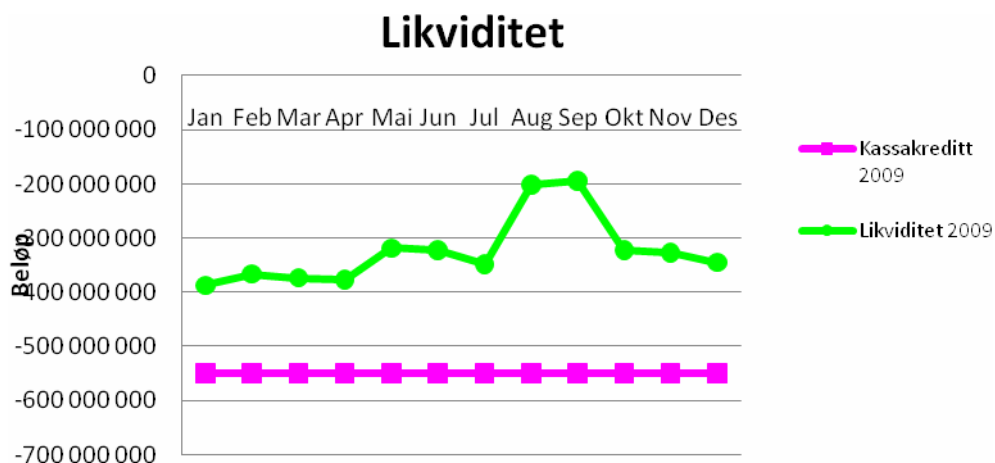
Nedenfor vises resultat pr klinikk og stabsavdeling i 2009. Ny klinikkorganisering ble ikke fullt ut implementert i økonomisystemet i 2009 fordi en valgte å videreføre rapporteringsstruktur før omorganiseringen ut 2009. Dette fordi klinikkorganiseringen formelt skjedde pr 01.09.2009. I hovedsak betyr dette at Lofoten og Vesterålen bare delvis er fordelt på de nye klinikkene.

KLINIKK/AVD	RE 2008	RE 2009	JB 2009	Avvik 2009	Avvik DRG-inntekt *	Netto avvik 2009
Akuttmedisinsk klinikk	160 226	166 023	153 864	-12 159	-64	-12 223
Bygg	128	180	249	69		69
Diagnostisk klinikk	195 244	202 602	197 279	-5 323		-5 323
Direktør	14 811	15 305	16 956	1 650		1 650
Drift og eiendom	296 619	294 210	302 430	8 220		8 220
Fagavdeling	112 115	125 160	131 533	6 373		6 373
Felles	-2 275 945	-2 533 640	-2 470 258	63 382	15 490	78 872
Gjestepasientoppgjør	88 943	94 150	77 466	-16 684		-16 684
Hode-og bevegelsesklinikk	118 407	121 729	129 849	8 120	-6 942	1 178
Kvinne/Barn klinikk	95 093	97 756	91 903	-5 853	-523	-6 376
Kirurgisk og ortopedisk klinikk	151 388	162 954	148 686	-14 268	-1 382	-15 650
Lofoten*	85 553	99 645	80 634	-19 011		-19 011
Medisinsk klinikk	205 610	217 994	222 823	4 829	-6 579	-1 750
Personal avdeling	35 415	38 654	37 215	-1 439		-1 439
Psykisk helse og rusklinikk	345 571	383 532	397 996	14 464		14 464
Prehospital klinikk	151 413	161 042	145 605	-15 437		-15 437
Pasientreiser	149 145	162 161	151 490	-10 671		-10 671
Vesterålen*	117 958	120 527	102 393	-18 134		-18 134
Økonomi	62 484	67 457	71 887	4 430		4 430
Resultat 2009	110 174	-2 559	-10 000	-7 441	0	-7 441

*ISF-inntekt for Lofoten og Vesterålen er inkl i disse sumnivåene, mens ISF-inntektene i Bodø er ført sentralt under Felles.

Det positive budsjettavviket innenfor ansvarsområdet Felles omfatter blant annet besparelser knyttet til finansposter og lønnsoppgjør, samt periodiseringskonti og andre fellesområder.

Likviditet og investeringer



Likviditeten ble bedre enn forventet i 2009 fordi fremdriften i utbyggingsprosjektene ikke var like stor som forutsatt, investeringer i utstyr fikk ikke samme fremdrift som budsjettet, samt at resultatet ved utgangen av året ble bedre enn forventet. Forsinkelsene i investeringene vil medføre at noe av den likviditetsmessige utfordringen forskyves til 2010, da investeringsplan ikke er endret verken på utbyggingsprosjektene eller på utstyr.

Investeringer 2002-2009	Ramme 02-08 overført 09	Ramme 09	Investert hittil 09	Forbruk av ramme
IKT utstyr	1 360	653	784	39 %
IKT plattform prosjekt		200	127	63 %
Microsoftlisenser 2009	-10 771	10 771		
Medisinteknisk utstyr	11 515	15 836	2 917	11 %
Utstyr/ombygging	377			
DTEK prosjekter	-7 412	8 796	3 451	249 %
Digital journal	48			
RONA Pacs	269			
Aksjer Lofoten Samdriftskjølken AS			500	
Ufordelte rammer	29 441	-17 226		
EK KLP	-6 621	13 905	7 308	100 %
Kroniker satsning		1 065	1 050	99 %
Omstillingsmidler		6 600	1 715	26 %
Tiltakspakke DTEK		8 600	6 106	71 %
Investeringer pandemi 2009		4 100	3 175	77 %
SUM øvrig ramme	18 205	53 300	27 132	37,9 %
Prosjekter:				
Stokmarknes	34 801	20 000	24 768	45 %
OTP VOP Rønvik	-1 474	60 000	54 055	92 %
OTP BUPA 10 nye døgnplasser	934			
OTP modernisering Lofoten (psykiatri)	-15 803			
Fellsekostnader OTP psykiatri	2 496			
Lokaler for arbeidstrening	110			
BUPA familieavdeling	1 185			
Nye røntgen lab 3,4,5,7 og 9	12			
Hovedprosjekt trinn 1	4 721		1 913	41 %
Hovedprosjekt trinn 2-5	50 934	232 900	155 907	55 %
Ankomstregistert fakt. 2009			4 640	
Modernisering Lofoten (somatikk)	-325			
BUP/VOP Lofoten tilbygg	48			
Varmerør 59 bygget NPS	-135			
Dagkirurgi/mammografi og IB	23			
SUM total	95 731	366 200	268 415	58,1 %

Hele utstyrsrammen har ikke kommet til utbetaling i 2009, men forventes brukt i 2010. Investeringer i forbindelse med omstillingsmidler og tiltakspakke er godt i gang, men her gjenstår en del. Dette arbeidet blir videreført i 2010.

Når det gjelder de store utbyggingsprosjektene har ikke de nådd den budsjetterte fremdriftsplanen, spesielt innenfor somatikk Bodø som i 2009 bare har benyttet 55 % av investeringsrammen.

Psykiatriprosjektet er i avsluttet og bygget ble tatt i bruk i oktober. 92 % av rammen er benyttet i 2009 og det vil komme slutfakturaer på prosjektet i en periode fremover. Prosjektet vil holde seg innenfor den tildelte rammen. Prosjektet i Vesterålen har benyttet 45 % av rammen i 2009 og vil heller ikke benytte alt i 2010. I 2010 vil det også her bli økt aktivitet.

Personal

Bemanning

Foretaket hadde i 2009 gjennomsnittlig 3.166 årsverk og et gjennomsnitt på 3.686 ansatte i hel- og deltidsstillinger. I 2008 utgjorde tilsvarende tall 3.211 årsverk fordelt på 3.691 ansatte. Dette er basert på faktiske utlønninger.

Nedgangen er knyttet til tiltaksplaner ifm gjennomførte omstillingstiltak.

Foretaket har til sammen 25 lærlinger innen ambulanse- og helsefag. Det utdannes, eller bidras til løpende utdanning av lege-, sykepleie- og psykologspesialister i tillegg til årlige inntak av studenter innen de ulike yrkesgrupper.

Likestilling og alderssammensetning

Styret i Nordlandssykehuset HF bestod ved utgangen av 2009 av 4 menn og 7 kvinner.

Ledelsen (dir/ass.dir, klinikk- og stabssjefer) har etter klinikketableringen bestått av 9 menn og 5 kvinner.

26% av alle ansatte i foretaket er menn, noe som er en svak økning fra 2008. Gjennomsnittsalderen for de ansatte er 45 år.

Det har ikke blitt gjennomført overordnede kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. I forbindelse med lokale tariffoppgjør vektlegges imidlertid likelønn der denne problemstillingen er særskilt aktuell. Ved rekruttering behandles menn og kvinner likt.

Sykefravær

Nordlandssykehuset hadde i 2009 et gjennomsnittlig sykefravær på 9 %. Fraværet i 2008 var på 9,5 %. Målet har vært å komme ned på 7,5 % i 2009. Oversikten nedenfor viser en nedgang i langtidsfraværet fra 2008 til 2009, mens korttidsfraværet har gått litt opp.

Sykefraværet fordeler seg slik:

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
Langtidsfravær over 16 dager	6,3 %	6,8 %
Fravær inntil 16 dager	2,7 %	2,6 %

Langtidssykemeldte følges opp i henhold til intensjonene i IA –avtalen og det er etablert et systematisk samarbeid med NAV - etaten.

Sykehuset har ikke igangsatt større nye tiltak i egenregi i 2009, men inngikk i et samarbeid med Bodø kommune og andre bedrifter i et nytt prosjekt, "Freskt Bodø". Erfaringene fra dette prosjektet tenkes benyttet mot hele sykehuset.

Rekruttering

Tilgangen på de ulike personellgrupper varierer fra år til annet. Det er særlig konkurranse om legespesialister, og manglende tilgang på disse har medført innleie både i Bodø og i Lofoten og Vesterålen. Som et rekrutteringstiltak for denne gruppen har sykehuset etablert stipendordning under gruppe I- tjeneste. Det er etablert bindingstid tilknyttet ordningen.

Det utdannes spesialsykepleiere innen ulike fagfelt i et samarbeid med høgskolen. Sykehuset yter utdanningsstøtte med bindingstid også til denne gruppen.

I forbindelse med manglende søkertilfang, samt ved ferieavvikling, benyttes det innleie spesielt hva angår legespesialist- og sykepleiergruppen.

Det har vært vanskelig å rekruttere og beholde ansatte innen håndverkergruppen. Særskilte lønnstiltak har vært benyttet for å sikre stabilitet.

For å sikre framtidig rekruttering har sykehuset 20 lærlingeplasser innen ambulansefaget, samt 5 innen helse- og sosialfag. Sistnevnte gruppe planlegges økt i 2010 pga forventet turnover i kommende år.

Sykehuset tok i 2009 i mot de første medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø, i tillegg kommer studenter som årlig er i praksis fra ulike andre yrkesgrupper.

Utvikling årsverk

Intern1 (T)	200809	200810	200811	200812	200909	200910	200911	200912	Siste periode	
									i fjor	i år
Sum Fast lønn inkl. tillegg	2 773	2 776	2 783	2 777	2 766	2 831	2 835	2 842	65	7
Sum Vikarer inkl. tillegg	239	232	246	258	266	240	265	263	5	-2
Sum Overtid og ekstrahjelp	154	141	167	163	126	129	146	154	-9	9
Sum Andre lønnskostnader	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Sum Innleie av fagpersonell	79	74	66	157	117	100	70	112	-45	41
Sum Refusjon lønn	-31	-36	-34	-43	-31	-32	-30	-33	10	-3
Totalt	3 214	3 188	3 230	3 313	3 244	3 268	3 286	3 339	26	52

Tabellen ovenfor viser regnskapsførte, utlønnede månedsverk, hvor variabel lønn er periodisert i tråd med regnskapsføringen, og ikke utlønningen. Dette betyr at månedsverkoversikten er mulig å se i sammenheng med hva som er regnskapsført på tilhørende lønnsarter måned for måned.

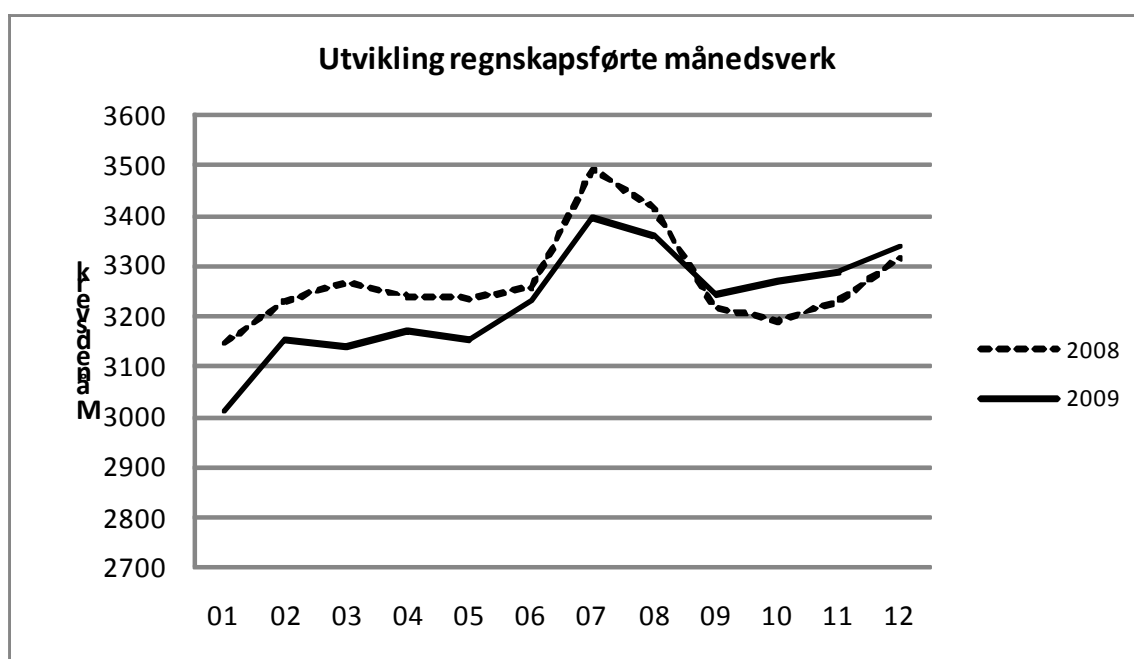
Tabellen inkluderer også omregnet innleie fra firma og refunderbart fravær. Innleie fra firma er inkludert med regnskapsførte kostnader i perioden. Disse er omregnet til månedsverk basert på en ukesats for leger og en ukesats for andre. Det gjøres oppmerksom på at det kan være et ikke ubetydelig etterslep på fakturaer fra disse firmaene slik at disse månedsverkene ikke er kommet med i riktig periode.

Refunderbart fravær omfatter sykefravær over 16 dager og fødselspermisjoner. Antall månedsverk er basert på omregnede faktiske dagsverk fravær innenfor disse kategoriene.

Tabellen er ikke direkte sammenlignbar med gjennomsnittlig antall årsverk i første avsnitt grunnet ovenfornevnte tilpasninger.

Av tabellen fremgår utviklingen i utlønnede månedsverk for de fire siste måneder (regnskapsavslutninger) og tilsvarende perioder ett år tilbake. Sammenlignet med siste periode i fjor er det en økning på 26 månedsverk. Av dette utgjør 65 månedsverk fast lønn, blant annet innenfor områdene psykiatri og pasienttransport. For psykiatri er økning i månedsverk knyttet til nye tilbud innenfor dømt til behandling med om lag 21 månedsverk og spiseforstyrrelser med om lag 23 månedsverk. For pasienttransport er det en økning på 13 månedsverk knyttet til overtakelse av ansvar for enkeltoppgjør pasienttransport. Justert for månedsverk som knyttes til nye oppgaver er månedsverkforbruket i realiteten redusert sammenlignet med 2008.

Figuren under illustrerer forbruket av månedsverk.



Utvikling årsverk

Skader personell

Foretaket har etablert system for avviksrapporing innen området helse- miljø og sikkerhet.

I 2009 har det vært registrert til sammen 273 ulike arbeidsrelaterte skader. Det er registrert en liten nedgang ift 2008. 181 av skadene rettet seg mot ansatte innen psykiatri. 10 % av skadene er meldt videre til NAV og/eller forsikringsselskap.

Aktivitet

Somatikk

	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	Antall
Antall opphold	17 783	17 195	-3,3 %	3 502	3 553	1,5 %	4 420	4 344	-1,7 %	25 705	25 092	-2,4 %	-613
Heldøgnsopphold	4 030	3 950	-2,0 %	1 241	1 525	22,9 %	1 143	1 600	40,0 %	6 414	7 075	10,3 %	661
Elektive dagopphold	6 035	6 307	4,5 %	945	902	-4,6 %	1 434	1 343	-6,3 %	8 414	8 552	1,6 %	138
DRG-fin konsultasjoner	86 203	84 174	-2,4 %	13 012	15 233	17,1 %	18 053	17 803	-1,4 %	117 268	117 210	0,0 %	-58
Konsultasjoner med ISF- refusjon													

Aktivitet for heldøgns pasienter viser en nedgang på 2,4 % sammenlignet med 2008. Reduksjonen er knyttet til både Bodø og Vesterålen hvor det er en nedgang på henholdsvis 3,3 % og 1,7 %. Lofoten viser en økning på 1,5 %. Aktiviteten ligger 8 % under plantall for 2009.

Når det gjelder elektive dagopphold viser aktiviteten totalt for sykehuset en økning på 10,3 % og dette er også 40 % høyere enn årsplan. Økningen gjelder både Lofoten og Vesterålen og kan i hovedsak forklares med økning i dialyse pasienter.

Poliklinisk aktivitet målt som DRG- finansierte konsultasjoner, viser en økning på 1,6 %. Dette er ca 1 % lavere enn plan.

Konsultasjoner som har gitt ISF- refusjon er samlet sett om lag på nivå med 2008, men ligger 5 % lavere enn plan for 2009.

Psykisk helsevern

Voksenpsykiatri

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	Antall
Antall utskrevne - døgbehandl.	1 411	1 486	5,3 %				416	430	3,4 %	1 827	1 916	4,9 %	89
Antall liggedøgn - døgbehandl.	49 017	48 477	-1,1 %				3 921	4 077	4,0 %	52 938	52 554	-0,7 %	-384
Antall oppholdsdager - dagbehandl.	3 239	3 494	7,9 %				904	970	7,3 %	4 143	4 464	7,7 %	321
Antall pol.ki.konsultasjoner	12 856	13 093	1,8 %	7 564	8 101	7,1 %	4 741	5 694	20,1 %	25 161	26 888	6,9 %	1 727

Antall utskrivninger innenfor voksenpsykiatrisk virksomhet økte i 2009 med 4,9 %, mens antall liggedøgn ble redusert med 0,7 % i forhold til 2008. Dette indikerer at gjennomsnittlig liggetid per utskrivning har gått ned. Sammenlignet med plantall for 2009 ligger antall utskrivninger 14 % over, mens antall liggedøgn 4 % under plan.

Antallet oppholdsdager – dagbehandling i voksenpsykiatri har totalt økt med 7,7 %, men er fortsatt 13 % under plan. Økningen i dagbehandling omfatter virksomheten både i Vesterålen og i Bodø. Den positive utviklingen har sammenheng med økt fokus på dagbehandling. I Vesterålen har enheten på Andenes dreid fokus mot dagbehandling, samtidig som man på Straume økte antallet pasienter i dagbehandling.

Polikliniske konsultasjoner har samlet økt med 6,9 % i forhold til 2008, men er fortsatt 22 % under plan for 2009. For poliklinikk er økningen forholdsmessig størst i Vesterålen.

Barne – og ungdomspsykiatri

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	Antall
Ant. utskrevne - døgnbehandl.	100	118	18,0 %							100	118	18,0 %	18
Ant. liggedøgn - døgnbehandl.	5 632	5 565	-1,2 %							5 632	5 565	-1,2 %	-67
Ant. oppholdsdager - dagbehandl.	148	0	-100 %							148	0	-100 %	-148
Ant. pol.ki.konsultasjoner	16 817	17 001	1,1 %	4 142	3 496	-15,6 %	3 871	3 864	-0,2 %	24 830	24 361	-1,9 %	-469
Antall tiltak	26 152	28 486	8,9 %	5 455	4 945	-9,3 %	5 415	5 292	-2,3 %	37 022	38 723	4,6 %	1 701

Aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatri viser en positiv utvikling. Antall utskrivninger i 2009 er 18 % høyere enn i 2008, mens antall liggedøgn ble redusert med 1,2 % i samme periode. Antall utskrivninger er også 31 % høyere enn plan for 2009, mens liggedøgn er 9 % under plan. Dette innebærer at gjennomsnittlig liggetid ble redusert innenfor barne- og ungdomspsykiatri.

I 2008 ble 3 plasser for dagbehandling i ungdomsavdelingen omgjort til døgnplasser, og dette er årsaken til at det ikke er registrert aktivitet for dagopphold i år.

Poliklinisk aktivitet målt som refusjonsberettigede konsultasjoner er redusert med 1,9 % mens antall tiltak er økt med 4,6 %. Denne økningen gjelder for Bodø. Både Lofoten og Vesterålen hadde reduksjon i aktivitet i forhold til 2008.

Polikliniske konsultasjoner ligger 18 % over plan for 2009, mens antall tiltak ligger 25 % over plan for 2009.

Rusomsorg

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	2008	2009	Endr.	Antall
Antall pol.ki.konsultasjoner	1 724	1 580	-8,4 %							1 724	1 580	-8,4 %	-144

Ved Nordlandssykehuset HF er det kun Salten psykiatriske senter (SPS) i Bodø som har rusteam som egen enhet og hvor aktiviteten er registrert under rusomsorg. I øvrige poliklinikker er behandling av denne gruppen pasienter registrert som en del av psykiatrisk aktivitet.

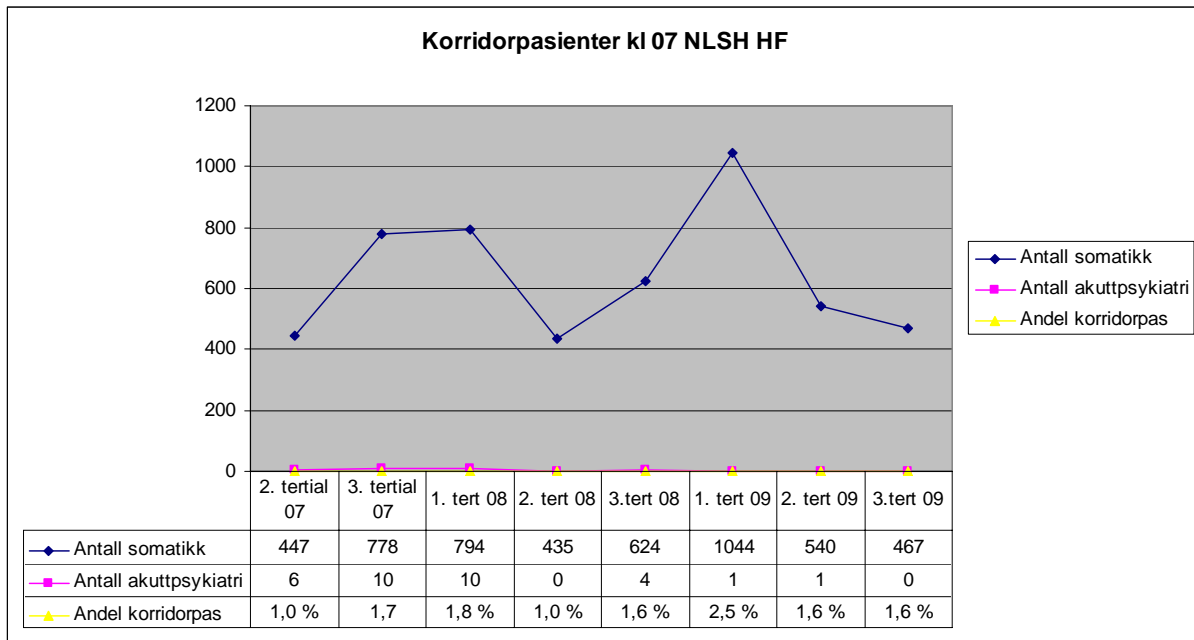
Polikliniske konsultasjoner ved rusteamet i Bodø er redusert med 8,4 % i forhold til 2008 og dette er også 25 % lavere enn plan i år.

Årsaken til at antall konsultasjoner i rusomsorgen er redusert skyldes i hovedsak manglende bemanning (både behandlere, leder og merkantil) ved rusteamet i Bodø.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

De nasjonale kvalitetsindikatorne korridorpatienter, epikrisetid og strykninger fra operasjon er valgt ut som særskilte satsingsområder innenfor NLSHs kvalitetsforbedrende arbeid. Nedenfor følger en gjennomgang av disse. For resultat på øvrige kvalitetsindikatorer vises til egen oppstilling i regneark.

Korridorpasienter kl 07



Tabellen over viser resultat for foretaket for de siste to år samt resultat for 2. og 3. tertial 2007. Her følger kommentarer til dette fra den enkelte klinikk.

Medisinsk klinikk

Bodø

I 2008 var det registrert 566 liggedøgn på korridor. I 2009 var det registrert 507 liggedøgn på korridor, hvor vi kan se en trend med lavere antall korridor døgn siste halvdel av året.

Fordelingen var 369 korridor døgn fra januar til og med juni, mens i perioden juli til og med desember var det registrert 138 korridor døgn.

Vi mener at det er flere bevisste tiltak som har ført til nedgang i korridorpasienter:

- gir behandling på riktig behandlingsnivå (poliklinikk, dag og innleggelse)
- aktiv bruk av observasjonssenger
- bedret pasientforløp og logistikk
- tett og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten som har medført at
- utskrivingsklare pasienter får raskere kommunalt tilbud når det er behov for det.

Vi har i samme periode redusert antall senger fra 83 til 66.

Lofoten

hadde forholdsvis mange pasienter i korridor både i 2008 og 2009, men det er vanskelig å trekke ut hva som skyldes kirurgisk, medisinsk eller psykiatrisk aktivitet. Etter oppsplitting av sengeområdet mellom KIRORT klinikk og Medisinsk klinikk med psykiatriske senger, ser vi en tendens med stort overbelegg.

På bakgrunn av de erfaringer vi har høstet i Bodø, er vi gang med prosesser i Lofoten mot liknende driftsopplegg som i Bodø. Vi har stor tro på at antall korridorpasienter skal reduseres betydelig.

Vesterålen

Også Vesterålen har hatt mange korridorpasienter, 235 i 2008 og 147 i 2009. Reduksjonen kan skyldes tilfeldige variasjoner, men vi ser også noe nedgang i antall innleggelser det siste året. Det at det over tid har vært satt fokus på at enkelte kommuner ikke har greid å ta i mot utskrivingsklare pasienter, kan ha fått effekt i 2009.

På bakgrunn av de erfaringer vi har høstet i Bodø, er vi gang med prosesser også i Vesterålen mot liknende driftsopplegg som i Bodø. Vi har stor tro på at antall korridorpasienter skal reduseres betydelig.

Kirurgisk klinikk, Bodø

	2006	jan	febr	mars	april	Mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	Sum
A6 kir avd post 1	2	11	8	1	1	0	0	0	0	0	1	6	2	32
B6 kir avd post 2	5	2	0	0	0	9	1	1	0	0	0	5	0	23
A5 ortopedden	34	39	21	16	10	12	23	7	12	27	12	12	12	225
2007														
A6 kir avd post 1	12	3	11	9	2	0	11	6	11	26	11	6	108	
B6 kir avd post 2	0	1	18	0	3	1	0	3	6	11	13	4	60	
A5 ortopedden	18	31	30	40	7	11	8	16	22	38	45	27	293	
2008														
A6 kir avd post 1	0	3	6	1	0	1	0	33	0	1	3	19	67	
B6 kir avd post 2	2	15	3	15	2	0	0	6	2	9	1	11	66	
A5 ortopedden	27	46	47	45	39	9	13	8	35	28	39	23	359	
2009														
A6 kir avd post 1	12	17	9	41	29	68	32	39	4	17	36	24	328	
B6 kir avd post 2	21	11	13	9	1	6	1	2	9	14	5	10	102	
A5 ortopedden	36	20	72	9	17	22	3	6	6	19	23	39	272	

Som det fremgår av oversikten over, har det vært betydelig overbelegg på sengepostene i 2009. Kirort klinikk har satt i gang en hel rekke tiltak i forhold til synergi mellom postene og i forhold til utskrivningsklare pasienter. Det arbeides også i forhold til å styrke bemanningen i forhold til A6, og man ser for seg en utlokalisering av store pasientgrupper, som endoscopy pasienter og palliative pasienter.

I Lofoten vil man arbeide på samme måte som medisinsk klinikk. Krittisk suksessfaktor her er at man får redusert liggetider og tidligere utskrivning til kommunehelsetjenesten.

Vesterålen har ikke problemer med korridorpasienter.

Klinikk for kvinne og barn

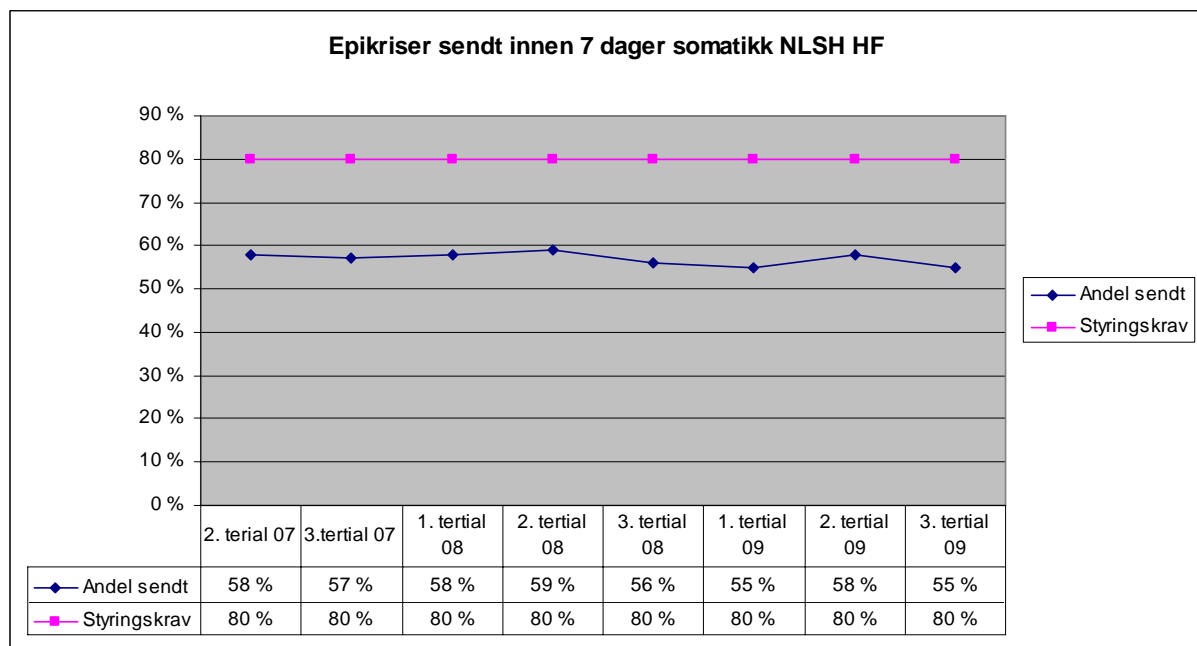
Som hovedregel kan vi si at dette ikke er noe problem i klinikken verken i Vesterålen, Bodø eller Lofoten. Det var kun på våren i 2009 at vi hadde korridorpasienter på barneavdelingen. Dette var i forbindelse med luftveisinfeksjoner og ø-hjelp.

Klinikk for hode og bevegelse

Vi dreier virksomheten mot økt dagbehandling innenfor alle fagområdene. Vi jobber også med pasientforløp innenfor rehabilitering. Vi etablerer ART (Ambulant Rehabiliterings Team) med siktemål om et bedre samarbeid med kommunene om utskrivingsklare pasienter. Vi etablerer en felles sengepost for Nevro/ ØNH/kjeve, revma, ØYE og Rehab.

Epikriser sendt innen 7 dager

Somatikk



Tabellen over viser resultat på epikrisetid for foretaket for de siste to år samt resultat for 2. og 3. tertial 2007. Resultatet for det enkelte tertial er forholdsvis stabilt, og foretaket er fortsatt et godt stykke fra nasjonalt målkrav på 80 %. Her følger kommentarer til dette fra den enkelte klinikk.

Medisinsk klinikk

Epikrisetiden varierte noe i 2008 og 2009, både i Lofoten, Vesterålen og Bodø. Mest stabil var epikrisetiden i Bodø, der vi for det meste har levert epikriser opp mot måltall.

I Medisinsk klinikk i Bodø har vi løst dette med at vi leverer epikrise til pasientene ved utskrivning. Denne epikrisen har det nødvendige innhold med tanke på diagnose, behandlingsopplegg, medikamenter og oppfølging. Endelig epikrise blir ferdigstilt etter nødvendig kvalitetssikring av innhold og kodekvalitet.

Vi ser for tiden på om liknende system skal innarbeides i Lofoten og eventuelt Vesterålen.

Kirurgisk klinikk

Særlig innenfor ortopedisk og kirurgisk akse i Bodø er det levert epikriser over tid vesentlig under måltall. Som en følge av dette ble det i desember 2009 igangsatt et prosjekt som tar

sikte på å treffe tiltak som raskt kan korrigere klinikkens resultater og på denne måten også bidra til at sykehuset totalt sett når de målsettinger som er satt på dette området. Det har i prosjektet blitt lagt vekt på å etablere en bredt sammensatt arbeidsgruppe, god og grundig informasjon og deltakelse fra alle som vil bli berørt av endringen. Det er etablert nye og forbedrede rutiner, og disse ble iverksatt den 8. mars 2010.

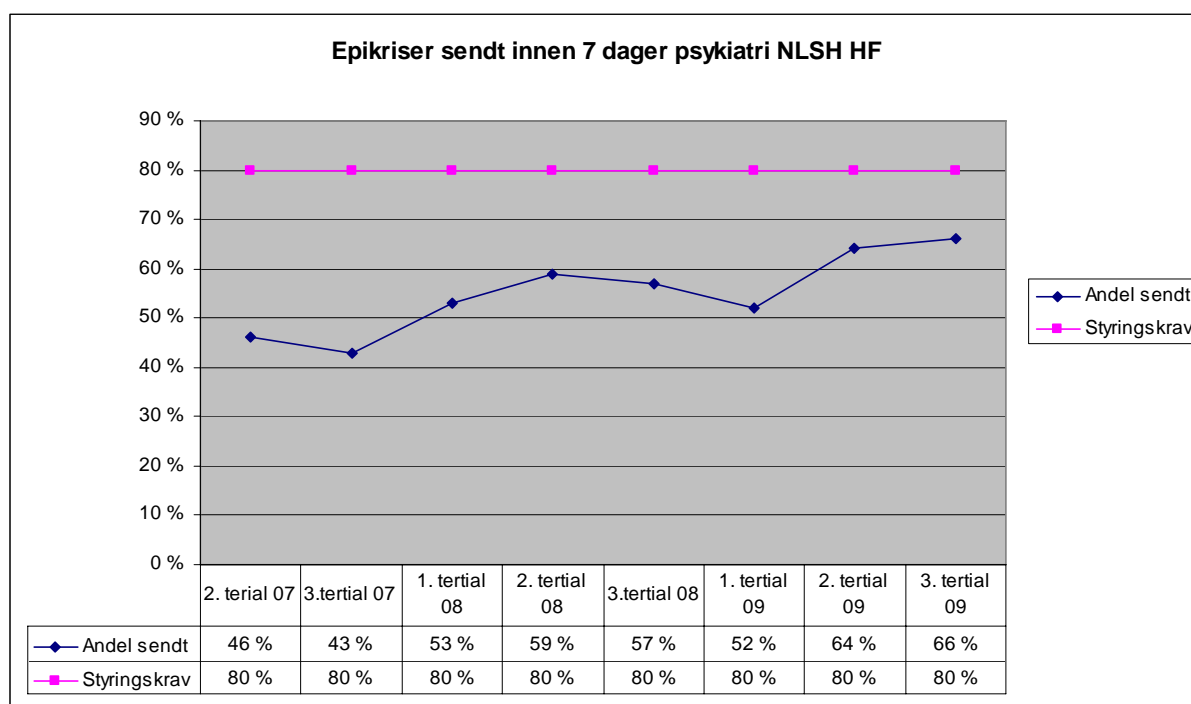
Klinikk for kvinne og barn:

Her har klinikken et alt for dårlig resultat når det gjelder Bodø. På bakgrunn av dette er det avtalt med OU avdelingen å gjennomføre eget prosjekt. Prosjektet skal være avsluttet og tiltak implementert innen 1. mai 2010. Vesterålen har i all hovedsak klart å holde fristen.

Klinikk for hode og bevegelse:

Vi har samlet merkantil tjeneste i en enhet som skal serve hele klinikken for å ta unna kø og bidra til å forkorte ventetid for epikriseskriving. Dette kjøres nå som et eget prosjekt med ekstra ressursinnsats. Epikrisetiden varierer mellom enhetene i klinikken. Rutinene skal generelt sett forbedres for å nå nasjonalt målkrav.

Psykiatri

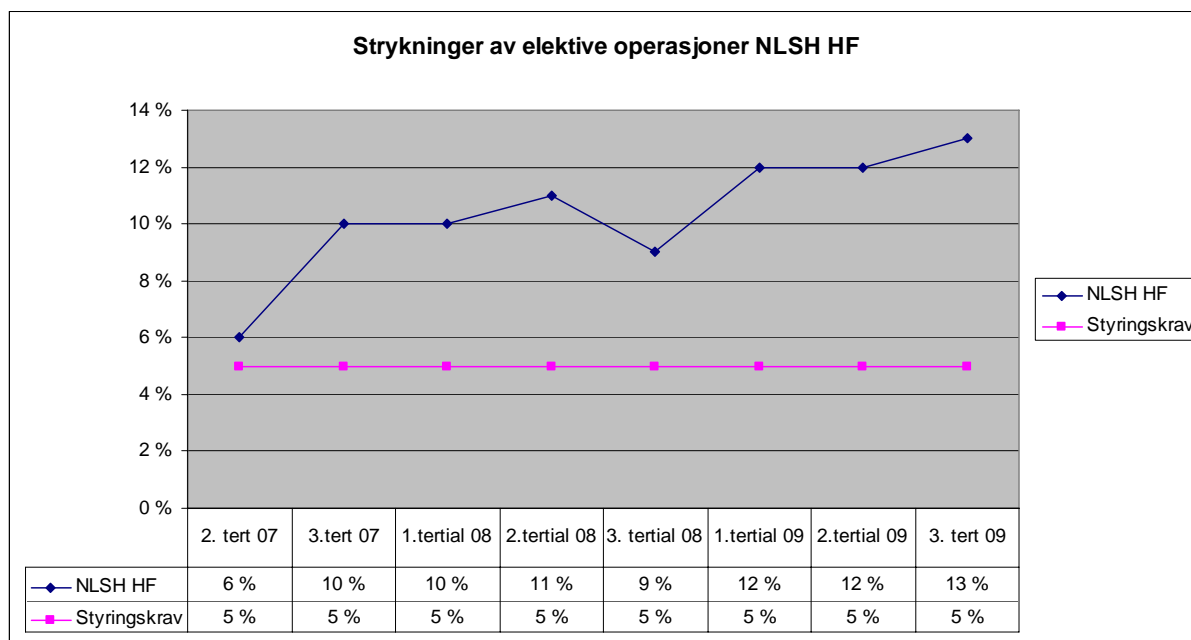


Tabellen over viser resultat på epikrisetid for Klinikk for psykiatri og rus samlet sett. Pga. de betydelige organisatoriske endringer i forbindelse med klinikkorganiseringen, samt mangler i Dips - rapportene, har vi ikke tall for epikrisetid fra 2008 og 2009 som lar seg sammenligne avdelingsvis. Generelt kan vi allikevel konstatere at det har vært en jevnt over positiv utvikling. De fleste av klinikkens avdelinger nærmer seg 80 % og mange av dem ligger overveiende på 90 - 100 %.

Epikrisetid vil være et av områdene vi kan risikostyre i 2010, og dette arbeidet vil vi gå i gang med i løpet av våren. Epikriser innenfor psykisk helse - og rus består av flere ord og færre tall enn innenfor somatisk virksomhet. Gjennomlesing og delvis betydelig behov for korrigerings

før signering tar mye av spesialistenes kapasitet og tid og kan bety en forsinkelse i utsending av epikriser.

Strykninger av planlagte operasjoner



Tabellen over viser resultat for foretaket for de siste to år samt resultat for 2. og 3. tertial 2007. Det er forholdsvis små variasjoner i resultat mellom de enkelte tertial i perioden. Det nasjonale resultatkravet på mindre enn 5 % stykning er ikke nådd. Her følger kommentarer til dette fra den enkelte klinikk.

AKUM

I forbindelse med implementering av tiltakene i "Prosjekt AKUM 2009" skal strykeprosenten til operasjon gå ned. Tiltakene skal legge til rette for god forutsigbarhet i forhold til gjennomføring av planlagt program. Det oppsatte program skal være avstemt mot planlagt tilgjengelig stue-, utstys- og personellressurs i operasjonssentralen og over mot postoperativ observasjon og behandling. Det etableres også et ØHJ-team som skal ivareta øyeblikkelig hjelp operasjoner slik at planlagt elektiv aktivitet kan gå mest mulig uforstyrret.

På Dagkirurgisk enhet går man i løpet av mars 2010 i gang med et LEAN-prosjekt som skal ta for seg pasientflyten inn mot dagkirurgisk operasjon. Dette prosjektet skal foreslå tiltak for å sikre at ikke pasienter blir strøket det siste døgnet før planlagt kirurgi. Avgjørelse om evt. strykninger må komme så tidlig at det er mulig å kalle inn annen pasient som erstatter. Implementering av tiltak vil skje fortløpende etter avsluttet prosjektarbeide.

Kirurgisk klinikk

Kirurgisk ortopedisk klinikk arbeider sammen med AKUM i prosjekt i forhold til å redusere strykninger. For egen del, er det viktig med bedre indikasjonsstillinger i forhold til operatør, og således vil rekruttering av leger være viktig. Klinikken er også avhengig av at man får en

seksjonering av ortopedi og at det opprettes en øyeblikkelig hjelp stue, og dette er gjennomført fra mars 2010.

Klinikk for kvinne og barn

Her har vi i 2009 lagt på ca 4% som er innenfor målet.

Klinikk for hode og bevegelse

Vi jobber tett opp mot AKUM for å finne bedre rutiner for å unngå strykninger. Vi ser også på bruken av operasjonsstuer for ØNH. Vi ser at vi har potensial på rutineforbedringer.

Helhetlig strategi HMS

I det videre følger en oversikt over HMS hovedaktiviteter som er gjennomført i 2009 for å sikre fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle medarbeidere i NLSH.

Opplæring i HMS for

- ledere
- medarbeidere
- verneombud og Arbeidsmiljøutvalg

HMS grunnkurs ble arrangert for ca. 80 ledere og nye verneombud høsten 2009. Dermed ble også et pålegg fra Arbeidstilsynet lukket mht mangelfull opplæring av verneombud.

Opplæring av nyansatte på spesifikke områder som kan innebære risiko for helse, miljø og sikkerhet blir gjennomført i den enkelte enhet/klinikk/stabsavdeling. Vi har ikke innhentet data som kan indikere omfanget av denne opplæringen i 2009.

Systematisk kartlegging av arbeidsmiljø

For å skaffe oversikt over behov for å utbedre det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet både på gruppe- og individnivå, skal det gjennomføres kartlegging basert på følgende:

- Årlige vernerunder – hvor fokus veksles mellom organisatorisk/psykososialt arbeidsmiljø, fysisk arbeidsmiljø/arbeidslokaler, ergonomi og arbeidsmiljø knyttet til kjemiske og biologiske faktorer.
- Særskilt arbeidsmiljøkartlegging - dypdykk basert på indikasjon om behov for mer omfattende kartlegging enn det vernerunden skal ivareta.
- Medarbeidertilfredshetsmålinger – med fokus på ledelse, utvikling, samarbeid, rivalisering, jobbtilfredshet, medvirkning, pasientorientering, kvalitetsfokus, HMS og kompetanse.
- Medarbeider-/utviklingssamtaler – med fokus på arbeidsmiljø og trivsel, kompetanse og utvikling, samspill leder/medarbeider, arbeidsoppgaver og resultat samt balanse mellom arbeidsoppgaver og tidsressurs.

Oppfølging og forbedringstiltak skal iverksettes basert på kartleggingen, og de vedtatte tiltak som gjelder for flere enn en enkeltperson skal beskrives i HMS handlingsplanen.

Linjelederne på hvert nivå er ansvarlig for kartlegging og oppfølging.

Gjennomføring/utkvittering på aktivitetene skal fremgå av HMS-handlingsplanen til den enkelte. Det er ikke sammenstilt rapporter på foretaksnivå for å illustrere funn/resultat og omfang av de ulike kartleggingene. Resultatene/rapportene må således vurderes hver for seg for de deler av virksomheten de angår.

Høsten 2009 ble det forberedt en større medarbeiderundersøkelse/kartlegging av arbeidsmiljø som omfatter alle medarbeiderne i NLSH. Resultatene fra denne kartleggingen blir presentert på enhets-, klinikk- og foretaksnivå i februar 2010. Kartleggingen gjøres som ledd i å lukke pålegg fra Arbeidstilsynet relatert til ubalanse mellom oppgaver og ressurser.

Konflikthåndtering og forebygging av mobbing/trakassering

Håndtering av konflikter og forebygging av mobbing/trakassering skal bidra både til å sikre ivaretagelse av den enkelte medarbeider og arbeidsmiljøet for gruppen.

I ambulansetjenesten har noen medarbeidere gitt uttrykk for opplevelser som tenderer i retning av mobbing og trakassering. Noe av bakgrunnen for dette antas å være at det er knyttet fysiske krav til ambulansepersonellet og oppsigelser av ansatte som ikke oppfyller kravene.

Arbeidstilsynet har gitt pålegg relatert til bedre opplæring av ledere i ambulansetjenesten. Dette vil bli gjennomført med sikte på at lederne også skal bli bedre til å håndtere vanskelige saker og til å forebygge opplevelse av trakassering/mobbing.

Ellers i foretaket er det ikke registrert forhold som tyder på at ansatte opplever seg utsatt for dette i nevneverdig grad.

Omstilling

Ved omstillingsprosesser gjelder egne retningslinjer som skal bidra til å sikre tilstrekkelig fokus på arbeidsmiljø, og at ansatte gis mulighet til innflytelse på egen arbeidssituasjon.

Retningslinjene/prosedyrene for omstilling ble gjennomgått og revidert i 2009.

Det er gjennomført betydelige og krevende omstillingstiltak som har berørt alle ansatte i større eller mindre grad. Som eksempler på dette nevnes etablering av ny klinikkstruktur med gjennomgående enhetlig ledelse i hele foretaket og beslutning om nedlegging av Røsvik bo- og behandlingssenter. Retningslinjene for omstilling har vært lagt til grunn for prosessene som i hovedsak har vært gjennomført med enstemmige vedtak i AMU. Dette illustrerer at HMS-arbeidet relatert til noen av de vanskeligste omstillingene har fungert i henhold til HMS-systemets intensjon.

Sykefraværsoppfølging

System for sykefraværsoppfølging skal bidra til å sikre god ivaretagelse av den enkelte medarbeider samt aktivt arbeid med forebygging av sykefravær.

Resultatet for sykefravær og arbeidet med å forbedre dette er kommentert særskilt i et annet kapittel av årsmeldingen.

Livsfase-/seniorpolitikk

Seniorpolitikk skal bidra til å sikre den enkelte medarbeider god ivaretagelse gjennom hele arbeidslivsløpet. Sentralt fokusområde vil være tilrettelegging av arbeidsforhold og tilrettelegging for at den enkelte medarbeider skal kunne stå lengst mulig i jobb.

Ny plan for seniorpolitikk med tilhørende tiltak ble vedtatt med implementering fra 1. juli. Evaluering av tiltakenes virkning forventes innen 2011.

Rusforebygging/AKAN-arbeid

Rusforebygging/AKAN-arbeid er en del av personalpolitikken som skal sikre god ivaretagelse av den enkelte medarbeider.

Arbeidet med AKAN ble gjennomgått og reorganisert i 2009. Nytt AKAN utvalg er oppnevnt og kurs for utvalget er holdt.

Lovpålagt helsekontroll

Når det kan være fare for at påvirkninger i arbeidsmiljøet kan føre til utvikling av helseskader på lang sikt, skal løpende kontroll med den enkelte medarbeiders helse bidra til å forebygge at dette skjer. Dette er nærmere konkretisert i handlingsplanen for bedriftshelsetjenesten som har gjennomført kontrollene i samsvar med planen for 2009.

Stoffkartotek og HMS-datablad

Eget stoffkartotek skal bidra til å sikre at alle har kjennskap til den helserisiko de kan utsettes for ved bruk av helseskadelige stoffer/kjemikalier. Lett tilgjengelige produktdatablad skal bidra til å sikre rask adekvat behandling ved uønskede hendelser med kjemikalier. Stoffkartotek og produktdatablad skal oppdateres årlig.

På foretaksnivå har det vært begrenset fokus på utvikling og vedlikehold av stoffkartoteket i 2009. Noen superbrukere er blitt kurset og bistår andre avdelinger med drift og vedlikehold på foretakets web baserte system.

Kurs i aggresjonsdemping/håndtering av mulig utagerende pasienter

For å forebygge utagering fra pasienter og for å kunne håndtere slike situasjoner bedre for egen sikkerhets skyld, arrangeres egne kurs for personell som er særlig utsatt for dette. I 2009 ble ansvaret for organisering og gjennomføring av kursene knyttet til Klinikk for psykiatri og rus. Kursene gjennomføres løpende etter en oppsatt plan.

Avfallshåndtering

Riktig håndtering av enhver type avfall skal bidra til å sikre omgivelsene og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Systemet for avfallshåndtering ble revidert og ny håndbok for dette utgitt i 2008. Det er ikke rapportert systemavvik i 2009 som indikerer uønskede hendelser av kritisk art.

Brannvern

Undervisning og øvelser i brannvern skal være obligatorisk og tilrettelagt for alle medarbeidere.

Slike øvelser gjennomføres årlig i henhold til plan. Noen enheter er ikke flinke nok til å sørge for at alle ansatte deltar i opplæringen. Dette skal følges bedre opp i 2010.

Ellers er foretakets system for elsikkerhet, brann- og eksplosjonsvern blitt gjennomgått og forbedret, og det planlegges økt ressursinnsats på det systemorienterte arbeidet i regi av Drift- og eiendomsavdelingen.

Risikovurdering av arbeidsmiljø

Kontinuerlige/løpende risikovurderinger skal være basis for det systematiske HMS-arbeidet, slik at den enkelte medarbeider ikke utsettes for fysiske eller psykiske skadepåvirkninger.

De siste årene er praksis for gjennomføring av risikovurderinger gradvis blitt bedre og bedre. Det gjennomføres generelt sett risikovurderinger og eller ROS analyser i forbindelse med omstilling og risikobetonte arbeidsoppgaver. Et system for risikostyring utviklet for Helse Nord er under implementering.

Avviksoppfølging

System for korrigerende og forebygging av avvik/uønskede hendelser skal bidra til å sikre systematisk HMS-arbeid og fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Det skal bidra til å lukke det enkelte avvik og gjøre korrigerende tiltak for å unngå at lignende hendelser skjer igjen.

Hele systemet for melding og behandling av forbedringer og avvik ble grundig gjennomgått og revidert i 2009. Prosedyrebeskrivelsene ble revidert og en informasjons- og opplæringskampanje ble gjennomført for å bedre både melde- og forbedringskulturen i foretaket.

På tross av informasjonskampanjen, er ikke antall meldinger økt. Dette kan være et uttrykk for at forbedringsarbeidet virker mht at organisasjonen har lært og lærer av tidligere uønskede hendelser.

Det ble meldt rundt regnet 300 hendelser om trusler og skade på personell. Av disse er ca. 30 saker meldt videre til NAV eller forsikringsselskap. Dette ligger omtrent på samme nivå som tidligere år.

Tilrettelegging av arbeidslokaler og utstyr/hjelpemidler

Arbeidslokaler og utstyr skal legges til rette for å ivareta fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

I samarbeid med bedriftshelsetjenesten er det gjort en rekke kartlegginger og forbedringer tilknyttet fysiske og ergonomiske arbeidsforhold.

I forbindelse med planlegging og bygging av nye sykehus i Rønvik, Sentrum og Stokmarknes har det vært en meget omfattende gjennomgang av arbeidslokaler. Dette arbeidet forsetter ettersom detaljplanleggingen og utbyggingen skrider frem for Sentrum og Stokmarknes.

Informasjons- og kommunikasjonskanaler

AMU, drøftingsmøter, Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper (KVAM grupper) og personalmøter skal være sentrale informasjons- og kommunikasjonskanaler tilknyttet det systematiske HMS-arbeidet.

Organisering, sammensetning, mandat mv. for ovennevnte kommunikasjonskanaler er endret og tilpasset foretakets nye klinikkmodell. Ytterligere forbedring av disse vil finne sted i 2010 basert på erfaring etter en tids drift.

HMS handlingsplan

Som ledd i det systematiske arbeidet med å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø skal det utarbeides årlig HMS handlingsplan på alle nivå i organisasjonen hvor dette er hensiktsmessig.

- Handlingsplanene skal beskrive tiltak for å lukke eventuelle avvik samt aktuelle tiltak til forbedringer som fremgår av arbeidsmiljøkartlegginger, avviks-/observasjonsmeldinger samt interne og eksterne systemrevisjoner.
- Handlingsplanene skal beskrive internkontrollens faste/rutinemessige aktiviteter.
- Tiltakene/aktivitetene i handlingsplanene skal knyttes til mål/hensikt, ansvarlig person, tidsfrist for gjennomføring og rubrikk/kolonne for kvittering av at tiltak/handling er utført.

Handlingsplanen skal være koordinert med budsjettplanleggingen, og tiltakene som fremgår av planen skal være finansiert gjennom budsjettvedtak.

Prosedyrebeskrivelse og oppsett for HMS-handlingsplan er grundig gjennomgått og nettopp vedtatt i ny versjon av direktør etter behandling i AMU. Det nye konseptet er blitt tydeligere på å synliggjøre målene/hensikten med de aktuelle HMS-tiltakene samt klargjøre ansvarsforhold og saksgang for behandling av handlingsplanene mellom enhetsnivå og AMU. Klinikksjefene/stabssjefene vedtar sine handlingsplaner etter innstilling fra utvidet KVAM-gruppe. AMU/direktør/styret behandler og vedtar forhold som ligger utenfor klinikksjefenes myndighetsområde. Dersom vernetjenesten/hovedverneombud er uenig i klinikk-/stabssjefenes vedtak, følges rutine for alternativ/ny vurdering av saken opp mot direktør og AMU.

Sikkerhet i byggeprosjekt

Byggeprosjektet Sentrum representerer risiko både for arbeiderne i byggegropen og for ansatte og pasienter. Det systematiske HMS-arbeidet er dermed særs viktig for å sikre både indre og ytre miljø og de mennesker som kommer i berøring med byggeprosjektet.

I høst var det en arbeidsulykke i byggegropen med betydelig personskade. Ulykken blir etterforsket av Arbeidstilsynet. Det har også vært en hendelse inne i bygget som kunne ha ført til personskade.

Det blir arbeidet kontinuerlig med å forbedre rutinene for denne delen av foretakets HMS-arbeid, herunder det praktiske samarbeidet mellom anleggsarbeidere og klinisk personell. Systemforbedrende tiltak blir løpende vurdert i forbindelse med videre opptrapping av prosjektet og ved økning i risikonivå.

Intern revisjon

Et aktivt forbedringsarbeid skal sikres blant annet gjennom intern revisjon på HMS-området.

Det ble ikke utført internrevisjon på HMS-området i 2009. Ny prosedyrebeskrivelse for dette formålet er behandlet i kvalitetsutvalget og AMU og godkjent av direktør. Plan for internrevisjon er vedtatt for foretaket for 2010-2012.

Rapportering

Et system for rapportering skal bidra til å sikre at ledere på alle nivå har nødvendig ledelsesinformasjon vedrørende HMS-aktivitetene. Rapporteringen skal inngå i den etablerte tertialrapporteringen. Gjennom den faste, løpende rapporteringen kan utviklingen følges over tid.

Foreløpig er det kun et begrenset antall indikatorer som rapporteres fast på HMS-området. Det arbeides i regi av Helse Nord for å bedre dette som en del av rapporteringen tilknyttet LIS (ledelses- og informasjonssystemet).

Resultat/måloppnåelse

Det er gjennomført aktiviteter på alle ovennevnte HMS områder i 2009 samt på en del andre felt som ikke er beskrevet her. Omfang og intensitet i HMS arbeidet varierer fra avdeling til avdeling og fra år til år basert på varierende behov og holdning/kunnskap om planlegging og gjennomføring av de enkelte HMS aktiviteter. Det er behov for å utvikle bedre system for å vurdere resultat og måloppnåelse på HMS-arbeidet. Dette arbeides det med, dels internt i foretaket, og dels i samarbeid med andre HF i regi av Helse Nord.

Eksterne tilsyn - Arbeidstilsynet

Etter Arbeidstilsynets kontrolltilsyn i 2008 ble det gitt pålegg for mangelfull opplæring av verneombud. Dette er lukket ved at HMS grunnkurs er gjennomført basert på ny organisasjon med nyvalgte verneombud.

Videre varslet Arbeidstilsynet ytterligere et pålegg knyttet til ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Dette pålegget ble så gitt i juni 2009 tilnærmet likelydende for alle HF i Helse Nord's område. Arbeidstilsynet har godkjent foretakets plan for arbeidet med lukkingen og innvilget nye tidsfrister knyttet til gjennomføringen. Frist for første rapportering til Arbeidstilsynet forfaller 01.04.2010.

Det dreier seg om kartlegging for å skaffe oversikt over enheter og personellgrupper som kan være utsatt for ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Resultatene av kartleggingen er klargjort for analyse i samsvar med vedtatt fremdriftsplan. Deretter følger arbeid med planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å bringe fare for ubalanse mellom oppgaver og ressurser innenfor et akseptabelt risikonivå.

Ambulansetjenesten

Arbeidstilsynet utførte tilsyn ved ambulansestasjoner i Lofoten og Salten i oktober relatert til organisering og gjennomføring av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, arbeidstidsordninger, ledelse og medbestemmelse og fysisk arbeidsmiljø.

I brev av 29.01.2010 fremgår vedtak herfra om 8 pålegg. Det dreier seg om fysiske, organisatoriske, psykososiale og ledelsesmessige forhold. Arbeidet med utbedring av det enkelte pålegg pågår med sikte på lukke dem innen angitt frist.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB

DSB gjennomfører tilsyn hvert år relatert til HMS-området generelt og brann- og elsikkerhet spesielt. For 2009 ble det gitt 7 avvik og 2 merknader etter revisjon i september. Fire avvik er knyttet til system, forebygging og vedlikehold av elektriske installasjoner og branntetting, mens de øvrige avvik gjelder manglende mål for HMS arbeidet på avdelingsnivå, mangel på interne revisjoner og mangelfull dokumentasjon på opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr. De sistnevnte forhold er påpekt av DSB ved tidligere tilsyn og indikerer at vårt arbeid med lukking på disse punktene ikke har vært tilstrekkelig gjennomført og ivaretatt over tid.

DSB har satt 1. mars som frist for implementering av tiltak for å lukke avvikene. Arbeidet med dette har pågått siden i høst med sikte på å overholde den gitte fristen.

Internkontroll

Arbeidet med internkontrollen for 2009 har vært påvirket av etablering av ny klinikkstruktur og arbeid med system og prosedyrer for håndtering av merknader og avvik etter eksterne tilsyn. Styret ble nærmere orientert om tilsynene og status for arbeidet med lukking av avvik/pålegg i styresak 51/09 og vil gjennom egne saker bli holdt løpende orientert om rapporter fra eksterne tilsyn og arbeidet med forbedring på de angitte områder.

På foretaksnivå er utarbeidet nye prosedyrebeskrivelser for blant annet kvalitetssystemet, HMS-systemet og internrevisjon. Dette skal bidra til å klargjøre ansvarsfold, saksgang og krav til innhold i sentrale deler av internkontrollen til foretaket.

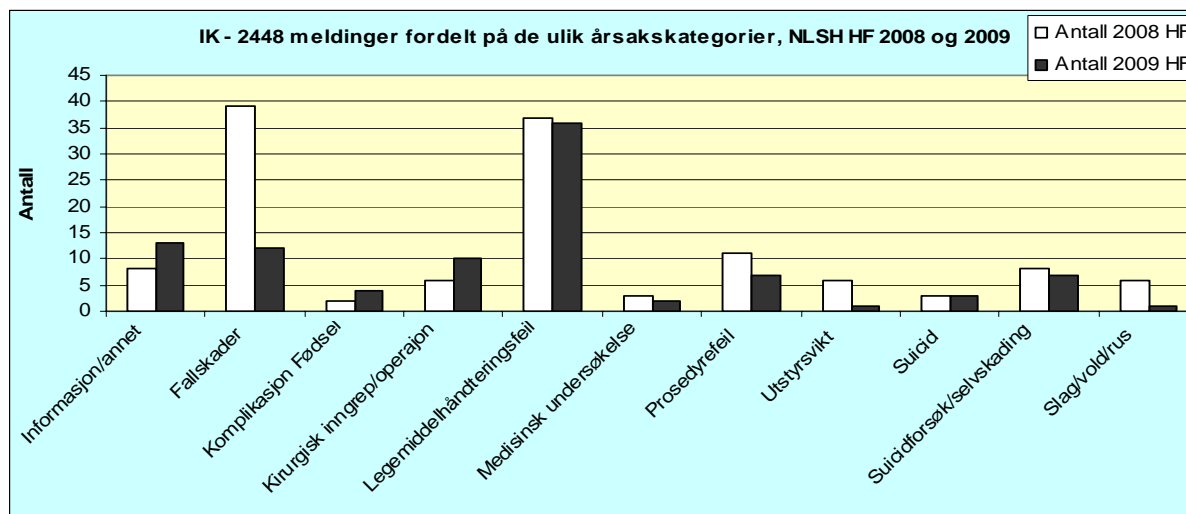
Kvalitetsverktøyet Docmap inneholder nå mer enn 5.000 styrende dokument for internkontrollen i helseforetaket. Det er viktig at disse holdes løpende oppdatert, er lett tilgjengelig for brukerne og etterleves i praksis.

Systemet for melding og behandling av forbedringer og avvik ble grundig gjennomgått og revidert i 2009. Dette blant annet med bakgrunn i et avvik etter tilsyn fra Helsetilsynet. Prosedyrebeskrivelsene ble revidert og en informasjons- og opplæringskampanje ble gjennomført for å bedre meldekulturen i foretaket og kunnskap om utfylling og saksgang/behandling av ulike meldingstyper. Helsetilsynet har nylig bekreftet at de anser avviket som lukket og har avsluttet saken for sin del.

Kvalitetssystemets elektroniske avvikssystem er ennå ikke tatt i bruk for store deler av NLSH Sentrum, Lofoten og Vesterålen. Dette forberedes nå etter hvert som de nye klinikkene faller mer på plass i ny organisasjonsstruktur.

Antall meldinger om skade på pasient, IK-2448-meldinger, behandlet i kvalitetsutvalgene gikk ned fra 129 i 2008 til totalt 96 meldinger i 2009. Den største nedgangen ble registrert for NLSH Vesterålen og Psykiatri Bodø.

Tabellen nedenfor gir en kategorisering på bakgrunn/årsak til meldingene for 2008 og 2009. Flest meldinger er knyttet til kategoriene legemiddelhåndteringsfeil og fallskader. Utviklingen de siste årene viser at antall fallskader er redusert betydelig mens feil knyttet til håndtering av legemidler mer eller mindre er uendret.



Helsetilsynet åpnet ikke tilsyn på noen av sakene som ble oversendt fra NLSH for 2009. Bakgrunn for dette kan være at Helsetilsynet har hevet terskelen for å åpne tilsyn basert på IK-2448 meldinger, og at Helsetilsynet finner at NLSH har utredet og behandlet sakene på en tilfredsstillende måte.

Vi deltar sammen med tre andre helseforetak i Norge i et utviklingsprosjekt for å utvikle elektronisk meldesystem til Helsetilsynet for IK-2448-meldingene.

Ellers ble det behandlet 39 tilsyns- og rettighets saker i 2009 fra Helsetilsynet mens det året før ble behandlet 40 tilsvarende saker.

Saker fra Norsk pasientskadeerstatning, NPE, økte fra 87 i 2008 til 96 i 2009. Det ble til sammen utbetalt 1,1 mill. kr. i egenandel fra NLSH via NPE til pasienter som fikk tilkjent erstatning.

Fra Pasient- og brukerombudet har vi kun behandlet 3 saker i 2009 mot 35 saker året før. Den store nedgangen antas å henge sammen med vakans hos Pasient- og brukerombudet.

Ved NLSH Lofoten ble det gjennomført tilsyn i oktober knyttet til tema pasientansvarlig lege. Det er gitt ett avvik hvor arbeidet med lukkingen pågår.

Statens strålevern varslet 10 avvik og 5 anmerkninger etter sitt tilsyn i april. De rapporterte avvik er eller vil bli lukket ved slutføring av tiltaksplan i 2010.

Statens legemiddelverk har bekreftet at de oppfatter alle avvik etter tilsyn ved blodbankene i 2009 som lukket.

På området informasjonssikkerhet har det vært arbeidet spesielt med utvikling av nytt e-læringsprogram, nytt styringsdokument, gjennomgang og revisjon av hovedprosedyrer og

ROS analyser på utvalgte kliniske IKT system. ROS analysene er gjennomført i et større omfang enn normalt i henhold til pålegg gitt av foretaksmøtet. Pålegget er meldt som lukket innen fristen som var satt til 15.02.2010.

Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved både hovedkjøkken og utvalgte postkjøkken. Dette er også nærmere omtalt i styresak 51/09. Det foreligger per nå ingen åpne avvik/pålegg fra Mattilsynet.

Risikostyring

Helse Nords styre behandlet i styresak 31-2009 at risikostyring skal implementeres i de enkelte foretakene. Dette vedtaket ble stadfestet i foretaksmøtet til Nordlandssykehuset i mai 2009. Forslag til plan for risikostyring som metodikk, mulige gevinstområder for NLSH og skisse for hva som er viktig å ivareta i implementeringsprosessen ble oversendt direktøren og hans ledergruppe i november 2009. Dette dannet videre grunnlaget for styresak i desember 2009 der utkast til implementeringsplan ble godkjent.

I styresaken ble følgende mulige gevinstområder presentert:

"For NLSH vil risikostyring kunne bidra til:

- *At fokus internt i klinikkene rettes mot de områdene som toppledelsen har utpekt som vesentlige for at NLSH skal nå sine overordnede mål.*
- *At det også skapes forståelse for hvilke faktorer som er avgjørende for måloppnåelse. Ikke bare for NLSH som helhet, men også for den enkelte klinikk.*
- *En forbedring av gjennomføringsevnen og gjennomføringskraften i de endringsprosesser som iverksettes.*
- *I en budsjettprosess bidra til at de endringer i rammer/krav som fremmes blir risikovurdert og at tiltak iverksettes for å sikre at disse "nye" rammene blir holdt.*
- *Å sikre at de utvalgte målsettingene blir fulgt opp med konkrete aktiviteter på klinikk- og avdelingsnivå.*
- *At NLSH utvikler gode rutiner for oppfølging, evaluering og korrigering av disse aktivitetene.*
- *At NLSH utvikler gode rutiner for å balansere risiko, kontroll og kost/nytte ved ulike tiltak og aktiviteter som iverksettes.*
- *Sist men ikke minst vil risikostyring gjøre det mulig å komme i forkant på en del problemer som en i dag ikke ser, men som vil kunne komme til å oppstå."*

En mer dyptgående skisse til implementering ble behandlet i direktørens ledergruppe i januar 2010. Det er videre blitt utviklet retningslinjer for en risikopolicy for NLSH som skal endelig behandles våren 2010. Klinikkene inkl drifts- og eiendomsavdelingen skal gjennomføre sitt interne arbeid knyttet til dette innen utgangen av april.

Årlig melding 2009						
Svar fra:	Nordlandssykehuset HF		Status krav:	1 = Tiltaket iverksatt / kravet er oppfylt		
Dato:				2 = Tiltaket iverksatt / kravet noe oppfylt		
Kontaktp:				3 = Tiltaket ikke startet / utsatt		
				4 = Tiltaket ikke startet / kan ikke oppfylles		
Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
AIO	Sikre at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ressursmessig sterkere økning enn somatisk sektor.		3	Det har fra 2008 til 2009 vært en økning i andel av totale driftskostnader til psykisk helsevern og rus sammenlignet med somatisk virksomhet. Økningen utgjør 0,3 % fra 2008. Planlegging for etablering av TSB starter i løpet av 2010. Realisering forutsetter tilgang på legeressurs.	I løpet av 2010	
KT	Styrke aktiviteten innen spesialisert re/habilitering med minst 1,5 %.		3	Innenfor spesialisert rehabilitering/habilitering somatikk er antallet døgnopphold redusert og antall polikliniske konsultasjoner økt. Samlet sett er det imidlertid reduksjon i aktivitet.		
OEL	Sikre at øremerkede tilskudd kommer i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen, fordelt på de ulike formål.		1	Øremerkede tilskudd fordeles som hovedregel som tilleggsbevilgning til de formål tilskuddet er gitt.	Løpende	
EIER	<i>Sikre at salg av ikke reseptpliktige varer og reseptomsetning til pasienter som ikke er tilknyttet sykehuset skal utgjøre under 20 % av totalomsetningen.</i>	Apotek				
AR	Følge opp og lære av erfaringer og innspill til forbedringer fra brukere/brugerutvalg.		1	Det gjennomføres faste møter i brukerutvalget etter plan. Klager/tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende blir behandlet på ulike nivå, alt etter hva saken gjelder.		
Sha	Følge opp og lære av tilsyn, avvik/bekymringsmeldinger, pasientskader, risikovurderinger og revisjoner osv. Status for lukking av avvik fra tilsyn skal rapporteres i eget skjema.		1	Systematisk oppfølging skjer i ledelseslinjen og mot kvalitetsutvalg, AMU og foretaksstyret.		
SHa	Etablere felles retningslinjer og prosedyrer i eget helseforetak og sikre oppdatering i Docmap.		2	Mer enn 5.000 styrende dokument i Docmap. Varierende grad av felles prosedyrer og rutinemessig oppdatering av dokumentene.	Arbeid med forbedring pågår kontinuerlig.	
SHa	Ta i bruk og videreutvikle Docmap som system for forebygging og oppfølging av avvik .		2	Etablert for NLSH Rønvik og noen somatiske enheter.	Innen utgangen av 2010	
SHa	Registrere data til aktuelle nasjonale og regionale kvalitetsregistre.		2	Data leveres ihht myndighetskrav på de fleste fagområder. Mangler system for å rapportere om pasienter som er skadet etter ulykke.	Helse Nord anskaffer felles system for Hfene.	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	Implementere nye nasjonale prioriteringsveiledere.		1	Er implementert i alle klinikker. Stort oppstartseminar vår 2009. Videre oppfølging på de fagområder der det har kommet nye detaljeringer i forhold til tilstander (eks. fedme) og videre oppfølging der veilederne ikke har vært lagt 100% til grunn for søknadsbehandlingen av alle spesialister, eksempelvis vikarer i kirurgi (selv om prioriteringsarbeidet har vært faglig tilfredsstillende og godt innen klinisk akseptable ventetider), her legger man nå opp til en ny gjennomgang av veilederne med oppfølging.	Fra vår/sommer 2009	
KT	Redusere og følge opp fristbrudd.		2	Andel fristbrudd varierer fra periode til periode. Vanskelig å unngå fristbrudd fullt og helt. Planlagt revisjon i deler av systemet for pasientadministrasjon og praksis.	Arbeid med forbedring pågår kontinuerlig.	
TGR	Registrere data til Norsk Intensiv Register (NIR), herunder SAPS II (skåringsystemer for alvorlighetsgrad) og NEMS (skåringsystemer for ressursbruk).		1	Gjøres kontinuerlig av personell ved intensivheten i Bodø. Kvalitetssikres av ressursperson.		
TGR	Legge til grunn dokumentert sammenheng mellom volum og kvalitet i organisering av tjenestene.		1	Dette følges opp hele tiden. Man sikrer tilstrekkelig behandlerkompetanse, man følger med i kliniske resultater og kvalitetsindikatorer, det meldes til kvalitetsregistre, man håndterer og følger opp evt. avvik, og man vurderer hele tiden om kompetansen er tilstrekkelig på det enkelte sted og hos den enkelte behandler til å gjennomføre aktuelle behandlinger. Man arbeider også hele tiden for å ha tilstrekkelig med behandlere med aktuelle kompetanser til å kunne sikre akseptable ventetider.	Kontinuerlig	
SHa	Samarbeide med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet for å sikre læring og forbedring som følge av uønskede hendelser.		*	Vi har deltatt i planmøter med Nasjonal enhet. Lite aktivitet defra i 2009.		
TGR	Melde inn data fra alle fødeinstitusjoner til Medisinsk fødselsregister elektronisk		1	Det meldes elektronisk til Medisinsk fødselsregister, det eneste som ikke meldes elektronisk er abortene, dette er under innføring.	Kontinuerlig	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
Sha/alle	Bidra til samordning/utvikling av felles retningslinjer og prosedyrer mellom helseforetakene.		1 og 2	<i>Kvinne/barn</i> : Felles prosedyrer med UNN når det gjelder nyfødmedisin. Ellers er det utarbeidet gode nasjonale standarder som brukes innenfor begge fag. <i>Akuttmedisin</i> : Nasjonale standarder i anestesi, intensivmedisin og smertebehandling følges. Docmap brukes. <i>Medisin</i> : Ingen spesiell aktivitet, men avd. overleger er engasjert i HN fagnettverk innen nyre, hjerte og lungesykdommer. <i>Prehospital</i> : Det er etablert regionale samarbeidsfora for ambulanse og nødmeldetjenesten hvor dette ivaretas. I tillegg er vi representert i Helse Nord's fagråd for akuttmedisin. <i>Psykatri/rus</i> : Aktiv bruk av kvalitetssystemet der vi også gjenbraker og redigerer andres dokumenter. Vi vet også at våre dokumenter har vært lagt til grunn i andre foretak. <i>Kirurgi/ortopedi</i> : Innenfor en del fagområder er dette igangsatt. Colorectalkirurgi er et ref. område. <i>Hode/bevegelse</i> : Arbeider primært klinikkinternt, men har også vært representert i nasjonalt og regionalt arbeid med faglige retningslinjer.	Kontinuerlig	
Sha/TGR	Ikke innføre nye metoder, medisinskteknisk utstyr eller medikamenter uten at akseptert dokumentasjon på behandlingseffekt og kost/nytte foreligger		1	Her følger klinikkene faglige retningslinjer, oppdragsdokument, funksjonsfordelinger (regionalt/nasjonalt) og pålegg. Ved innføring av nye metoder og utstyr vurderes nettopp klinisk dokumentasjon og kost/nytte på klinikk- eller foretaksnivå, for enkelte områder kan det siste være vanskelig å prognostisere presist.	Kontinuerlig	
Sha	<i>Initiere regionale fagnettverk og bidra til felles bruk av retningslinjer, prosedyrer og kvalitetsregistre i regionen. Arbeidet skal gjennomføres i nært samarbeid med NLSH</i>	UNN				
es spesielt						
KT	Styrke ambulante team og ambulant virksomhet, jf forskrift for habilitering og rehabilitering.		1 og 2	<i>Hode/bevegelse</i> : Tiltake iverksettes i 2010. Etablerer ART i Bodø. <i>Psykatri</i> : Har habiliteringsteam, men ikke vært mulig å styrke habiliteringstjenesten, innsparingskrav. Innen det psykiske helsevernet er ambulant virksomhet en framtidig del av virksomheten og de planlegges ytterligere styrking. <i>Kvinne/barn</i> : etablert innen barnehabilitering.	Somatisk rehab: 2010. Psykiatri: kontinuerlig. Rehabilitering: uvisst. Barnehabilitering: er etablert.	
TGR	Etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene.		2	BEST, traumeteam, observasjonssenger. Det arbeides kontinuerlig med å ta en sterk og stabil ledelse i akuttmottaket. Arbeidsordninger og turnusplaner er gjennomgått for å oppnå en best mulig drift.	Både etablert og kontinuerlig.	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
TGR	Samhandle innen og mellom helseforetak om funksjonsfordeling på sentrale fagområder, herunder tilpasning av akutfunksjoner jf. veiledende standard og nasjonalt traumesystem		2	Prosjekt pasientforløp rehabilitering (utgangspunkt hode/bevegelse-klinikken). Kompetanseoverføring slagbehandling/trombolysbehandling. Initiativ overor Helgelandssykehuset vedr. behandling av lungesyke, foreløpig lite konkret resultat. Akuttmedisin: samhandler med UNN, NLSH er BEST-sykehus, traumeteam, har traumevalg. Utredningsarbeid regionalt traumevalg, der sykehuset er representert.	Fordeler seg på etablert, pågående, etableres 2010 og uvisst.	
TGR	Iverksette handlingsplan for intensivmedisin når faglige retningslinjer for samhandling mellom nivåene er utarbeidet		*	Det er ikke planlagt eller iverksatt noen tiltak ved sykehuset etter at regional handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt.		
OEL	<i>Innrette og organisere lokalsykehusfunksjonene ut fra behovene i de store sykdomsgruppene, og de som trenger tett oppfølging</i>	UNN/NLSH	1	Det jobbes kontinuerlig med dette. Klinikksjefene vil i det videre holde et sterkt fokus på dette arbeidet. Det henvises her også til lokalsykehusprosjektet. Det foregår en betydelig kompetanseutveksling mellom lokalsykehus og spesialavdelinger og et arbeid mot primærhelsetjenesten for felles ivaretagelse av de store sykdomsgrupper. Det ambuleres innen mange fagområder: nyre, hjerte, lunger, ortopedi, barn mm. Det foregår omstilling til dag- og poliklinisk behandling på lokalsykehusene. Innen psykisk helsevern beskjefter man seg ved DPSene med de store sykdomsgruppene.	Kontinuerlig	
TGR	<i>Følge opp evaluering av omstillingen i Mosjøen, spesielt i forhold til god kommunikasjon mellom enhetene</i>	Helgeland	*			
AIO/alle	Sørge for og finansiere tolketjenester og andre aktuelle tiltak slik at alle pasienter som har behov for det, får tilgang til nødvendig helsehjelp		2	Nordlandssykehuset leier inn og finansierer ekstern tolketjeneste ved behov.		
lisering						

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	Samarbeide med fastlegene og primærhelsetjenesten om eldre og kronikere for å sikre en mer helhellig behandlingsskjede		2	Samhandlingen med primærhelsetjenesten om eldre har vært betydelig, spesielt fra medisinsk klinikk, blant annet i forhold til Bodø kommune. Eldre er også en hovedfokusgruppe i forhold til den etablerte prehospitalt observasjons- og behandlingseenheten i Steigen og for prosjektet for utvikling av tilsvarende tjenester i forhold til Meløy og Saltdal. Hovedfokus her er styrking av lokalt tilbud og forebygging av unødige innleggelse. Prosjektet planlegges startet i Meløy og Saltdal i 2010, forutsatt finansiering. Når det gjelder pasienter med kroniske sykdommer, gjøres det et betydelig arbeid fra klinikkene mot primærhelsetjenesten for å sikre helhellige behandlingssforløp. På dette området er også den omfattende og voksende innsatsen med lærings- og mestringstilbud i sykehuset vesentlig. Diabetespoliklinikkens arbeid med kompetanseoppbygging og pasientsamarbeid mot kommunene representerer et godt eksempel. Det er også omfattende samarbeid rundt andre sentrale pasientgrupper som nyresvikt, KOLS etc. Deltakelse i det regionale prosjektet om desentralisering av kontroller kommer også inn her.		
FHH	Sikre samarbeid som gir kommunene tilgang til kompetanse, veiledning og undervisning, og som åpner for bruk av kommunenes kompetanse		2	Seksjon for kunnskapsbygging i NLSH driver en utstrakt virksomhet mot samarbeidspartnere her også kommunene. Dette gjelder i hovedsak kurs og utdanningsprogram, men samarbeider og for å utvikle gode kompetansehevede tiltak. Eksempler på dette er Nordlandspasienten, en kursrekke som blant annet er rettet mot leger i primærhelsetjenesten, prosjektet "Føre var" (barn som pårørende) som samarbeider med Bodø kommune med å utvikle et kartleggingsredskap for leger samt tirsdagstreffet på familiesentret. vi benytter og faglig kompetanse fra kommunene til undervisning der det er naturlig. I tillegg foregår det betydelig veiledning fra klinikkene mot primærhelsetjeneste og kommuner knyttet til daglig klinisk drift, helpdesk etc., samt tilbud om hospitering.		
FHH	Gjennomgå egen organisering av samhandlingen		2	Nordlandssykehuset har i 2009 gått gjennom sin egen organisering av samhandlingen og besluttet opprettet en samhandlingsseksjon i fagavdelinga. Denne startet 1. desember 2009 med leder og praksiskonsulentordning inkludert. Seksjonen er planlagt styrket, og det arbeides fra nyåret 2010 med utvikling av overordnede samarbeidsstrukturer mot kommuner samt enkelttiltak på samhandlingsområdet. Dette omfatter også intern samordning mot klinikkene og utvikling av mer spesifiserte overordnede samarbeidsavtaler med de enkelte kommunene. Samtidig styrker klinikkene sin samhandling med kommunene.		
EIER	Sikre god samhandling, koordinering og oppgavefordeling med private avtalespesialister		*			

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT/AIO	Samarbeide med private sykehus/institusjoner og rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Nord har avtale med		1	Det samarbeides regelmessig og godt med klinikker pasienter henvises videre til, for eksempel Feiringklinikken når UNN ikke har kapasitet. Tilsvarende med private klinikker innen psykisk helsevern. Det samarbeides godt med Nordtun mht. rehabilitering, samt med Valnesfjord helsesportssenter. I forhold til Valnesfjord arbeides det ved hode/bevegelsesklinikken med å etablere et nærmere samarbeid ang. spesialisert tverrfaglig rehabilitering.	Kontinuerlig	
OEL	Gjennomføre prosjekt for å styrke samarbeidet om smittevern i eget foretak og i kommunehelsetjenesten jf. budsjett 2009		2	Prosjektmedarbeider ansatt april 2009, arbeider foreløpig mot 5 kommuner i Salten. Bidrar primært mot døgninstitusjoner, men også mot annen kommunal helsetjeneste. Gjennomfører kartlegginger med sikte på å etablere infeksjonskontrollprogram og internkontrollsystem for området. Driver undervisning om smittevern. Tilsvarende arbeid i eget foretak foregår kontinuerlig fra smittevernsenheten.	Pågår, ingen sluttdato.	
AR	<i>Desentralisere cellegiftbehandling til lokalsykehusene, sykestuer/DMS og kommunehelsetjenesten, og sikre at prosedyrer for kjemoterapibehandling er tilgjengelig</i>	UNN/NLSH	1	Dette er etablert rutine. Fylldig behandlingsdokumentasjon er tilgjengelig elektronisk og i papirformat.	Etablert	
FHH	<i>Inngå og følge opp lokale avtaler med kommunene i tråd med Nasjonal rammeavtale</i>	Helgeland	*			
FHH	<i>Følge opp avtalene med kommunene om drift av sykestuer</i>	Finnmark				
OEL	<i>Bidra til at det ikke blir opphold i medisineringsfasen av pasientene, og spesielt pasienter som er i utskrivningsfasen</i>	Apotek				
OEL	<i>Innføre H-resept når dette foreligger</i>	Apotek				

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
FHH	Øke bruken av telemedisinske tjenester der dette er hensiktsmessig		2	4 nye telestudio ved NLSH i 2009. Det har vært gjort en del forsøk med kameraoverføring av enkeltsamtaler samt deling av skjembilde og dokument under videosamtale (DimDim), ingen ubetinget suksess. Sykehuset er nå inne i en test sammen med Norsk helsenett for å prøve ut Tandberg videokonferanseutstyr fra kontorpulten. EKG formidles fra ambulanse. Brukes en del i kliniske konferanser og undervisning, bl.a. innen psykiatri og ØNH/Øye. En del problemer med teknisk svikt ved mangepartskonferanse. På radiologiområdet utgjør teleradiologi en god del av virksomheten både på dagtid og på vakt etter integreringen Bodø-Lofoten-Vesterålen. Bruk av helpdesk viktig. I tillegg fjernstyres selve MR-maskinene i Lofoten og Vesterålen av radiografer i Bodø, med veiledning. Omfattende vaktjenester CT. Sommer 2009 teleradiologisk bistand til Helgelandssykehuset, avsluttet ut på høsten pga. manglende kapasitet. Økt aktivitet mot Vesterålen da MR-maskinen der var blitt installert i november. Også undervisning av LIS i ved hjelp av teleradiologi. I 2010 planlegges videre utvikling av teleradiologi for å forenkle vaktjobb, minske responstid og redusere kostnader ved vaktutrykning	Pågår.	
AIO	Etablere rutiner for koordinering av henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern innen 1.april 2009.		1	Intern koordinering av henvisninger i foretaket fungerer uten problemer. Vi har tidligere etterspurt hva som ligger i dette spørsmålet i praksis uten å få tydelig svar. Vi oppfatter det slik at det gjelder spørsmål om samordning mellom private avtalespesialister og foretaket for området. Slik avtale foreligger med god hjelp fra Helse Nord, men vi er svært usikre på om det ikke medfører økt press på sykehuset.		
AIO	Iverksette tiltak som bidrar til økt tilgjengelighet innen barne- og ungdomspsykiatri.		1	Har inngått mer spesifikke og forpliktende avtaler med kommuner i opptaksområdet. Man har økt kapasiteten ved å omgjøre en adm. stilling til behandlerstilling.	Iverksatt	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	Videreutvikle regionale kompetansenettverk for utviklingsforstyrrelser (ADHD, autisme, tourette (NLSH) narkolepsi (UNN)).	UNN/NLSH	1	Tiltaket er iverksatt. NLSH samarbeider med UNN og ansetter i disse dager regional rådgiver for diagnosegruppene ADHD, Tourettes og autisme. Man planlegger flere tiltak i samarbeid.	Iverksatt	
AIO	Overvåke overbelegg og tidlig utskrivning ved akuttavdelingene.	UNN/NLSH	1	Følges opp fortløpende og rutinesmessig.	Løpende	
AIO	Begrense bruk og sikre kvalitet ved tvangsbehandling i psykisk helsevern.	UNN/NLSH	1	Følges opp fortløpende og rutinesmessig.	Løpende	
AIO	Formalisere samarbeidet med DPS-ene på Helgeland. Samarbeidet skal organiseres slik at overbelegg og for tidlig utskrivning fra akuttavdelingene i størst mulig grad unngås.	NLSH/Helgeland	1	Avtalen inngått for flere år siden, bør nå evalueres.	Avtale inngått	
AIO	Samarbeide med Bufetat for å sikre at barn og unge får sammenhengende og helhetlige tilbud		1	Faste samarbeidsavtaler med Bufetat, konsultasjonsteam i samarbeid med Bufetat og stiller 20 % stillingsressurs til Røvika ungdomshjem.	Etablert	
AIO	Følge opp prosjekt for oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre		1	Prosjektet følges opp, og implementering av barneansvarlig person i tråd med forskriften er i full gang. Sykehuset innfører dette for alle fagområder og er også vertskap for regionalt prosjekt med prosjektleder i fagavdelingen. Prosjektet er godt i gang med regional implementering. Det er oppnevnt barneansvarlige i NLSH og gitt opplæring. Det foreligger planer også for de andre HFene.	Etablert og følges opp løpende	
OEL	Bidra til rasjonell og god legemiddelbehandling i psykisk helsevern.	Apotek				
Kroniske og langvarige sykdommer og lidelser						
KT	Gjennomføre tiltak i vedtatte handlingsplaner innen kronikersatsingen i tråd med budsjett og nasjonale strategier på området.		1	Medisinsk klinikk har sterkt fokus på oppfølging av kroniske lunge-, nyre- og leversykdom, geriatri, diabetes, overvekt, kreft gjennom spesialpoliklinikk, pasientskoler, spesialsykepleiere og ambulerer til lokalsykehus. Ved hode/bevegelsesklinikken: Innen diabetes samarbeid om opprettelse av stilling som ernæringsfysiolog for å dekke Lofoten og Vesterålen. Kurs/opplæringsprogram. Revmatologi følger tiltak i handlingsplan. Innen rehabilitering: mer satsing ift. kommunene. Det er inngått avtaler på høresiden.	Etablert og oppfølging.	
KT	Redegjøre for oppfølging av nasjonal strategi for rehabilitering innen 1. mai 2009		2	Driver tverrfaglig rehabilitering i spesialistinstusjon og ved Lødingen rehabilitering. Har ART i Lofoten. Dagpost og poliklinisk virksomhet ved nevro, FMR er prioritert. Har etablert rehabiliteringstilbud innen Raskere tilbake.	2009-2010	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	Sikre at rehabilitering integreres i behandling ved alle kliniske avdelinger og rapportere om hvilke pasientgrupper det er etablert slike pasientforløp for.		1 og 2	Ved hode/bevegelseklinikken ivaretas rehabilitering klinikinternt innenfor de ulike fagområder. Det vurderes å etablere Salten Rehabiliteringsråd igjen med kompetansedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Salten. I klinikken skal man i gang med pasientforløpsprosjekt innenfor rehabilitering. For barneklubben ivaretas området av habiliteringsteamet. Ved medisinsk klinikk er rehabilitering en naturlig del av all indremedisinsk behandling. Økt ressurser til geriatrisk team. Innen ortopedi er rehabilitering etablert/sikret innen virksomheten, eksempelvis når det gjelder hoftopererte. Innen psykisk helsevern ivaretas pasienter i behov av langvarig rehabilitering på alle nivå: på lokalsykehusnivå innenfor DPS og ved egen avdeling på sykehusnivå for de mest ressurskrevende pasientene.	Kontinuerlig og med nye planlagte tiltak i 2010/2011.	
KT	Inngå avtaler med kommuner og NAV om høreapparatformidling jf. "Å høre og bli hørt"		3	Avtale inngått med Helse Nord. Har foreløpig ikke fått vurdert kostnadene for iverksetting av avtalen.	I løpet av 2010	
KT	Behandle slagpasienter i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling. Behandling gis i egne/integrerte slagenheter		1 og 2	Gjennomført i Bodø - egen slagenhet. Slagbehandling i Lofoten/Vesterålen ivaretas av medisinsk klinikk. Vi har slagsykepleier i Lofoten og nevrolog i Vesterålen. Vil bli utviklet slagenhet i Vesterålen.	I drift og i 2010.	
KT	Utvikle/prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder tidlig intervensjon og dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.		2	Medisinsk klinikk har pasientskoler og rehabiliteringstiltak gjennom LMS gjennom mange år. En begrensende faktor er tilgang av lungeleger og dermed økt belastning på NLSH spesielt fra Helgeland som mangler kapasitet i lungefaget.	Etablert og løpende	
KT	Bidra til økt kunnskap og reduserte kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester		2	Innenfor hele helsetjenesten har det vært et økende fokus på kjønnsforskjeller og kjønnsespesifikke behandlingstilpasninger når det gjelder sykdom. Dette implementeres nasjonalt på de ulike fagområdene. Innad i foretaket oppleves det ikke kjønnsmessig diskriminerende behandling. Kjønnspektivet er til stede når det gjelder tilpasset forebygging, rehabilitering etc. Kjønnsmessig balansert sammensetning av personell er av betydning på en del fagområder.	Kontinuerlig.	
TGR	I samarbeid med NLSH etablere oppfølgingstilbud for pasienter med sykkelig overvekt i form av veiledningsgrupper, mestringsgrupper etc. ved LMS jfr. nye nasjonale retningslinjer		1	I forhold til barn er det arrangert kurs i samarbeid med Bodø kommune. For voksne arrangeres kurs som oppfølgingstiltak ved overvektoperasjon i NLSH.	Kontinuerlig.	
KT	Videreutvikle regional koordinerende Enhet innen rehabilitering.			Det samarbeides med regional koordinerende enhet i Tromsø. Prosjektstilling for utvikling av lokal koordinerende enhet i NLSH ble avviklet i 2008 og noen oppgaver ført ut i linje.		

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	<i>Følge opp samarbeid med NLSH/UNN om utredning av framtidige behov og en optimal utnyttelse av kapasiteten for behandling av kroniske smertepasienter</i>	UNN/NLSH	3	Kommunikasjon mellom NLSH og UNN om samordning evt. fordeling av oppgaver/diagnosegrupper innen fagområdet. NLSH har relevante og erfarne faggrupper i den tverrfaglige utredningen og behandlingen. Imidlertid bør det vurderes økning i tilførsel av ressurs med tanke på at dette er satsingsområde med økende antall pasienter og økende krav fra myndighetene i forhold til spesialistutredninger og spesialistuttalelser i forhold til NAV, refusjonsordninger for bruk av opiatere ved kroniske smerter osv.	Desember 2010	
AR	<i>Videreutvikle regionalt tilbud for pasienter med myalgisk encefalopati (CFS/ME) i samarbeid med NLSH. Sikre kompetanseoverføring til øvrig helsejeneste</i>	UNN/NLSH		Ved barneklubben er det etablert utrednings- og behandlingstilbud for barn og ungdom på området. Det er også etablert lærings- og mestringstilbud i samarbeid med lærings- og mestringssenteret. På voksensiden utreder og differensialdiagnostiserer nevrologisk avd. ved mistanke om nevrologisk lidelse. Ellers har UNN det regionale spesialiserte tilbudet på området for voksne. Det planlegges møte mellom fagmiljøene i NLSH og i Tromsø med tanke på vurdering av videre kompetanseutvikling og spesialiserte tilbud på behandlings- og LMS-siden i Bodø. Dette vil skje i 2010.		
TGR	<i>Øke kapasitet for utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt</i>	NLSH	2	Styrket samarbeid mellom medisinsk og kirurgisk/ortopedisk klinikk. Det er utarbeidet planer for økt virksomhet på dette området. Det planlegges 120 bariatriske operasjoner i 2010. Økt operasjonskapasitet etableres bl.a. ved innleie av operatør. Ved medisinsk klinikk styrkes adipositasiklinikken med lege- og sykepleierressurs. Stillinger i utlysning, ikke besatt. Planlagt innleie.	Under videreoppbygging.	
TGR	<i>Utarbeide forslag til faglige krav som legges til grunn for anskaffelse av medisinsk behandlingstilbud til pasienter med sykkelig overvekt</i>	NLSH	2	Plan for utredning og behandling av overvekt oversendt Helse Nord tidlig i 2009. RHF synes ikke å ha fulgt opp.		
TGR	<i>Iverksette tiltak lokalt og regionalt for forebygging og behandling av sykkelig overvekt hos barn og unge</i>	UNN				
KT	<i>Følge opp samarbeid med NLSH/UNN om utredning av framtidige behov og en optimal utnyttelse av kapasiteten for behandling av kroniske smertepasienter.</i>	UNN/NLSH		Samme spørsmål som 3.3.4.10		
KT	Implementere elektronisk diabetesjournal		1	Diabetespoliklinikken har utviklet elektronisk diabetesjournal og tatt den i bruk.	Etablert	
KT	Følge opp Handlingsplan mot kjønnslemlestelse		1	Det er etablert kontakt med ressursperson i kommunen. Vi forholder oss til retningslinjer.	Implementert og følges opp.	
OEL	<i>Fokuserer på kreft og KOLS- pasienter i publikumsavdelingene. Personalet skal få økt kompetanse om og legge bedre til rette for veiledning av denne pasientgruppen.</i>	Apotek				
AR	<i>Videreutvikle etablerte tilbud innen lindrende behandling</i>	UNN				

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
KT	<i>Videreføre kompetanse innen smertebehandling til de øvrige helseforetakene gjennom å desentralisere tilbud, samarbeid med LMS</i>	UNN				
Behandling av rusmiddelavhengige						
AIO	Styrke den helsefaglige høyspesialiserte kompetansen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle tiltak innen rusområdet skal være tverrfaglig bemannet med både sosialfaglig og helsefaglig (både somatisk og psykiatrisk) personell.		2	Nordland har tradisjonelt en modell der rusbehandling er en integrert del av psykiatrisk virksomhet. Vi har imidlertid betydelige utfordringer med å rekruttere relevant personell til tjenestene (leger og psykologer).	Løpende	
AIO	Styrke behandlingsskapitet og kvalitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)		4	LAR Bodø er fortsatt organisert ved UNN grunnet våre rekrutteringsproblemer. NLSH faktureres tjenesten.		
AIO	Innarbeide TSB i samarbeidsavtaler med kommunene		3	Ikke tatt inn i samarbeidsavtalene, men skal gjennomføres i 2010. Det er etablert et tett samarbeid med kommunene i opptaksområdet selv om ikke avtale foreligger.	I løpet av 2010	
AIO	Implementere veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.		2	Veilederen er utfordrende, grunnet pasientgruppens kompleksitet og begrensede behandlingstilbud, men vi gjør det vi kan innenfor de ressursene vi har.		
AIO	Samarbeide med barne- og ungdomspsykiatri og Bufetat for å styrke tilbudene til ungdom.		3	Sak til samarbeid. Jobber for å få til et tettere samarbeid jfr. bestillerdokument og Helse Nords lokalsykehusstrategi.		
AIO	Øke samhandlingen mellom DPS-ene og det tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingstilbudet (eks felles inntak og behandlingsteam, stillinger og kompetanse).		1	Internt i NLSH er TSB organisert innen DPSene.	Etablert	
AIO	Registrere antall og tilbud til gravide rusmiddelavhengige i legemiddelassistert rehabilitering.			Spørsmålet må besvares av LARINord.		
AIO	Videreutvikle regionale funksjoner for avrusning og korttidsbehandling			NLSH har ikke en regional funksjon for dette området. Vi har imidlertid ansatt prosjektleder og skal påbegynne arbeidet med å planlegge en korttidspost ved lokalsykehusfunksjonen Salten DPS, jfr. Styrevedtak Helse Nord.		
AIO	<i>Vurdere om kapasiteten på tvangsplasser innen rusjenesten er tilstrekkelig og iverksette tiltak ved økt behov</i>	UNN				
AIO	Etablere formalisert samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester om prosedyrer for forsvarlig utskrivningspraksis, særlig der utskrivning skjer etter avbrutt opphold		*			
AIO	Sikre at pasienter under tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet også får vurdert behov for andre tjenester i spesialisthelsetjenesten		2	For Salten DPS blir behovet fortløpende vurdert ved henvisning, inntaksmøter og tentative behandlingssamlinger sammensatt av tverrfaglige samarbeidere (psykolog, psyk. spl., sosionom) og seksjonsoverlege.	Løpende	
AIO	<i>Legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning, kan søke i institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling i samarbeid med Kriminalomsorgen</i>	UNN/Finmark				

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
AIO	<i>Fordele ansvaret for tilbud innen LAR og gjennomføre tiltak for å styrke tilbudet til LAR-pasienter.</i>	UNN/NLSH	3	Se 3.3.5.2. Ingen med somatisk kompetanse og psykiatrisk kompetanse hos saksbehandlere i Bodø etter mars 2010. Skjeve ressurser i forhold til antall LAR-pasienter NLSH/UNN? Ansvaret fortsatt tillagt UNN.		
AIO	Samarbeide med Bodø fengsel om drift av rusmestringsenhet i fengselet	NLSH	1	Samarbeidet etablert. Pr. nå kvartalsvise møter mellom leder for rusmestringsenheten enhetsleder Rusteamet og seksjonsleder VOP-SDPS.		
OEL	<i>Håndtere utlevering av medikamenter til pasienter som er på legemiddelassistert rehabilitering</i>	Apotek				
betansesentra						
JPK	Rapportere om virksomheten ved godkjente nasjonale kompetansesentre, landsfunksjon og kompetansesenter for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Rapportene fra nasjonale medisinske kompetansesentre skal behandles av referansegruppen og styret før innsending. Rapporteringen skal skje via portalen http://hoyspesial.ihelse.net/Hsliste.aspx	UNN/Finmark				
AR	<i>Følge opp driften av regionalt kompetansesenter for medisinsk fysikk.</i>	UNN				
JPK	<i>Rapportere antall utførte nyretransplantasjoner og andel levende giver av nyre av totalt antall nyretransplantasjoner.</i>	UNN				
KT	<i>Utarbeide rutiner for identifisering av potensielle organdonorer og at helsepersonell tar opp spørsmål om organdonasjon med pårørende når det er aktuelt i samråd med øvrige foretak</i>	UNN/NLSH	2	Utført gjennomgang av egne rutiner. Planlegges undervisning i eget foretak og ved Helgelandssykehuset.	Desember 2010	
KT	<i>Samarbeide med Helse Midt-Norge om Cochlea implantatoperasjoner for voksne ved St. Olavs Hospital i tråd med vedtatt volum</i>	UNN				
JPK	<i>Sikre prospektiv registrering av behandlings- og oppfølgingsdata for oppstart av kateterimplantasjon av hjerteklaffer</i>	UNN				
OEL	Oppdatere og videreutvikle planer samt øve smittevern- og beredskap, herunder planer mot atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa) og kjemiske hendelser		2	Som de fleste andre helseforetak har de somatiske sykehusene i Nordlandssykehuset HF fått en grundig gjennomgang av beredskapsplanene for pandemisk influensa i forbindelse med utbruddet av ny influensa A H1N1. Underveis i arbeidet har det vist seg å være behov for endringer i de opprinnelige planene, og disse eindringene er gjennomført. Det er foreløpig ikke gjennomført øvelser i forbindelse med andre smittsomme sykdommer, atomhendelser og/eller kjemiske hendelser ved NLSH.		

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
OEL	Rapportere antidotbeholdning til Apotekforeningens databedrift.		2	Lagerbeholdning for definerte antidoter rapporteres automatisk inn til en sentral database hos NAF-Data fra en rapport som settes opp i FarmaPro, som er apotekenes dataprogram. Aktuelle antidoter trekkes ut på bakgrunn av en tabell med ATC-koder som ligger i en fil lokalt på den enkelte server. Oppslag i databasen sentralt gir oversikt over beholdning av valgte antidoter totalt eller innenfor valgte geografiske områder. Dette er lagt inn i sykehusapotekets system slik at det hver natt gjøres uttrekk for de aktuelle antidotene som apoteket har på lager. I neste omgang vil antidoter som er utplassert ved avdelinger bli rapportert inn via fiktivt lager som opprettes i FarmaPro.		
KT	Iverksette tiltak i tuberkulosekontrollprogrammet jf budsjett 2009. <i>UNN har et særlig ansvar for å følge opp gjennom Kompetansesenter for smittevern (KORSN).</i>		1	Det er ansatt tuberkulosekoordinator ved NLSH fra 2003. I tillegg til myndighetskrav gitt i Forskrift om tuberkulosekontroll har Helse Nord vedtatt eget tuberkulosekontrollprogram 2008-2011. Målet med tuberkulosekontrollprogrammet er å diagnostisere, forebygge og behandle tuberkulose effektivt, og sikre at myndighetskravene gitt i forskrift om tuberkulosekontroll blir oppfylt. I dette arbeidet samarbeider tuberkulosekoordinator nært med lungelege tilknyttet medisinsk klinikk og med seksjon for smittevern, som omfatter hygienesykepleier og smittevernlege.	Kontinuerlig	
OEL	Sikre at det er smittevernlege ved alle sykehus. Funksjonen skal være beskrevet. Smittevernlege, hygienesykepleier og tuberkulosekoordinator må arbeide i team, og samarbeide med kommunene i opptaksområdet. (Årlig melding)		1 og 2	NLSH tilsatte smittevernlege i 75 % stilling i desember 2008. Stillingsbeskrivelse for smittevernlege er utarbeidet. Smittevernlegen har gjennomført utdanning i infeksjonshygiene ved NHV i Gøtebort våren 2009. Ansettelsen har medført en betydelig forbedring av smittevernlegetilbudet til sykehusene i foretaket. Smittevernlegen arbeider også i 25 % stilling som infeksjonsmedisiner, og har poliklinikkvirksomhet ved de øvrige somatiske sykehusene, dette arbeidet kombineres som regel med smittevernarbeid. For teamsamarbeid: se pkt. 3.3.7.3. For samarbeid med kommunene: se pkt. 3.3.2.6.	Kontinuerlig	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
OEL	Gjennomgå og kvalitetssikre driften ved sterilforsyningsenhetene. KORSN starter arbeidet		1 og 2	Sterilsentralene ved NLSH (under akuttmedisinsk klinikk) samarbeider nært med Seksjon for smittevern. NLSH Bodø er den eneste sterilsentralen i Helse Nord som har personell med videreutdanning i sterilforsyning, og det er gjennomført strenge kvalitetssikringsrutiner. Leder ved sterilsentralen har et nært samarbeid med de øvrige ansatte ved sterilsentralene i helseforetaket. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har hatt et prosjekt "Sterilforsyning Helse Nord 2010". Rapporten ble utgitt 11. januar 2010 og beskriver resultatene fra prosjektleiders besøk ved hver sterilforsyning i regionene. Prosjektets viktigste anbefalinger er som følger: - Overordnet plan for vedlikehold og oppgradering av maskinparken (utskifting, oppgradering, vedlikehold, årlig validering). - Dataverktøy til logistikk og sporing (regional anskaffelse). - Skriftlige prosedyrer /dokumentasjon der dette mangler. - Regionalt fagnettverk etabler i 2008 med 1 deltaker fra hvert sykehus og med formål samarbeid mellom sykehusene. Alt dette følges opp.	Kontinuerlig	
OEL	Iverksette tiltak for å forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner		1	NLSH har infeksjonskontrollprogram som er tilgjengelig for alle ansatte via DocMap. Infeksjonskontrollprogrammet omhandler også hvordan helsepersonell kan forebygge sykehusinfeksjoner. Retningslinjer for antibiotikabruk ved helseforetakene i Helse Nord ble utgitt november 2009. Alle leger følger opp dette, og smittevernlege undervis i rasjonell antibiotikabruk for legene. Klinikene har kontinuerlig fokus på antibiotikabruk i samråd med infeksjonsmedisiner og sykehushygiene. Det etableres smittebarrierer ved utbrudd av epidemi/pandemi.	Kontinuerlig	
OEL	Innarbeide beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler slik at Helse Nord RHF sammen med helseforetaket kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet		2	Beredskapshensyn legges til grunn ved beregning av minimumsmengde på sentrallager, og minimumsmengde justeres ved behov. For enkelte produkter er det avtale om at leverandøren holder bufferlager.		
OEL	<i>Delta i øvelsen Barents Rescue 2009</i>	UNN/Finmark				
OEL	<i>Gi smittevernlegene ved alle sykehus fortløpende rapportering om antibiotikabruk</i>	Apotek				
OEL	Samarbeide med Russland bl.a. ved gjensidig hospitering og faglige nettverk		*	Psykiatri/rusklinikken har medarbeidere ssom jobber med bilaterale forskningsprosjekter. Russisk psykiater i foretaket med kombinert klinisk og forskningsfunksjon. Løpende kontakt med klinisk og forskningsmessig miljø spesielt i Arkhangelskregionen, med felles forskningsprosjekter og arrangering av forskningskonferanser.	Kontinuerlig	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
OEL	<i>Delta i utarbeidelse av ROS-analyse og beredskapsplan for nordområdene</i>	UNN/Finmark				
Jenesten						
TME	Rapportere om kompetanseutvikling i ambulansetjenesten og andel ambulansefagarbeidere.		1	Prehospital klinikk rapporterer jevnlig til RHF om kompetanseutvikling og andel fagarbeidere i ambulansetjenesten.		
TME	Ha faglig god og kostnadseffektiv ambulansedrift. Følge nøye kvalitetsutviklingen i båtambulansetjenesten.		1	Vi har stadig evaluering av ambulansedriften med tanke på kostnadseffektiv drift. Faglig kvalitet og sikring er en del av det totale driftsbildet. Vi gjør det vi kan for å oppfylle myndighetenes krav med tanke på kompetanse.	Kontinuerlig	
TME	Samhandle med alle ledd i behandlingsskjeden for å sikre gode systemer for optimal logistikk		1	Anses som oppfylt.	Kontinuerlig	
TME	Inngå samarbeidsavtaler med kommunehelsetjenesten om oppfølging av overdosepasienter som ambulansetjenesten rykker ut til.		3	Ikke etablert.		
TME	Sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke		1 og 2	<i>Fra prehospital klinikk:</i> Psykiatrirapporter hvor bilambulansen benyttes anses som gode og verdige. Det er et problem at luftambulansen ikke har kapasitet til å gi disse transportene høy nok prioritet. Denne ressursen styres av R-AMK, UNN. <i>Fra psykiatri/rusklinikken:</i> Klinikken jobber kontinuerlig for å sikre god og verdig transportordning til sykehus, og vi følger samarbeidsrutinen på området. Imidlertid meldes det at pasienter i behov av flytransport ikke prioriteres tilstrekkelig av AMK UNN (flykoordineringsentralen), og koordineringen mellom dem og politiet overlates i for stor grad til spesialisthelsetjenesten. Etter diskusjon i Direktørens ledergruppe og i klinikkens kvalitetsutvalg vil dette meddeles AMK Tromsø. Vi anser imidlertid at vi har iverksatt det som er mulig for oss.		
TME	Helseforetakene skal sørge for bemanning og organisering i tråd med nye krav (EU-OPS, Subpart Q) til flyambulansetjenesten		1	Prehospital klinikk kjøper denne tjenesten av akuttmedisinsk klinikk. Kravene til EU-OPS og Subpart Q ansees som å være oppfylt.	Oppfylt	
TME	<i>Utvikle ambulansetjenesten i henhold til vedtatte planer og organisatoriske føringer fra Helse Nord RHF, og i et nært samarbeid med kommunene</i>	Helgeland				
EIER	Tilrettelegge for at pasienter som må vente før og etter behandling på felles transport hjem har tilgang til egnede ventarealer, skjermet fra inngangspartiet på sykehuset.		2	I forbindelse med regjeringens tiltakspakke har NLSH brukt 2,4 mill på bedre tilrettelegging for ventende pasienter. Imidlertid gir dagens bygg og utbyggingsarbeidene i sentrum begrensninger på i hvor stor grad man kan avsette dedikerte arealer. Nytt bygg i Sentrum og Vesterålen vil innfri dette behovet fullt ut.	Ferdigstilling av nybygg 2015	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Ferdigstille reisepolicy for pasienttransport i eget område, og sikre forankring hos pasienter, eksterne og interne rekvireneter		2	Reisepolicy er ferdigstilt, og under fortløpende evaluering. Er ikke lagt ut til de ulike rekvireneter, benyttes internt i Seksjon for pasientreiser		
EIER	Implementere nye moduler og integrasjoner i felles nasjonalt IKT-system for organisering og administrering av pasienttransport.		1			
EIER	Forberede overtakelse av oppgaver fra NAV (oppgjør mot enkeltpersoner) og overta oppgavene innen 31.12.2009		1	Oppgavene ble overtatt i oktober 2009 ihht plan.		
EIER	Forberede og etablere elektronisk rapportering av egenandeler for pasientreiser til NAV innen 31.12.2009		3	Utsatt i samsvar med nasjonalt prosjekt		
EIER	Gi god informasjon om rettigheter, transportmuligheter, og om parkeringsforhold ved det enkelte sykehus, for eksempel som vedlegg til innkallingen til time og gjennom oppslag		1	Informasjon om pasientreiser som vedlegg i innkallingsbrev		
EIER	Etablere parkeringstilbud slik at pasienten ikke får ekstra gebyr dersom behandler ikke holder fastlagt tid for konsultasjon, både for elektive pasienter og for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp		2	Jf redegjørelse knyttet til parkeringsforhold vil automatene bli skiftet til en type hvor etterskuddsbetaling er mulig		
EIER	Etablere gode rutiner når det gjelder informasjon om klageadgang og behandling av klager i forhold til parkering		1	NLSH HF har offentlig skilting, og gebyr ilegges av Bodø kommune. Klage skjer ihht normale parkeringsbestemmelser og behandles av Bodø kommune		
befolkning						
SHA	Ivareta tolketjenester til pasienter med behov for tolking på samisk		1	Tolketjenester hentes inn i henhold til retningslinjer ved behov. Fungerer.	Etablert	
SHA	Øke andel samisktalende personell, ved f.eks. å tilby kurs i samisk språk		3	Tiltaket er ikke aktivert pga. manglende ressurser.		
SHA	Synliggjøre at virksomheten har en tverrkulturell befolkning, f.eks. i stillingsannonser, ved skilting etc		1	Samisk navn på sykehuset benyttes i logoer m.v.		
AIO	Samarbeide med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter) om kompetanseutvikling i egne tjenestetilbud		3	Psykiatri/rusklinikken har hatt kontakt med SANKS, men ingen konkrete samarbeidsprosjekter. Ellers ikke etablert samarbeid mellom SANKS og de andre klinikkene.		
AIO	Planlegge regionfunksjon for den samiske befolkningen i samarbeid med SANKS	Finmark				
AIO	I samarbeid med SANKS styrke tilbudet til den lulesamiske og sørsamiske befolkningen, ved å vurdere oppretting av behandlerstillinger i hhv. Tysfjord og Snåsa	Finmark				
AIO	Finmarksklinikken skal i samarbeid med SANKS utvikles som regional kompetansesenter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling til den samiske befolkning	Finmark				

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
TKN	Forske, publisere og formidle forskning som er relevant for kliniske og pasientnære oppgaver		1	NLSH er nr. 10 av 30 foretak hva gjelder publikasjoner - kun forbigått av universitetssykehusene og Diakonhjemmet. Svært mye av forskningen har utgangspunkt i den kliniske virksomheten, og flere av klinikkene har svært høy forskningsaktivitet. En god del av forskningen i klinikkene foregår i nært samarbeid med sykehusets somatiske forskningssenter og med Nordnorsk Psykiatrisk Forskningssenter (samdrevet av NLSH og UNN). Det er etablert forskerkurs i sykehuset.	Kontinuerlig	
TKN	Stimulere til økt forskning blant alle personellgrupper		1	Fysioterapeut og sykepleier i gang med dr.grad. Startstipend søkt for pedagog (BUP). Det er god tilgang på veiledere for kandidater som vil starte egne prosjekt.	Kontinuerlig	
TKN	Finne praktiske løsninger og eventuelt medfinansiering for ansatte som har fått forskningsfinansiering fra Helse Nord RHF, samt dekke sosiale utgifter på lønn i forskningsprosjekter med regional finansiering		1	Egnete rutiner er iverksatt.	Iverksatt	
TKN	Sikre brukermedvirkning i forskning		2	Gjennomføres i en viss men beskjeden grad (p.t. i 3 større prosjekter).		
TKN	Etablere system for kvalitetssikring ved gjennomføring av kliniske studier		3	Inngår i sykehusets forskningsstrategi som er under utarbeidelse (ferdig medio februar 2010) - deretter implementering.	1. halvår 2010	
TKN	Rapportere andel prosjekter/tildelte midler til forskningsprosjekter basert på elektronisk rapportering, jf. portalen http://forskningsprosjekter.ihelse.net (E-rapport)		1	Gjennomføres.	Etablert	
TKN	Rapportere forskningsresultater og ressursbruk til forskning		1	Gjennomføres.	Etablert	
TKN	Rapportere om søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra NFR og EUs 7 rammeprogram		1	Gjennomføres.	Etablert	
TKN	Utarbeide rutiner for identifisering av mulig innovasjonspotensial i forsknings- og utviklingsprosjekter		2	Orienter om på internundervisning i forskning/forskningsmetodikk.		
TKN	Rapportere på innovasjonstiltak jf vedlegg/i henhold til krav i oppdragsdokumentet fra HOD		3	Rutiner ikke etablert.		
TKN	Bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). <i>UNN skal bidra med særlig kompetanse til dette.</i>		2	Gjennomført i den grad forskningsprosjekter sikter mot / har betydning for etablering av bedre rutiner, behandlingstiltak med mer.		
TKN	<i>Styrke forskning og akademisering i alle avdelinger/klinikker</i>	UNN				
TKN	<i>Styrke forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige</i>	UNN				
TKN	<i>Ivareta regionfunksjonen i Klinisk forskningssenter og Nordnorsk Psykiatrisk Forskningssenter, inkludert oppsøkende virksomhet overfor de andre helseforetakene</i>	UNN				
TKN	<i>Stimulere til foretaksovergripende forskningsprosjekter</i>	UNN				
TKN	<i>Bidra i utviklingen av SKDEs nasjonale oppgaver</i>	UNN				
	helsepersonell					

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
SHO	Revidere lokale samarbeidsavtaler med høgskolene		2	I 2009 har det vært et samarbeid for å utvikle nye avtaler, arbeidet sluttføres i 2010.	Vår 2010	
EDA	Samarbeide med fylkeskommuner/videregående skoler om utdanning innen helse- og ambulansesfag og sørge for tilstrekkelig antall nye lærlinger. (XX til sammen 34).		1	5 helsefaglæringer ble tatt inn i 2008. 5 nye lærlinger planlegges effektivt i 2010. 20 lærlingeplasser ambulanse er etablert. 1 kontorlærling er under utdanning	5 nye helsefaglæringer tas inn aug. 2010	
SHO	Innfri aktivitetskrav/måltall på praksisplasser, jf. vedlegg		1	NLSH innfrir behov og måltall for praksisplasser.	Kontinuerlig aktivitet	
SHO	Rekruttere og utdanne legespesialister gjennom regionale utdanningsprogrammer innen fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri, revmatologi, psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og barne- og ungdomspsykologi. Rapportere antall i utdanningsprogram		2	Ass.leger under utdanning: 115 i somatikken, 33 psykologer og 10 ass.leger i utdanning i psykiatri. 4 leger i utdanningsprogram revma, ingen innen geriatri pr i dag, 3 leger under utdanning innen barne- og ungdomspsykiatri og 4 leger innen voksenpsykiatri		
TGR	Rapportere legestillingsstruktur til http://www.nr.dep.no/ og løpende melde avvik		1	Følges opp fortløpende		
EDA	Bidra i utarbeidelse og gjennomføring av handlingsplan for prosjekter som skal realiseres i læringsportalen www.helsekompetanse.no og bruke denne som en felles regional inngangsport for opplæring, kurs og fagnettverk		*	NLSH og UNN har i samarbeid utarbeidet og gjennomført kurs i informasjonssikkerhet. It tillegg bruker LMS www.helsekompetanse.no i forhold til nettverkssamarbeid.	Høst 2009	
SHO	Sikre at studenter i grunn-, videre- og spesialutdanning, samt turnusleger/fysioterapeuter får praksis- og turnusplass, jf. måltall i oppdragsdokumentet fra HOD		1	Følges opp løpende		
TKN	Betale for stillinger knyttet til klinisk undervisning		1	Betalingsansvar for stillingene knyttet til klinisk undervisning overtok vi jmfør de forutsetninger som lå til grunn for utvidelsen av utdanningstilskuddet f.o.m. 2009.	Etablert	
TKN	Rapportere på bruken av utdanningstilskuddet for medisinerstudenter		1	Rapportering på bruken av utdanningstilskuddet gjøres i henhold til rapporteringskrav fra Helse Nord.	Etablert	
SHO	Gi praksisundervisning til elever fra videregående skole i relevante fag		1	Det gis undervisning i henhold til behov og rammeplaner.	Kontinuerlig aktivitet	
TKN	Følge opp samarbeidet med det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø		1	Er etablert.	Kontinuerlig.	
FAG??TGR??	Oppdatere hjemmelsregisteret i lønns- og personalsystemet med legenes NR-id nummer		2	Følges opp løpende, noen hjemler mangler ID-nummer	Tidlig 2010	
FHH	Rekruttere og utdanne spesialister gjennom Legerekrutteringsprogrammet i Finnmark og rapportere antall i utdanningsprogrammet.	Finnmark				
EIER	Øke kompetansen om legemidler og legemiddelhåndtering i helseforetakene	Apotek				
TGR	Legge til rette for gruppe 1-tjeneste fra andre HF. Gjennom dialog med de øvrige HF sikre at avdelingene i UNN tidligst mulig blir kjent med behovene for gruppe 1-tjeneste	UNN				
TKN	Legge til rette for og ta imot flere 5.årsstudenter og inntil 25 6.års medisinstudenter fra høsten 2009 i samarbeid med Universitetet i Tromsø	NLSH	1	Er etablert.	Etablert.	
OEL	Samarbeide med Russland om utdanningsprogram i primærhelsetjenesten	UNN/Finmark				

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EDA	Styringsmål nye lærlingkontrakter for ambulansesfag og/eller helsefag fastsettes til o Helse Finnmark HF 4 nye kontrakter o UNN HF 12 nye kontrakter o NLSH 12 nye kontrakter o Helgelandssykehuset 6 nye kontrakter		2	20 lærlingeplasser, 19 i kontrakt pr i dag. Alle læreplasser skal fylles opp	Tidlig 2010	
årørende						
KT	Øke kapasitet tilbud ved LMS (lærings- og mestringssentre) i henhold til Budsjett 2009		1	Utvidet stilling for rådgiver. Økte og nye kurs for tidligere og nye pasientgrupper.	Etablert. Kontinuerlig aktivitet.	
KT	Videreutvikle læring- og mestringstilbud til nye pasientgrupper, som rus og psykisk helse		1	50 % stilling opprettet innen fagfeltet. Iverksatt kurs og andre lærings- og mestringstiltak i 2009.	Kontinuerlig aktivitet og utvikling.	
onomiske krav						
EIER	Ha en bevisst holdning til, og en aktiv oppfølging av omstillingstiltak. Dette innebærer at: - styret i helseforetaket skal ha direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkrete for å nå mål om økonomisk balanse og sikre god intern organisering - det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak		1	Planlegging, konsekvensutredning og implementering av omstillingstiltak gjennomføres som del av budsjettprosessen, og tiltaksplanene justeres løpende som del av månedlig økonomioppfølging. Styret orienteres om innhold, status og fremdrift i forbindelse med behandling av budsjett og månedsrapporter. Den enkelte klinikksjef rapporterer månedlig status og oppfølging av egne tiltak, og i den grad det avdekkes avvik fra plan skal det utarbeides korrigerende eller alternative tiltak for at fastsatte mål skal nås.		
EIER	Prioritere omstillingstiltak ved å: - Velge omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåleffektiv drift på lang sikt framfor kortsiktige engangseffekter - Sikre at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser, og en realistisk fremdriftsplan, er beskrevet i omstillingsplanen - Sikre at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak		1/2	Styret i Nordlandssykehuset vedtok i forbindelse med revidert tiltaksplan i sak 26/09 å rette det videre arbeid med kostnadsreducerende tiltak inn mot resultatene som fremkommer i rapport om kostnadssammenligning mellom sykehusene i Helse Nord, samt mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund. Rapportene indikerte et potensiale for besparelser både innenfor virksomheten i Lofoten og Vesterålen, samt for deler av virksomheten i Bodø. Det er i budsjettproessen for 2010 lagt til grunn at kostnadsreduksjoner knyttet til budsjettavvik og kostnadssammenligninger ikke skal medføre reduksjon i tilbudet til pasientene. I den grad kostnadsreduksjoner ihht sammenligningsdata ikke er tilstrekkelig for å nå krav om budsjettbalanse, er reduksjon i tilbudet vurdert. Samtlige omstillingstiltak skal konsekvensutredes og konkretiseres mht fremdrift og ansvarlig for tiltaket.		

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Kontinuerlig arbeide med omstilling og sikre at foretaket har en tiltaksplan for å nå resultatkravet i 2010 (se også kap.2)		1/2	Tiltaksplan for 2009 har vært fulgt opp månedlig, og justert underveis i den grad det har vist seg nødvendig. For budsjettåret 2010 er tiltaksplanen supplert med nye tiltak for å løse omstillingsutfordring for 2010. Ved inngangen til budsjettåret gjenstår arbeide med å redusere risiko knyttet til gjennomføringen av enkelte tiltak.	Løpende oppfølging gjennom året	
TGR/jgf	Styrebehandle nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt. Det skal foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives i saksframlegg til styret. Det skal beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne		1/2	Følgende nye tilbud er styrebehandlet: Budsjett 2010 Medisinerutdanning Budsjett 2010 Økt kapasitet fedmebehandling Budsjett 2009 og 2010 Nye tilbud psykiatri Styresak 05/2009 overtakelse av oppgaver pasientreiser - iverksettelse Styresak 06/09 - Operasjonssentralen /DKI - Økt aktivitet - bedret ressursutnyttelse I forbindelse med styrebehandlig gjøres konsekvensvurdering for tjenestetilbud, ansatte og økonomi,.	Løpende	
	Organisasjon med fokus på løpende forbedring og utvikling					
	Arbeidsgiverstrategi					
KL	Gjennomføre opplæring for ledere i GAT Turnus EFO-modul og sikre at ledere har opplæring i bruk av arbeidsplanssystemet Gat Turnus som lederstyringsverktøy.		3	Tiltaket ikke iverksatt som følge av at full implementering ansatte ikke fullført enda	Vurderes gjennomført i 2010	
kontroll						
FSkal						
EIER/sha	Ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik minimum en gang i året		2	Arbeid med systemutvikling for områdene kvalitet, HMS og informasjonssikkerhet samordnes av KVAM seksjonen på foretaksnivå og rettes blant annet mot kvalitetsutvalg og AMU. KVAM-grupper er etablert som møtepunkt for klinikkens arbeid med dette.	Innen utgangen av 2010	
EIER	Månedlig følge opp økonomirapporter og iverksette eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold		1/2	Klinikkene rapporterer status for økonomi og tiltaksarbeid til direktør månedlig, og eventuelle avvik vektelegges i den videre oppfølging. Se pkt 7.2.2.2	Løpende	
EIER	Månedlig følge opp gjennomføringen av foretakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme. samt påse at konsernbestemmelsene for investeringer legges til grunn i saksforberedelse og rapportering. Ved avvik i fremdriften av enkelt prosjekt eller det oppstår andre avvik skal korrigerende tiltak behandles samtidig.		1	Investeringsplan følges opp fortløpende og rapporteres som del av den månedlige rapportering.	Løpende	
EIER	Behandle alle tilsynsrapporter som foretaket mottar og plan for lukking av avvikene		1	Alle rapporter blir grundig behandlet. En del pålegg/avvik er krevende å lukke, for eksempel balanse mellom oppgaver og ressurser og komplett system for opplæring og dokumentasjon på bruk av elektromedisinsk utstyr.		

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Sikre at administrasjonen på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne til å møte omstillingsutfordringen som foretaket står ovenfor		2	Utarbeider virksomhetsplaner for staben for synliggjøring av ressursbehov og prioriteringer. Planene diskuteres med klinikkledeisen.	Våren 2010	
EIER	Sørge for at økonomisk planlegging, oppfølging og analyser, understøtter ledelsesbeslutninger og bidrar til å avdekke avvik og identifiserer korrigerende tiltak		1	Se punkt 7.1.1, 7.1.2 og 7.1.3	Løpende	
EIER	Utvikle controllerfunksjonen i 2009 i samsvar med føringer fra Helse Nord RHF		2	Organisering og innhold i controllerfunksjonen besluttet november 2009. Tilsetning i desember 2009.	April 2010	
EIER	Utarbeide periodisert likviditetsbudsjett og prognoser og ha løpende oppfølging		1	Likviditetssituasjonen følges opp fortløpende	Løpende	
og eiendomsforvaltning						
EIER	Utarbeide og styrebehandle innspill til rullering av investeringsplan for 2010-2018 innenfor de vedtatte investeringsrammer og føringer som gis fra Helse Nord RHF		1	Investeringsplan for 2010-2018 ble vedtatt av styret i Nordlandssykehuset 27. april 2009 ihht rammer og føringer gitt av Helse Nord RHF.	April 2009	
EIER	Etablere et partssammensatt parkeringsutvalg i foretaket med representasjon fra ledelse, medarbeidere og brukere (pasientorganisasjoner)		2	Utvalg ikke opprettet men diskutert. Parkering er under utredning, og holdes opp mot det arbeid Bodø kommune gjør ifm parkeringsplan og transportplan. Så langt har ulike modeller/alternativer vært berørt, og utkast for videre diskusjon vil bli utarbeidet og fremlagt for slikt utvalg samt AMU/Styre.	ila 2010	
EIER	Bidra til å utarbeide forvaltningsplaner for aktuelle objekter som blir underlagt forskriftsvern (verneklasse 1) og de verneinteresser som er satt i verneklasse 2 (reguleringsplan)		2	Vedtak for landsverneplan for spesialisthelsetjenesten ikke fattet, men høringsutalelse gitt via styre NLSH (16/08). Full tilstandsanalyse for Rønvik er utarbeidet 09 og vil sammen med endelig vedtak danne grunnlag for forvaltningsplanen.	avhengig av vedtak/forskrift	
EIER	Rapportere avhending av vernet eiendom til felles database og sikre vern ved forskrift eller reguleringsplan før eiendommen overdras andre		2	Se 7.3.3. Ingen avhending er foretatt.		
fond						
EIER	Kartlegge helseforetakets engasjement i stiftelser og legater, herunder forholdet mellom oppretter og mottaker jf stiftelsesloven § 19		1	Nordlandssykehusets engasjement i stiftelser og legater ble rapportert til Helse Nord RHF innen fristen den 1.9.2009.	August 2009	
EIER	Bringe forholdet til stiftelser og legater i samsvar med gjeldende regelverk og retningslinjer der dette er aktuelt		2	Nordlandssykehuset har kun ett engasjement i et mindre legat, og det arbeides med kvalitetssikring av at regelverk og retningslinjer knyttet til dette legatet følges opp ihht forutsetningene. Herunder også nødvendig revisjon.	Juni 2010	
EIER	Sikre at helseforetakets kontakt med stiftelser rutinemessig revideres mot gjeldende regelverk og retningslinjer, f eks ved hjelp av helseforetakets revisor		2	Se pkt 7.4.2	Juni 2010	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Rapportere om forholdet til stiftelser og legater på fastsatt skjema, innen 1. juni 2009		1	Se punkt 7.4.1.		
EIER	Ha oppdatert oversikt over og følge opp alle innkjøpsavtaler og leverandører.		2	Innkjøpsavtaler skal arkiveres fortløpende i elektronisk arkiv, men noe arbeid gjenstår mht eldre avtaler. Avtaler som er inngått lokalt følges opp av innkjøpsseksjonen (varer og tjenester som gjelder hele/større deler av virksomheten), andre følges opp av den klinikk som har hovedansvaret for en leverandøravtale.	Løpende	
EIER	Avvise leverandører som er dømt for alvorlig økonomisk kriminalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser		2	Lov om offentlige anskaffelser legges til grunn ved anskaffelser til virksomheten og i den grad det foreligger kunnskap om alvorlig kriminalitet vil leverandører bli avvist.	Løpende	
EIER	Dokumentere hvordan innkjøpene er gjennomført. Det er innført sanksjonsmuligheter for å skjerpe rutinene og for å motvirke korrupsjon og kameraderi		1/2	Det føres anskaffelsesprotokoll ved gjennomføring av anbudskonkurranser. Videre dokumenteres det enkelte innkjøp gjennom elektronisk eller manuell rekvisisjon.	Løpende	
EIER	Samarbeide med regionalt fagmiljø og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i tråd med gjeldende samhandlingsrutiner		1	Nordlandssykehuset har signert samhandlingsavtale med HINAS AS, samt deltar i innkjøpsforum i regi av Helse Nord RHF.		
EIER	Ta i bruk alle funksjoner i innkjøps- og logistikk-systemet Clockwork, som Helse Nord har planlagt å ta i bruk		1/2	Implementering av nye funksjoner er planlagt ihht Helse Nords utrullingsplan. Pga forsinkelse i leveransen vil utrulling skje våren 2010.	Juni 2010	
EIER	Involvere innkjøpsfunksjonen tidligst mulig i alle anskaffelsessaker og gjennomføre anskaffelsesprosessene med god kvalitet, blant annet gjennom å benytte nasjonal kompetanseenhet for offentlige anskaffelser eller tilsvarende enhet, når den er på plass i løpet av høsten 2009		1/2	Innkjøpsfunksjonen involveres i de anskaffelsessaker der det er relevant.	Løpende	
EIER	Etablere faste prosjektdeltakere og referansepersoner til det enkelte regionale og nasjonale anskaffelsesområdet, slik at anskaffelsesprosesser og oppfølging av avtaleområder kan gjennomføres mest mulig effektivt, med involvering av produkt-/brukefaglige miljø		1	Prosjektdeltakere og referansepersoner oppnevnes for det enkelte anskaffelsesprosjekt.	Løpende	
EIER	Utvikle krav til miljø og etikk i forbindelse med innkjøp i et interregionalt samarbeid og i samarbeid med HINAS. Helseforetakene skal implementere slike krav i sine anbudskonkurranser		2	Krav til miljø og etikk innarbeides i konkurransegrunnlag ihht de standarder som besluttes i regionalt samarbeidsforum.	Løpende	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Delta i interregionalt samarbeid om utvikling av en helhetlig miljøplan		2	Deltar med en representant fra NLSH i "Klima og miljø i spesialisthelsetjenesten"		
EIER	Legge til rette for bruk av offentlige transportmidler i samarbeid med kommunale og fylkeskommunale myndigheter		2	Høring gitt til ny transportplan for Bodø		
EIER	Vurdere hvorvidt helseforetaket bør miljøsertifiseres helt eller på enkeltområder		3	Tema har vært berørt i Eiendomsforum, men det avventes ift "Klima og miljø i spesialisthelsetjenesten"		
Utvikling og arbeidsgiverstrategi						
KL	Gjennomføre opplæring for ledere i GAT Turnus for å sikre at lederne bruker verktøyet som lederstyringsverktøy.		2	Lederopplæring gjennomført. Ikke alle personalgrupper tatt GAT aktivt i bruk så langt. Full implementering skal skje	I løpet av 2010	
AAN	Bidra til evaluering av etiske retningslinjer for medarbeidere i Helse Nord		3	Skal bidra i samarbeid med Helse Nord	I løpet av 2010	
TSK	Bidra med prosess- og fagkompetanse i prosjekt- og arbeidsgrupper og i organisasjons-utviklingsarbeid knyttet til fremtidig virksomhetsportal for å sikre innføring av nytt HR-system i foretaksgruppen i 2010		2	Samarbeid med helse Nord er etablert ifm forstudie	Løpende	
rekruttering						
GBÅ	Rapportere andelen kvinner i lederstillinger (2. tertial).		1	Rapport leveres som etterspurt	Løpende	
SHO	Skaffe oversikt over kort- og langsiktige rekrutteringsbehov for de neste 10 år (2. tertial) og utarbeide strategier på grunnlag av dette		2	Fag- og personalavdelingen så vidt startet en prosess med strategisk kompetanse- og personalplanlegging	Oppstart ultimo 2009, videre prosess i 2010	
GBÅ	<i>Rapportere gjennomført kartlegging av ufrivillig deltid (1. tertial)</i>	Finnmark/Helgeland				
GBÅ	Rapportere tiltak som er iverksatt for å øke andelen heltidsstillinger (1. tertial og årlig melding)		2	Internt arbeid med forslag til rutiner oppfølging ufrivillig deltid er klare for endelig behandling	1 kvartal 2010	
KL	Løpende registrere og rapportere til vernepliktsverket og Helse Nord RHF behov for fritak for fremmøte ved mobilisering og repetisjonstjeneste (1. tertial).		1	Foretas iht det som etterspørres	Løpende	
GBÅ	Utarbeide og styrebehandle rutiner for gjennomføring av seniorpolitikk i foretaket (1. tertial).		1	Styrebehandlet 1. kvartal 2009		
KL	Rapportere kostnader og antall årsverk til innleide vikarer fra vikarbyråer, fordelt på sykepleiere og leger (årlig).		1	Rapport tas ut når etterspørres	Løpende	
EIER	Ha en effektiv bemanningsplanlegging og rapportere månedlig kontroll på bemanningsutviklingen		2	Månedlig oversikt over personellbruk. Strategisk planlegging så vidt igangsatt	Følges opp i 2010	
KL	Løjalte benytte nasjonale avtaler for kjøp av vikartjenester, som vil foreligge våren 2009		1	Sentralt inngåtte avtaler benyttes	Løpende	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Drive kompetanseheving som følger av innovasjoner i organisasjon, system, prosess og produkt, ved behov		2	Nordlandssykehuset har gjennomført en stor organisasjonsendring med etablering av gjennomgående klinikkstrukturer. De fleste klinikkene har i forbindelse med og i kjølvannet av dette gjennomført større evalueringer og kompetanseutviklingsprogrammer, bl.a. med fokus på hvordan man best kan utnytte en ny organisasjon og samordne fagstrukturer optimalt. Seksjon for Organisasjon og Ledelse tar ansvar for å gjennomføre målrettet lederopplæring for sykehusets ledere innen systematisk forbedringsarbeid. Program er planlagt både på generelt nivå og som fordypningsstudie. Ambisjonen er å lære opp alle ledere i foretaket i løpet av 2010 og 2011. I tillegg registreres halvårsvis behov for omstillinger i klinikkene, med videre oppfølging. Diagnostisk klinikk har arbeidet med innovative organisasjonsformer der diagnostiske fag integreres til helhetlige tjenester, slik at pasientbehandler skal få enkel tilgang til de diagnostiske tjenester som kreves for en effektiv pasientbehandling. Infrastruktur i form av utvikling av integrerte IKT-løsninger har vært prioritert. Det er ønskelig å utvikle løsninger der de ansatte ved NLSH kan møtes ved hjelp av nettbaserte tjenester på egen	Kontinuerlig	
EDA	Bidra til at rekrutteringspolitikken i foretaksgruppen utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv		1	IA- tiltak, fortrinnsrett ved deltidsstillinger, personell rekruttert fra mange nasjonaliteter	Løpende	
EDA	Bidra i revisjon av overordnede retningslinjer for omstilling og nedbemanning		1	Gjennomført lokalt. Vil bidra til samarbeid med helse Nord når aktuelt	Ved behov	
EIER/ FAG:TGR	<i>Bistå/samarbeide med forsvaret i deres behov knyttet til utdanning av anestesileger og kirurger</i>	UNN/NLSH	1 og 2	2 leger fra forsvaret skal jobbe i klinikken 9 måneder pr. år. Dette gjelder kirurg og ortoped. Ved AKUM startet kontraktsforhandlinger med forsvaret.		
(HMS)						
AAN	Samarbeide om å bedre det opplevde misforholdet mellom oppgaver og ressurser		2	Foregår bl. a. gjennom personalmøter, samarbeidsmøter, KVAM-grupper, drøftingsmøter og AMU.	Arbeid med forbedring pågår kontinuerlig.	

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
GBÅ	Sikre videreføring av implementeringsarbeidet og rapportere om HMS-aktivitet og resultat i henhold til hovedmålene i Helhetlig strategi for HMS til eget styre og Helse Nord RHF.		2	Det pågår et kontinuerlig arbeid med forbedring av system/prosedyrer og evne til gjennomføring. Eksterne tilsyn bekrefter at vi fortsatt har forbedringspotensial.	Arbeid med forbedring pågår kontinuerlig.	
GBÅ	Forebygge sykefravær og følge opp sykemeldte		1	Gjennomføres løpende iht retningslinjer for IA- arbeidet	Løpende	
GBÅ	Redusere det gjennomsnittlige sykefraværet med 1 prosentpoeng		2	Totalt fravær på 9% i 2009. Mål ikke nådd. Det arbeides videre for reduksjon av sykefraværet	Løpende	
GBÅ	Implementere system for løpende overvåking av arbeidsmiljøet og delta i prosjekt- og arbeidsgrupper (årlig melding)		2	Deltakelse i sentrale grupper og gjennomføring av avtalte tiltak er fulgt opp	Løpende	
GBÅ	Bidra til følgeforskning av pilotprosjektet "Arbeidsglede".		1	Lever data til forsker i forbindelse med intervju.		
kasjonsteknologi (IKT)						
BN	Sikre at utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før igangsettelse, og at Helse Nord IKT som tjenesteleverandør trekkes tidlig inn i prosessen.		2	Det gjøres beslutninger hos driftsleverandøren HNIKT på dette området, jeg kan derfor ikke svare for om det sikres godkjenning på RHF- nivå.		
BN	Legge nasjonale krav til IKT arkitektur mv til grunn for alle IKT anskaffelser		2	Samme som 7.8.1. For øvrig mener vi i Intern It at vi har et klart oppdrag på dette fra RHF, og etterkommer det.		
BN	Gjennom Helse Nord IKT benytte Norsk Helsenett AS til sine kommunikasjonstjenester		1	Bortsett fra enkelte telefonitjenester bruker vi kun NHN. Det gjelder visse typer telefoni- og datatrafikk over GSM		
BN	Implementere de nasjonale og regionale standardene og føringene innenfor IKT- området som blir vedtatt og iverksatt i 2009		2	Vi jobber fortsatt med å komme i mål i henhold til samhandlingsreformen og med meldingsløftet		
BN	Rapportere hvilke utviklingsprosjekter som er under planlegging innen 1.mars 2009. Utviklingskontraktene skal sikre at alle helseforetak skal kunne benytte resultatet		1	Ingen utviklingsprosjekter meg bekjent.		
BN	Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser i forbindelse med informasjonssystem innen 1.juni 2009.		1	Dette er lagt til KVAM/Informasjonssikkerhe ved Alf Leinan. Intern- it har bidratt og jeg mener vi er i mål.		
BN	bidra aktivt til standardisering av IKT infrastruktur i samhandling med Helse Nord IKT , slik at Helse Nord får en mest mulig enhetlig applikasjonsportefølje og utstyrspark		1	Helse Nord IKT er premissleverandører		
BN	legge til rette for effektiv drift av IKT-systemer i aktiv samhandling med Helse Nord IKT, bla ved å utvikle felles driftsmiljø for de ulike applikasjoner.		2	Vi jobber i riktig retning, Plattformprosjektet, Arbeidsflyt/EDI- prosjektet er godt i gang. Sammenslåing av kliniske systemer i Nlsh er også i planleggingsfasen.		
BN	Drive elektronisk samhandling med eksterne aktører i henhold til nasjonal samhandlingsarkitektur beskrevet i samspillplanen til Helsedirektoratet		2	Vi jobber med saken jfr punkt 7.8.4		

Fagansvarlig kontaktperson RHF	KRAV:	Særkrav for:	Status for krav:	Alle statussvar skal kommenteres/begrunnes:	Tidspunkt / forventet tidspunkt for oppfyllelse:	For RHF
EIER	Sikre god kvalitet og fullstendig rapportering av virksomhetsdata		1 og 2	Det arbeides kontinuerlig for i størst mulig grad å sikre kompletthet og god kvalitet i virksomhetsdata. For å forebygge feil og dårlig datakvalitet må aktuelle sykehusansatte sikres nødvendig opplæring, og det er gjennomført ulike opplærings tiltak. Regelverk, datauttreksformater og datasystemer er i kontinuerlig endring, men ofte ikke synkronisert. Helsedirektoratet er informert om problemer som vanskeliggjør arbeidet med opplæring og sikring av datakvalitet både når det gjelder medisinske og pasientadministrative data. Dels skjer kvalitetssikringsarbeid forløpende i de ulike avdelinger og poliklinikker med de til enhver tid tilgjengelige verktøy, dels kontrolleres datamaterialet i ettertid i den enkelte enhet, supplert med kontroller utført sentralt i hvert av sykehusene. Utover dette gir Norsk pasientregister tertialvis meget omfattende tilbakemelding på datakvaliteten på innrapporterte data. Tilbakemeldingene følges opp i hvert av sykehusene - og evt. feil rettes og mangler suppleres. Helse Nord er en viktig samarbeidspartner for foretak når det gjelder tilrettelegging for bruk av data.	Løpende	
TME	Være pådriver i utviklingen av felles kvalitetsindikatorer og rapporteringskriterier for ambulans- og nødmeldetjenesten i Helse Nord	UNN				
EIER	Bruke felles definisjoner, standarder og rapporteringsverktøy i tertialrapporter og årlig melding til Helse Nord RHF		1	Nordlandssykehuset rapporterer iht rapporteringsmaler fra Helse Nord RHF.	Løpende	
EIER	Behandle tertialrapporter og årlig melding for 2009 i styret i helseforetaket før innsendelse til Helse Nord RHF		1	Tertialrapporter er for 2009 behandlet av Nordlandssykehusets styre. Årlig melding for 2009 blir behandlet i styremøte i mars 2010. Pga fristene for innlevering av administrativ rapport er det ikke mulig å få dette styrebehandlet før offisiell oversendelse til RHF.	Mars 2010	
EIER	Vedlegge kopi av drøftingsprotokoller, referater fra AMU og brukerutvalg ved innsending av rapportene		*	Direktørens sekretariat sikrer nødvendige vedlegg til denne saken.		