



Økonomi

**Styresak 50/10**

**2. Tertialrapport 2010**

**Saksbehandler:**  
Tom Arne Arnesen

**Saksnr.:** 2010/70  
**Dato:** 28.09.2010

Trykt vedlegg: Tertialrapport 2 – 2010  
Ikke trykt vedlegg: ØBAK skjema 2. tertial 2010

**Saksbehandlers kommentar:**

Rapporten for 2. tertial 2010 omfatter områdene økonomi, gjennomføring av tiltak, personal, aktivitet, kvalitet og risikostyring. Større områder kommenteres i saksframlegget, mens det vises til vedlagte rapport for utfyllende detaljer.

Økonomi

Samlet har Nordlandssykehuset et resultatkrav i 2010 på 32 mill kr i overskudd. Regnskap pr utgangen av august viser et overskudd på 23,8 mill kr, som er i samsvar med budsjett Hovedårsakene til bedring av resultatet fra juli til august skyldes lavere lønns- og driftskostnader (blant annet til strøm og pasienttransport). I tillegg har vi mottatt en innbetaling i august fra Blodbanken på 3 mill (som gjelder 2009).

Resultat - tall i 1000 kr	Re hif	RE hiå	JB hiå	Avvik hiå	Årsprog	JB tot	Progn pr aug
Basisramme	-1 409 973	-1 525 859	-1 522 388	3 471	-2 393 000	-2 386 640	6 000
ISF egne pasienter	-295 955	-290 204	-307 822	-17 618	-440 000	-463 869	-24 000
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-32 172	-41 513	-40 631	882	-63 000	-62 304	1 000
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	-11 248	-12 130	-12 291	-161	-18 000	-18 436	0
Gjestepasientinntekter	-7 506	-6 837	-6 835	2	-8 000	-10 252	-2 000
Polikliniske inntekter	-39 233	-42 150	-43 687	-1 537	-64 000	-68 370	-4 000
Raskere tilbake	-3 572	-3 002	-5 133	-2 131	-5 000	-7 700	-3 000
Andre øremerkede tilskudd	-151	-4 610	-785	3 825	-7 000	-1 177	6 000
Andre inntekter	-75 772	-80 440	-72 323	8 117	-114 000	-104 513	9 000
<b>Driftsinntekter</b>	<b>-1 875 583</b>	<b>-2 006 744</b>	<b>-2 011 894</b>	<b>-5 150</b>	<b>-3 112 000</b>	<b>-3 123 262</b>	<b>-11 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	66 175	66 647	78 279	11 632	102 000	117 018	15 000
Kjøp av private helsetjenester	37 130	31 325	33 933	2 608	47 500	50 900	3 000
Varekostnader knyttet til aktivitet	218 650	214 733	209 632	-5 101	334 000	326 247	-8 000
Innleid arbeidskraft (fra firma)	28 536	29 560	13 427	-16 133	46 000	20 140	-26 000
Lønn til fast ansatte	804 860	857 872	843 649	-14 223	1 356 000	1 331 488	-25 000
Vikarer	84 427	75 216	87 172	11 956	112 000	133 107	21 000
Overtid og ekstrahjelp	47 900	47 803	44 437	-3 366	73 000	64 144	-9 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	174 581	178 677	178 201	-476	268 000	267 959	0
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-59 790	-56 905	-51 967	4 938	-89 000	-77 951	11 000
Annen lønn	83 096	85 274	91 245	5 971	137 000	141 539	5 000
Avskrivninger	108 834	108 894	109 329	435	173 000	177 180	4 000
Nedskrivninger	533	0	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	303 595	327 219	329 638	2 419	508 000	507 489	-1 000
Årsresultat	-3			0			0
<b>Driftsutgifter</b>	<b>1 898 522</b>	<b>1 966 316</b>	<b>1 966 975</b>	<b>659</b>	<b>3 067 500</b>	<b>3 059 260</b>	<b>-8 000</b>
Finansinntekter	-952	-910	-2 050	-1 140	-1 500	-3 075	-2 000
Finanskostnader	18 638	17 558	23 159	5 601	26 000	35 075	9 000
<b>Finansielle poster</b>	<b>17 686</b>	<b>16 648</b>	<b>21 109</b>	<b>4 461</b>	<b>24 500</b>	<b>32 000</b>	<b>8 000</b>
<b>Totalt</b>	<b>40 625</b>	<b>-23 780</b>	<b>-23 809</b>	<b>-29</b>	<b>-20 000</b>	<b>-32 001</b>	<b>-12 000</b>

RE- Regnskap JB – Justert budsjett hif – hittil i fjor hiå – hittil i år

Prognosen for 2010 vurderes til et negativt budsjettavvik på 12 mill kr, dvs et regnskapsmessig overskudd på 20 mill. Prognosen er basert på historiske data fra regnskap 2009, samt forventninger om effekter av tiltak 2010. I tillegg vurderes forhold som sykefravær, månedsverksutvikling, aktivitetsutvikling mv. De største usikkerhetene ved prognosen er knyttet til aktivitetsrelaterte inntekter, gjestepasientkostnader, fristbrudd (Adipositas), samt tiltakseffekter.

### Gjennomføring av tiltak

Tiltaksstatus i tabellen nedenfor er basert på rapportering fra klinikk etter avslutning av juli. Oversikten viser planlagt og revidert gjennomføringsplan med risikovurdering, samt realisert omstilling hittil i år, hvor hittil i år er juli tillagt en måneds estimat.

Klinikk	Fordelt krav	Gjennomføringsrisiko opprinnelig			Revidert gjennomføringsrisiko			Realisert omstilling HiÅ
		1	2-3	4-5	1	2-3	4-5	
Akuttmedisinsk klinikk	13 300	8 000	5 300	0	2 500	3 000	7 800	800
Diagnostisk klinikk	6 000	1 500	2 000	2 500	1 500	4 500	0	4 000
Hode bevegelse klinikken	5 000	5 000	0	0	3 000	700	1 300	3 333
Kvinne Barn Klinikken	11 500	868	1 500	9 132	868	1 500	9 132	0
Kirurgisk ortopedisk klinikk	41 500	13 550	12 800	15 150	11 250	9 550	20 700	3 739
Medisinsk klinikk	21 955	5 097	6 907	9 951	6 104	7 873	7 978	9 631
Psykatri rus klinikken	15 400	12 000	3 400	0	12 000	3 400	0	8 000
Prehospital klinikk	14 100	6 750	3 833	3 517	2 000	1 625	10 475	4 167
<b>Total</b>	<b>128 755</b>	<b>52 765</b>	<b>35 740</b>	<b>40 250</b>	<b>39 222</b>	<b>32 148</b>	<b>57 385</b>	<b>33 670</b>
	Endring				-13 543	-3 592	17 135	
	Kontrollsum			128 755			128 755	

### Kvalitet

Vi har en forbedring fra 1. til 2.tertial for andel epikriser innenfor somatikk, mens det for psykiatrien er en nedgang i andelen. For begge er ligger NLSH lavere enn målet på 80 %. Når det gjelder andel strykninger har NLSH også her en forbedring i 2.tertial målt mot 1.tertial.

### Innstilling til vedtak:

Styret inviteres til å fatte følgende

### Vedtak:

Styret vedtar vedlagte rapport og som tertialrapport for Nordlandssykehuset HF for 2. tertial 2010.

Styret vil poengtere følgende:

- Styret er tilfreds med at Nordlandssykehuset har et regnskapsresultat per august i tråd med budsjett, og en bedret prognose fra tidligere periode.
- Styret ser positivt på at andelen epikriser har forbedret seg siden 1. tertial innen somatikken, men ber om at det fortsatt gis høy prioritet så styringskravet nås.
- Styret er tilfreds med at iverksatte tiltak for å redusere andelen strykninger har gitt effekt.
- Styret ber om at Nordlandssykehuset prioriterer arbeidet med å få ned ventetiden til rettighetspasienter.

### Avstemming :

### Vedtak :

# Tertialrapport 2-2010

## Nordlandssykehuset HF

### Innhold

Oppsummering av utvikling .....	2
Økonomi .....	3
Funksjonsregnskap .....	4
Driftsinntekter .....	5
Driftskostnader .....	5
Finansposter .....	5
Prognose .....	5
Gjennomføring av tiltak .....	6
Likviditet og investeringer .....	6
Personal .....	8
Bemanning .....	8
Sykefravær .....	9
Aktivitet .....	9
Somatikk .....	9
Psykisk helsevern .....	10
Kvalitet .....	11
Kvalitetsforbedring .....	11
Prioritering .....	11
Tilgjengelighet og brukervedvirkning .....	12
Risikostyring .....	15
Status pr 2 tertial .....	15
Oppfølging av risikovurderinger .....	16

## Oppsummering av utvikling

Samlet har Nordlandssykehuset et resultatkrav i 2010 på 32 mill kr i overskudd. Regnskap ved utgangen av august viser et overskudd på kr. 23,8 mill, det vil si budsjettbalanse pr. august 2010. Overskuddet for 1.tertial var kr.6,5 mill og for 2.tertial kr.17,2 mill.

Sammenligning av 2.tertial mot 1.tertial viser at driftsinntektene var kr.107 mill lavere i 2.tertial (tilsvarende 10 % nedgang), noe som i hovedsak gjelder driftstilskudd. Videre var lønnskostnadene kr.89 mill lavere og andre driftskostnader kr.28 mill lavere i 2.tertial. Nedgangen i andre driftskostnader skyldes lavere forbruk av medisinsk materiell samt at tidsavgrensninger til strøm og pasienttransport er korrigert ned (målt mot tidligere perioder).

Resultatet for august måned viser et positivt budsjettavvik på 10,2 mill kr. Det positive avviket i august skyldes blant annet lavere lønnskostnader samt lavere driftskostnader (blant annet til strøm og pasienttransport). I tillegg har vi mottatt en innbetaling i august fra Blodbanken på 3 mill (som gjelder 2009). Til sammen bidrar disse justeringene med ca.8 mill av overskuddet i august måned.

I høst har NLSH igangsatt tiltak knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan forventes en merkostnad knyttet til dette arbeidet i størrelsesorden 5 – 10 mill kr. Av den grunn vil NLSH få engangskostnader de siste 4 månedene som vi ikke viste om tidligere i år. Dette er medtatt i vurdering av prognose. Årsprognosen for 2010 er beregnet til et overskudd på kr.20 mill, noe som er et negativt avvik mot budsjett med kr.12 mill.

Vi har en økning i antall månedsverk hittil i år med snitt på 44 målt mot 2.tertial i fjor. Hovedårsaken til dette er nye tilbud innenfor psykiatrien samt årsverk knyttet til pasientreiser. Sykefraværet hittil i år er på 8,3 % mot 9,3 % i samme periode i fjor, nedgangen er i hovedsak knyttet til langtidsfravær.

NLSH har en inntektssvikt som skyldes lavere aktivitet innenfor somatisk virksomhet sammenlignet med fjoråret. Deler av denne mindreinntekten er knyttet til omlegging fra heldøgnsopphold til dagopphold.

Vi har en forbedring fra 1. til 2.tertial for andel epikriser innenfor somatikk, mens det for psykiatrien er en nedgang i andelen. For begge er ligger NLSH lavere enn målet på 80 %. Når det gjelder andel strykninger har NLSH også her en forbedring i 2.tertial målt mot 1.tertial. Det gjenstår likevel en del før målkravet er nådd.

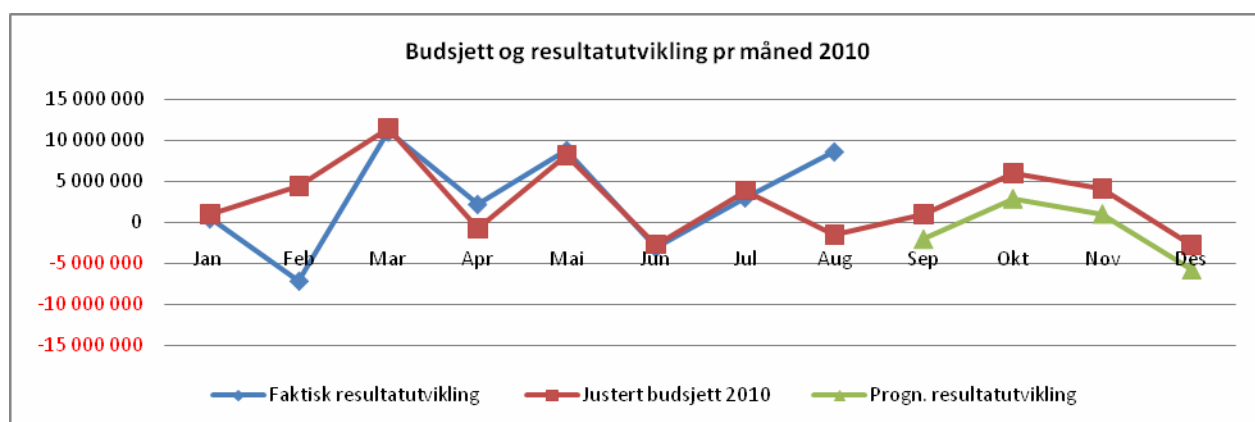
Risikostyring har blitt satt på agendaen for høsten 2010 av ny direktør og det vurderes hvordan risikostyring som metodikk kan anvendes inn mot de store kvalitetsforbedrings tiltakene som NLSH står overfor høsten 2010 og i 2011.

## Økonomi

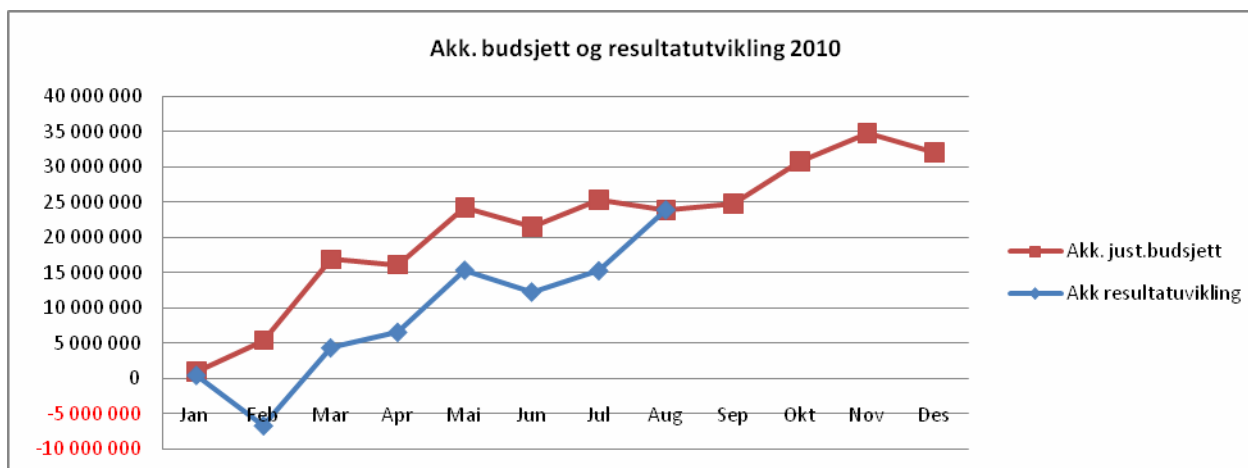
Resultat - tall i 1000 kr	Re hif	RE hiå	JB hiå	Avvik hiå	Årsprog	JB tot	Progn pr aug
Basisramme	-1 409 973	-1 525 859	-1 522 388	3 471	-2 393 000	-2 386 640	6 000
ISF egne pasienter	-295 955	-290 204	-307 822	-17 618	-440 000	-463 869	-24 000
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-32 172	-41 513	-40 631	882	-63 000	-62 304	1 000
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	-11 248	-12 130	-12 291	-161	-18 000	-18 436	0
Gjestepasientinntekter	-7 506	-6 837	-6 835	2	-8 000	-10 252	-2 000
Polikliniske inntekter	-39 233	-42 150	-43 687	-1 537	-64 000	-68 370	-4 000
Raskere tilbake	-3 572	-3 002	-5 133	-2 131	-5 000	-7 700	-3 000
Andre øremerkede tilskudd	-151	-4 610	-785	3 825	-7 000	-1 177	6 000
Andre inntekter	-75 772	-80 440	-72 323	8 117	-114 000	-104 513	9 000
<b>Driftsinntekter</b>	<b>-1 875 583</b>	<b>-2 006 744</b>	<b>-2 011 894</b>	<b>-5 150</b>	<b>-3 112 000</b>	<b>-3 123 262</b>	<b>-11 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	66 175	66 647	78 279	11 632	102 000	117 018	15 000
Kjøp av private helsetjenester	37 130	31 325	33 933	2 608	47 500	50 900	3 000
Varekostnader knyttet til aktivitet	218 650	214 733	209 632	-5 101	334 000	326 247	-8 000
Innleid arbeidskraft (fra firma)	28 536	29 560	13 427	-16 133	46 000	20 140	-26 000
Lønn til fast ansatte	804 860	857 872	843 649	-14 223	1 356 000	1 331 488	-25 000
Vikarer	84 427	75 216	87 172	11 956	112 000	133 107	21 000
Overtid og ekstrahjelp	47 900	47 803	44 437	-3 366	73 000	64 144	-9 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	174 581	178 677	178 201	-476	268 000	267 959	0
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-59 790	-56 905	-51 967	4 938	-89 000	-77 951	11 000
Annen lønn	83 096	85 274	91 245	5 971	137 000	141 539	5 000
Avskrivninger	108 834	108 894	109 329	435	173 000	177 180	4 000
Nedskrivninger	533	0	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	303 595	327 219	329 638	2 419	508 000	507 489	-1 000
Årsresultat	-3			0			0
<b>Driftsutgifter</b>	<b>1 898 522</b>	<b>1 966 316</b>	<b>1 966 975</b>	<b>659</b>	<b>3 067 500</b>	<b>3 059 260</b>	<b>-8 000</b>
Finansinntekter	-952	-910	-2 050	-1 140	-1 500	-3 075	-2 000
Finanskostnader	18 638	17 558	23 159	5 601	26 000	35 075	9 000
<b>Finansielle poster</b>	<b>17 686</b>	<b>16 648</b>	<b>21 109</b>	<b>4 461</b>	<b>24 500</b>	<b>32 000</b>	<b>8 000</b>
<b>Totalt</b>	<b>40 625</b>	<b>-23 780</b>	<b>-23 809</b>	<b>-29</b>	<b>-20 000</b>	<b>-32 001</b>	<b>-12 000</b>

RE- Regnskap JB – Justert budsjett hif – hittil i fjor hiå – hittil i år

Kvalitetsarbeid knyttet til bokføring av strømutgifter har medført noe lavere kostnader og mindre usikkerhet i prognosen. I tillegg vil effekten av lønnsoppjøret bli lavere enn vi forventet tidligere i år. De største usikkerhetene ved prognosen er knyttet til ISF-inntekter, gjestepasienter, fristbrudd (Adipositas) og tiltakseffekter.



Figuren viser utvikling i regnskapsmessig og budsjettert resultat 2010, samt forventet resultatutvikling fom. september 2010. I denne oversikten betyr minustall underskudd.



Figuren viser akkumulert utvikling i regnskapsmessig og budsjettert resultat i 2010. I denne oversikten betyr minustall underskudd.

## Funksjonsregnskap

Funksjonsregnskap - akkumulert pr 20108								
Funksjon	RE dp	JB dp	RE hif	RE hiå	JB hiå	Awik hiå	Vekst hiå- hif	JB 2010
Somatikk	120 364	122 408	996 833	1 036 075	1 020 104	(15 971)	3,9 %	1 584 877
Somatikk, (re-hab)	2 102	3 048	25 343	27 323	26 933	(391)	7,8 %	42 183
Lab/rtg	23 443	24 364	207 558	212 810	211 610	(1 200)	2,5 %	326 355
<b>Sum Somatikk</b>	<b>145 909</b>	<b>149 820</b>	<b>1 229 734</b>	<b>1 276 208</b>	<b>1 258 647</b>	<b>(17 562)</b>	<b>3,8 %</b>	<b>1 953 415</b>
VOP, sykehus og annen beh	31 731	32 865	270 055	285 071	296 548	11 477	5,6 %	462 996
VOP, DPS og annen beh	6 683	7 770	61 544	64 921	69 077	4 156	5,5 %	106 437
BUP	8 942	9 883	84 567	85 893	86 527	633	1,6 %	133 610
<b>Sum Psykisk helse</b>	<b>47 356</b>	<b>50 518</b>	<b>416 166</b>	<b>435 885</b>	<b>452 152</b>	<b>16 266</b>	<b>4,7 %</b>	<b>703 043</b>
Rus,behandling	3 813	4 291	33 433	26 711	34 075	7 365	-20,1 %	58 245
Ambulanse	11 328	11 621	104 775	106 624	98 355	(8 269)	1,8 %	151 698
Pasienttransport	11 942	14 094	109 468	114 624	117 992	3 368	4,7 %	184 320
<b>Sum Prehospitaltjenester</b>	<b>23 270</b>	<b>25 715</b>	<b>214 243</b>	<b>221 248</b>	<b>216 347</b>	<b>(4 901)</b>	<b>3,3 %</b>	<b>336 018</b>
Personalboliger, barnehager	381	591	4 903	6 263	5 750	(513)	27,7 %	8 529
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>220 729</b>	<b>230 935</b>	<b>1 898 479</b>	<b>1 966 315</b>	<b>1 966 971</b>	<b>655</b>	<b>3,6 %</b>	<b>3 059 250</b>

RE-regnskap ; JB-justert budsjett ;  
dp-denne periode, hiå-hittil i år; hif- hittil i fjor

Andel av totale driftskostnader				
Funksjon	RE hif	RE hiå	JB hiå	JB 2010
Somatikk	52,5 %	52,7 %	51,9 %	51,8 %
Somatikk, (re-hab)	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %
Lab/rtg	10,9 %	10,8 %	10,8 %	10,7 %
<b>Sum Somatikk</b>	<b>64,8 %</b>	<b>64,9 %</b>	<b>64,0 %</b>	<b>63,9 %</b>
VOP, sykehus og annen beh	14,2 %	14,5 %	15,1 %	15,1 %
VOP, DPS og annen beh	3,2 %	3,3 %	3,5 %	3,5 %
BUP	4,5 %	4,4 %	4,4 %	4,4 %
<b>Sum Psykisk helse</b>	<b>21,9 %</b>	<b>22,2 %</b>	<b>23,0 %</b>	<b>23,0 %</b>
Rus,behandling	1,8 %	1,4 %	1,7 %	1,9 %
Ambulanse	5,5 %	5,4 %	5,0 %	5,0 %
Pasienttransport	5,8 %	5,8 %	6,0 %	6,0 %
<b>Sum Prehospitaltjenester</b>	<b>11,3 %</b>	<b>11,3 %</b>	<b>11,0 %</b>	<b>11,0 %</b>
Personalboliger, barnehager	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Tabellene viser brutto driftsutgifter fordelt pr funksjon. Det vises for øvrig til senere kommentarer til aktivitetsutvikling innenfor somatikk og psykiatri.

## ***Driftsinntekter***

NLSH har i 2010 mottatt enkeltinnbetalinger på til sammen 6 mill kr (hvorav 3 mill bokført i august) som gjelder aktivitet knyttet til 2009. Regnskap pr.31.08 viser at samlede driftsinntekter er 5,2 mill kr lavere enn budsjettert. Størst negativt avvik er på DRG inntekter, mens poliklinikkinntekter har det største positive avviket målt mot budsjett. Andre pasientrelaterte inntekter og gjestepasientinntekter er høyere i 2.tertial enn i 1.tertial. Øvrige inntekter er lavere i 2.tertial.

Aktivitetstallene for heldøgn og poliklinisk dagbehandling er lavere hittil i år enn på samme tid i fjor. Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner fortsetter å øke sammenlignet med data for 2009. Det legges til grunn en forventning om høyere aktivitet resten av året.

## ***Driftskostnader***

Kjøp av offentlige og private helsetjenester har hittil i år et mindreforbruk på kr.14,2 mill, fordelt med 33 % (4,7 mill) på 1.tertial og 67 % (9,5 mill) på 2.tertial. Varekostnader knyttet til aktivitet har et merforbruk på totalt kr.5,1 mill hittil i år, hvor største andel er i 2.tertial.

Samlede lønnskostnader (inkl innleie fra byrå) viser et merforbruk pr august på 11,3 mill kr. Merforbruket var på kr.7,7 mill i 1.tertial og på kr.3,6 mill i 2.tertial. En vesentlig andel av tiltakskrav er budsjettert under posten lønn til fast ansatte og forutsettes å gi økte effekter utover året. Derimot vil økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet medføre merkostnader på lønnsiden de fire siste månedene i år. Samlet legges det til grunn en årsprognose på -23 mill kr innenfor disse kostnadsgruppene.

Etter juli regnskapet er kostnadene knyttet til strøm og syketransport kvalitetssikret. Med bakgrunn i denne gjennomgangen har vi nå bedre kontroll på at disse kostnadene er korrekt belastet i regnskapet, samt at det gir mindre usikkerhet i årsprognosen for de aktuelle kostnadene. Kostnadene knyttet til kjøp av medisinsk materiell er 12,2 % lavere i 2.tertial enn i 1.tertial, noe som utgjør kr.11,5 mill.

## ***Finansposter***

Det ble tatt opp byggelån på kr.100 mill i slutten av juni. Ytterligere låneopptak på kr.100 mill forventes tatt opp i oktober. Finansielle poster har et positivt bidrag hittil i år på 4,5 mill. som skyldes for høyt budsjetterte rentekostnader.

## ***Prognose***

Nordlandssykehuset har i 2010 et budsjettkrav på 32 mill kr i overskudd. Samlet årsprognose for avvik mellom budsjett og regnskap settes til – 12 mill.kr. Inkludert i prognosen er merkostnader knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet.

Prognosen er forbedret med 10 mill kr. fra forrige måned. På inntektssiden har vi mottatt engangsinnbetaling i august fra Blodbanken (3 mill), som gjelder inntekter for 2009. Kostnadene knyttet til lønnsoppgjør medfører reduksjon i lønnskostnader (4 mill), og andre driftskostnader har en bedre prognose knyttet til kostnader for strøm (3 mill) og

pasienttransport (4 mill). Usikkerheten i prognosen er i hovedsak knyttet til aktivitetsrelaterte inntekter, gjestepasientkostnader, fristbrudd (Adipositas) og tiltakseffekter.

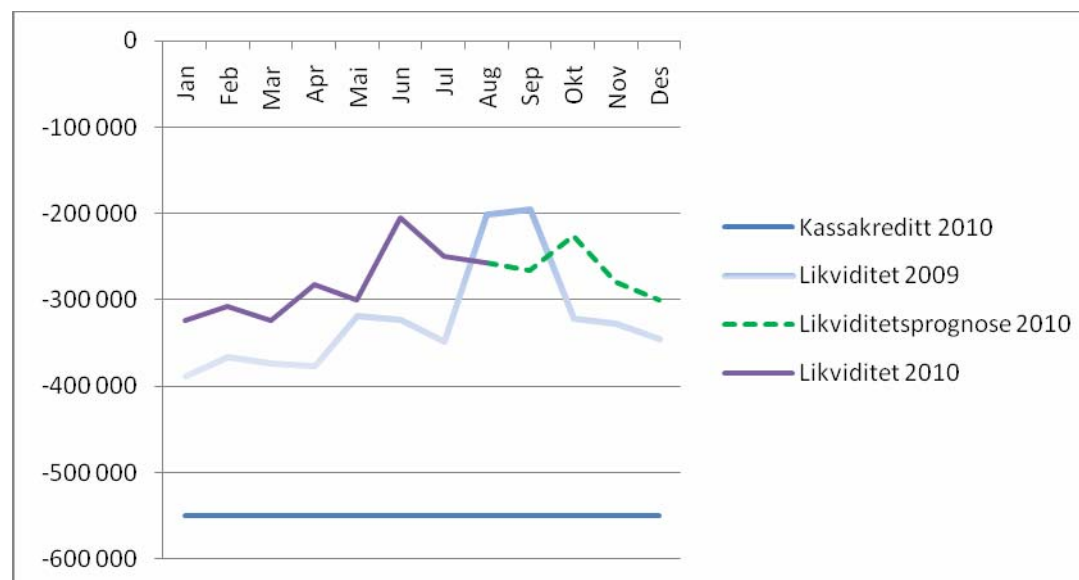
## Gjennomføring av tiltak

Klinikkene følges opp månedlig for vurdering av tiltakene som er iverksatt/skal iverksettes i 2010. I budsjett 2010 er samlet omstillingsutfordring fordelt på klinikk. Krav fra HOD om å redusere budsjetterte ISF-inntekter med 7 mnok er budsjettert sentralt. Tiltak på klinikknivå som ikke er fullstendig konkretisert er fordelt mellom lønn og drift i budsjettet, med klar hovedvekt på lønn. Budsjetteffektene er i hovedsak fordelt med 1/12 pr måned.

Tiltaksstatus i tabellen nedenfor er basert på rapportering fra klinikk etter avslutning av juli. Oversikten viser planlagt og revidert gjennomføringsplan med risikovurdering, samt realisert omstilling hittil i år, hvor hittil i år er juli tillagt en måneds estimat.

Klinikk	Fordelt krav	Gjennomføringsrisiko opprinnelig			Revidert gjennomføringsrisiko			Realisert omstilling HIÅ
		1	2-3	4-5	1	2-3	4-5	
Akuttmedisinsk klinikk	13 300	8 000	5 300	0	2 500	3 000	7 800	800
Diagnostisk klinikk	6 000	1 500	2 000	2 500	1 500	4 500	0	4 000
Hode bevegelse klinikken	5 000	5 000	0	0	3 000	700	1 300	3 333
Kvinne Barn Klinikken	11 500	868	1 500	9 132	868	1 500	9 132	0
Kirurgisk ortopedisk klinikk	41 500	13 550	12 800	15 150	11 250	9 550	20 700	3 739
Medisinsk klinikk	21 955	5 097	6 907	9 951	6 104	7 873	7 978	9 631
Psykatri rus klinikken	15 400	12 000	3 400	0	12 000	3 400	0	8 000
Prehospital klinikk	14 100	6 750	3 833	3 517	2 000	1 625	10 475	4 167
<b>Total</b>	<b>128 755</b>	<b>52 765</b>	<b>35 740</b>	<b>40 250</b>	<b>39 222</b>	<b>32 148</b>	<b>57 385</b>	<b>33 670</b>
Endring					-13 543	-3 592	17 135	
Kontrollsum					128 755		128 755	

## Likviditet og investeringer



Ved utgangen av august har NLSH en likviditetsbeholdning på – 256,7 mill kr. Dette er 73,5 mill kr lavere enn prognosen som ble gitt ved første tertial, og skyldes i hovedsak endret tidspunkt for opptak av byggelån (100 mill kr tas opp i oktober mot tidligere forutsatt august), samt en mer positiv resultatutvikling hittil i år enn det som ble lagt til grunn ved utgangen av april.

De to store utbyggingsprosjektene i Bodø og Vesterålen følges opp mht likviditet i 2010 da framdriften avgjør når det er nødvendig å foreta låneopptak. Det ble tatt opp 100 mill kr i byggelån i slutten av juni, og tilsvarende beløp forutsettes utbetalt fra Helse Nord i oktober.

Likviditeten i 2010 vil være påvirket av at tiltakplanene får de forventede effekter utover året. Med de forutsetninger for årsprognose, samt framdrift i investeringsprosjekter, som legges til grunn pr august, vil likviditeten være tilstrekkelig også i 2010. Estimert beholdning ved utgangen av året viser kun mindre endringer i forhold til prognosen som ble gitt i tertialrapport 1.

Investeringer 2002-2009	Ramme 02-09 overført 10	Ramme 10	Investert hittil 10	Forbruk av ramme
IKT utstyr	190	696	74	8 %
IKT plattform prosjekt	73	900	612	63 %
Medisinteknisk utstyr	16 453	16 705	8 428	25 %
DTEK prosjekter	2 709	12 009	7 129	48 %
Ufordelte rammer	16 530	39 424	0	
EK KLP	0	7 638	7 636	100 %
Omstillingsmidler	4 885	5 800	1 002	9 %
Tiltakspakke DTEK	2 494		886	36 %
Investeringer pandemi 2009	925		337	36 %
<b>SUM øvrig ramme</b>	<b>44 258</b>	<b>83 172</b>	<b>26 104</b>	<b>20,5 %</b>
<b>Prosjekter:</b>				
Stokmarknes	30 033	90 000	23 479	20 %
OTP VOP Rønvik	4 471		2 354	53 %
OTP BUPA 10 nye døgnplasser	934		0	
OTP modernisering Lofoten (psykiatri)	-15 803	15 803	0	
Fellsekostnader OTP psykiatri	2 496		0	
Lokaler for arbeidstrening	110		0	
BUPA familieavdeling	1 185		0	
Nye røntgen lab 3,4,5,7 og 9	12		0	
Hovedprosjekt trinn 1	2 808		7	
Hovedprosjekt trinn 2-5	123 287	290 000	141 403	34 %
Modernisering Lofoten (somatikk)	-325	325	0	
BUP/VOP Lofoten tilbygg	48		0	
<b>SUM total</b>	<b>193 517</b>	<b>479 300</b>	<b>193 342</b>	<b>28,7 %</b>

Per august er det benyttet 28,7 % av investeringsrammen. Investeringsprosjekter i forbindelse med omstillingsmidler og tiltakspakke bevilget i 2009 er i avslutningsfasen. Tilsvarende er det i 2010 bokført etterslep på investeringer ifm pandemimidler tildelt i 2009.

Psykiatriprosjektet er avsluttet og bygget ble tatt i bruk i oktober 2009. Kostnader i 2010 er slutfakturaer på prosjektet. Prosjektet vil holde seg innefor den tildelte rammen.

Det legges opp til å holde igjen noe av rammen til styrets disposisjon (ufordelte rammer) som sikring. Denne vil først bli disponert i sin helhet når en ser at samlet drift gjennomføres i tråd med budsjett.

# Personal

## Bemanning

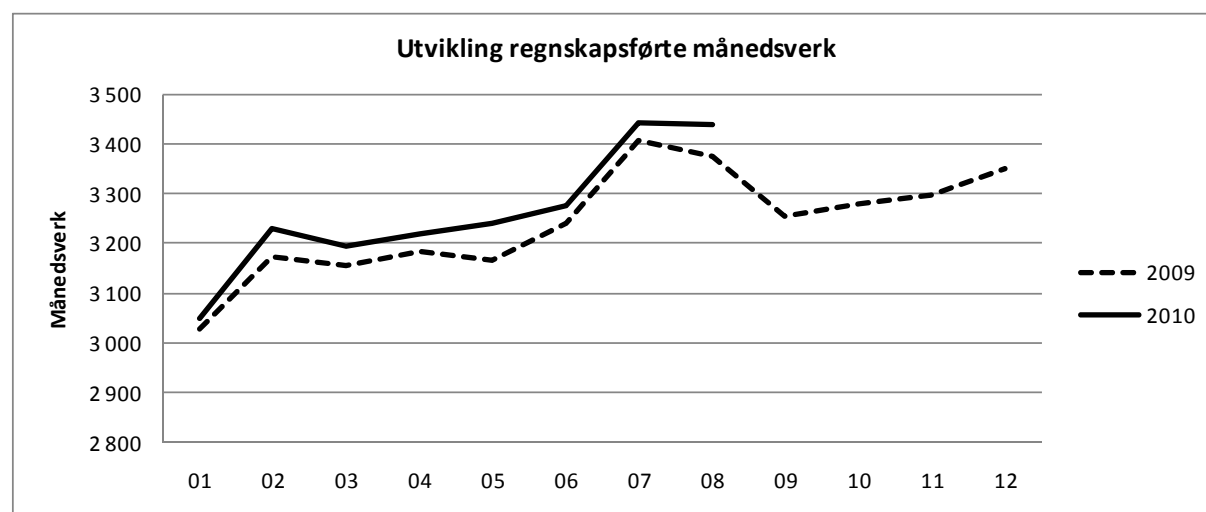
### Utvikling årsverk

Intern1 (T)	200901	200902	200903	200904	200905	200906	200907	200908	Snitt per 2.tert 2009	201001	201002	201003	201004	201005	201006	201007	201008	Snitt per 2.tert 2010
Sum Fast lønn inkl. tillegg	2 699	2 743	2 768	2 759	2 756	2 755	2 726	2 718	2 741	2 751	2 821	2 826	2 828	2 859	2 825	2 792	2 791	2 812
Sum Vikarer inkl. tillegg	183	234	217	211	216	276	429	407	272	165	220	209	199	196	252	425	392	257
Sum Overtid og ekstrahjelp	98	145	140	140	134	137	116	131	130	96	132	120	138	128	137	112	114	122
Sum Innleie av fagpersonell	68	69	52	93	79	92	153	135	93	53	74	58	73	77	79	126	156	87
Sum Refusjon lønn	-20	-19	-21	-20	-19	-19	-17	-16	-19	-17	-17	-20	-19	-19	-19	-15	-14	-18
<b>Totalt</b>	<b>3 029</b>	<b>3 173</b>	<b>3 156</b>	<b>3 184</b>	<b>3 166</b>	<b>3 241</b>	<b>3 408</b>	<b>3 375</b>	<b>3 216</b>	<b>3 048</b>	<b>3 229</b>	<b>3 193</b>	<b>3 218</b>	<b>3 241</b>	<b>3 274</b>	<b>3 441</b>	<b>3 439</b>	<b>3 260</b>

Tabellen ovenfor viser utviklingen i utlønnede månedsverk for månedene januar-august i år (regnskapsavslutninger) og tilsvarende perioder ett år tilbake. Antall månedsverk er i snitt økt med 44, per 2.tertial i år sammenlignet med per 2.tertial i fjor. De største endringene i denne perioden er innenfor områdene psykiatri med dømt til behandling og spiseforstyrrelser, og pasientreiser. Netto er pasientreiser økt med 15 årsverk. Innenfor psykiatri er økningen knyttet til nye tjenester på ca 50 årsverk. Samlet økning av bemanning knyttet til nye tjenester utgjør derved i overkant av 65 årsverk. Nedleggelse av Røsvik medfører reduksjon i årsverk slik at netto styrking innenfor psykiatri utgjør 24 årsverk.

Nordlandssykehuset HF	Gjennomsnittlig månedsverk	Eventuelle merknader
Bemanning til og med 2. tertial 2009	3216	
<b>Forklaring:</b>		
Netto styrking psyk og rus	24	Netto styrking psyk og rus, samt nedleggelse av Røsvik
Pasientreiser	15	
Lærlinger	3	
<b>Sum forklaring</b>	<b>42,0</b>	
Uforklarte (beregnet)	2	
Sum Endring	44	
<b>Bemanning til og med 2. tertial 2010</b>	<b>3260</b>	

Figuren under illustrerer utviklingen i forbruk av månedsverk.



Utvikling årsverk

## Sykefravær

Nordlandssykehuset hadde i årets 7 første måneder et langtidsfravær på 5,8 %. Det totale sykefraværet utgjorde 8,3 %. Til sammenligning utgjorde sykefraværet for samme tidsrom i 2009 9,3 %, hvorav langtidsfraværet var på 6,6 %.

Som det fremkommer av tallene har spesielt langtidsfraværet gått ned.

Langtidssykemeldte følges opp i henhold til intensjonene i IA -avtalen. Det har over tid vært gjennomført et systematisk samarbeid med NAV - etaten. Nye tiltak som kan medføre ytterligere nedgang i sykefraværet vil bli vurdert framover, men er ikke spesifisert så langt.

## Aktivitet

### Somatikk

	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Antall
<b>Antall opphold</b>													
Heldøgnsopphold	11 442	10 710	-6,4 %	2 409	2 370	-1,6 %	2 942	2 733	-7,1 %	16 793	15 813	-5,8 %	-980
Innlagte dagopphold	2 389	3 164	32,4 %	999	1 074	7,5 %	1 076	976	-9,3 %	4 464	5 214	16,8 %	750
Poliklinikk Dag	3 306	2 857	-13,6 %	588	563	-4,3 %	1 034	902	-12,8 %	4 928	4 322	-12,3 %	-606
Polikliniske konsultasjoner	54 170	55 013	1,6 %	9 853	10 506	6,6 %	11 293	12 288	8,8 %	75 316	77 807	3,3 %	2 491

Aktivitet for heldøgn -pasienter ligger 13 % under plantall. Innlagte dagopphold er 32 % over plan. Økningen i dagopphold gjelder alle klinikker og denne utvikling er i tråd med målsetning om å vri aktivitet fra døgn til dagbehandling.

Aktivitet fordelt per klinikk viser at Klinikk for kvinne/ barn har betydelig nedgang i døgnaktivitet hittil i år. Her er det en nedgang på totalt 438 døgnopphold (11 %) i forhold til tilsvarende periode i fjor. Samtidig er antall dagopphold ved klinikken økt med 220 (97 %). Oppstart av dagpost ved kvinne/ barn klinikk i år kan delvis forklare denne utvikling, slik at flere som tidligere ble innlagt nå har fått dagbehandling. Det er også registrert lav aktivitet ved fødselsavdeling både i Bodø og Vesterålen. Aktivitet ved Nyfødt avdeling ved Vesterålen ble redusert fra 180 opphold i 2009 til 135 opphold i 2010, en reduksjon på 25 %.

Hode – og bevegelsesklinikken viser også en betydelig nedgang i døgnopphold. Her er det en reduksjon på 247 opphold i forhold til 2009, en nedgang på 11 %. Nedgang skyldes i hovedsak Bodø. Samtidig er antall dagopphold i Bodø økt med 157 (43 %).

FMR viser en økning på 79 dagopphold (214 %) i forhold til samme periode i fjor.

Øre Nese Hals har en nedgang i døgnaktivitet på 129 opphold i forhold til i fjor (16 %). Dette skyldes bl.a. at det er tilsatt 3 spesialister ved Helgelandssykehuset slik at pasienter som tidligere ble behandlet ved sykehuset i Bodø, nå blir behandlet lokalt.

Innenfor kirurgisk ortopedisk klinikk er det plan om betydelig aktivitetsøkning som skal bidra til netto økt inntekt. Denne skal realiseres innenfor kirurgi i Bodø og ortopedi i Lofoten. Imidlertid viser tall per august at dette hittil ikke er realisert. Her er det en reduksjon på 158 døgnopphold (-3 %) hittil i år. Dag -aktivitet er noenlunde på samme nivå som i fjor.

Medisinsk klinikk viser en nedgang på heldøgn aktiviteten med ca 2 %. Nedgangen gjelder alle sykehus. Dagopphold i klinikken har økt fra 3774 til 4245 som tilsvarer en økning på 12 % i forhold til samme periode i fjor. Økning i dagpasienter skyldes i hovedsak dialyse pasienter både i Bodø og Lofoten,

Økning i polikliniske konsultasjoner i forhold til i fjor gjelder bare Medisinsk klinikk. De øvrige klinikkene viser nedgang. Sammenlignet med plantall er både poliklinikk dag og konsultasjoner redusert med henholdsvis 28 % og 5 %. Nedgang i poliklinisk aktivitet skyldes bl.a. overlegepermisjoner og andre permisjoner. I tillegg innebærer omlegging av tjenesteplan for Hode- og bevegelsesklinikk at overlegebemanning på dagtid er redusert (mer vaktbelastning).

## Psykisk helsevern

### Voksenpsykiatri

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Antall
Antall utskrevne - døgnbehandl.	980	878	-10,4 %				302	278	-7,9 %	1 282	1 156	-9,8 %	-126
Antall liggedøgn - døgnbehandl.	31 961	28 515	-10,8 %				2 726	2 705	-0,8 %	34 687	31 220	-10,0 %	-3 467
Antall oppholdsdager - dagbehandl.	2 318	1 951	-15,8 %				588	546	-7,1 %	2 906	2 497	-14,1 %	-409
Antall pol.kl.konsultasjoner	8 644	8 401	-2,8 %	5 370	4 168	-22,4 %	3 506	3 055	-12,9 %	17 520	15 624	-10,8 %	-1 896

Aktiviteten er også lavere enn plantall. Antall utskrivninger (-2 %) og liggedøgn (-12 %) er under plan for perioden. Nedgangen gjelder alle sykehus. Nedgang i Bodø skyldes i hovedsak nedlegging av Røsvik bo - og behandlings senter samt at nye etablerte senger gir et tilbud med lengre behandlingstid. Antall oppholdsdager er noe i samsvar med plantall og antall polikliniske konsultasjoner ligger 26 % under plan.

### Barne – og ungdomspsykiatri

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Antall
Ant. utskrevne - døgnbehandl.	83	85	2,4 %							83	85	2,4 %	2
Ant. liggedøgn - døgnbehandl.	3 526	3 303	-6,3 %							3 526	3 303	-6,3 %	-223
Ant. pol.kl.konsultasjoner	11 021	10 941	-0,7 %	1 936	2 465	27,3 %	2 511	2 632	4,8 %	15 468	16 038	3,7 %	570
Antall tiltak	18 224	18 279	0,3 %	2 693	3 522	30,8 %	3 405	3 638	6,8 %	24 322	25 439	4,6 %	1 117

Sammenlignet med plantall er heldøgn pasienter økt med 6 %, mens antall liggedøgn er redusert med 12 %. Antall tiltak er 16 % over plan, og antall refusjonsberettigede konsultasjoner er 2 % over plan. Lofoten viser betydelig aktivitetsøkning hittil i år som skyldes flere besatte stillinger.

### TSB

Aktivitet	Bodø			Lofoten			Vesterålen			NLSH totalt			
	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Hittil 2009	Hittil 2010	Endr.	Antall
Antall pol.kl.konsultasjoner	1 035	924	-10,7 %							1 035	924	-10,7 %	-111

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

Polikliniske konsultasjoner per august er ved rusteamet 12 % lavere enn plan. Nedgangen skyldes vakanser, som følge av problemer med rekruttering.

## **Kvalitet**

### ***Kvalitetsforbedring***

#### **Andel epikriser innen somatikk sendt innen 7 dager**

Måltall: 80 %

NLSH har en andel på 62,7 %. Siden 1. tertial har resultatet forbedret seg med 5,7 prosentpoeng, men ligger fortsatt under nasjonalt måltall. Dette er ett av innsatsområdene i NLSH sitt arbeid med kvalitetsforbedring. Styret har gitt klinikkssjefene frist innen utgangen av dette året til å nå målet. Planlagte tiltak for å nå målet er under iverksetting hos de klinikkene dette angår.

Ved Kirurgisk-/ortopedisk klinikk er epikrise ved utskrivning under innføring, og det benyttes ekstern skrivejeneste. Tiltakene har bidratt til å bedre resultatet. Videre er det stort fokus på behovet for å ytterligere forbedre resultatene gjennom monitorering av restanser hos leger og skrivejeneste.

#### **Andel epikriser innen psykiatri og TSB sendt innen 7 dager**

Måltall: 80 %

Andelen for NLSH er 61,6 %. Siden forrige rapport har andelen epikriser sendt innen 7 dager gått noe ned innen psykiatri. Det er spesielt akuttpsykiatri som har etterslep i en grad som gjør at vi ikke når måltallet. Det forventes at Klinikken bringer dette i orden innen utgangen av året.

#### **Korridorpasienter**

Måltall: 0

Andel korridorpasienter pleier å være noe høyere i 1. enn i 2. tertial. Resultatet viser 1,4 % og ligger nært måloppnåelse.

#### **Andel strykninger av planlagte operasjoner**

Andel strykninger er redusert fra forrige periode etter at flere tiltak knyttet til egen handlingsplan er iverksatt ved aktuelle klinikker. Det gjenstår likevel en del før målkravet er nådd. Det er planlagt ytterligere tiltak som skal gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet på flere områder, også mht færre strykninger fra operasjon. For Kirurgisk-/ortopedisk klinikk nevnes spesielt:

- stryke før kl 20.00 dagen før operasjon der det er mulig
- treffe tiltak for å få pasienten til å møte opp til operasjon
- vurdere anestesivurdering ifm poliklinikk
- delta i koordinerende møter med AKUM

### ***Prioritering***

#### **Andel pasienter som gir rett til nødvendig helsehjelp**

Denne rapporten er under utvikling i Styringsportalen. Denne teksten tas bort i rapporten til foretakets styre.

## **Tilgjengelighet og brukermedvirkning**

### **Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter innen somatikk**

Uttrekk fra NPR viser 66,6 dager gjennomsnittlig ventetid for de som har rett til prioritert helsehjelp, og 93,2 dager gjennomsnittlig ventetid for de uten rett til prioritert helsehjelp.

Styringsportalen viser andre tall, men vi velger å bruke uttrekk fra NPR da vi mener disse gir et mer korrekt bilde.

### **Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien**

Måleverdiene er: Gjennomsnittlig ventetid i dager. 1 tertial 2010 (Henvisninger med og uten rett til prioritert helsehjelp)

Totalt med og uten rett til prioritert helsehjelp.

Vesterålen BUP:	39 dager
Lofoten BUP:	102,4 dager
Bodø BUP:	67,7 dager

Henvisninger med rett til prioritert helsehjelp, 1 tertial 2010

Vesterålen BUP:	39 dager
Lofoten BUP:	105,1 dager
Bodø BUP:	83,9 dager

Henvisninger uten rett til prioritert helsehjelp, 1 tertial 2010

Vesterålen BUP: Ingen verdi (Årsaken kan være at alle har fått Ja (rett til prioritert helsehjelp))	
Lofoten BUP:	62,3 dager
Bodø BUP:	81,5 dager

BODØ BUP har et eget EPJ system, der det var en gruppe på 79 pasienter i 2 tertial der det ikke kom frem om pasienten hadde rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp. Denne pasientgruppen kom da ikke med i de to oversiktene som viser rett og ikke rett til prioritert helsehjelp, men de kom med i totalen. Dette gjelder kun Bodø BUP. Lofoten BUP og Vesterålen BUP hadde ingen av denne type registreringer. Gjennomsnittlig ventetid på de 79 pasienter var 41 dager, derfor ble det totale antallet på 67,7 dager for BODØ BUP.

Vi er ikke sikker på påliteligheten for disse tallene. En årsak kan være manglende rapportering fra de forskjellige BUP avdelingene i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Vi er også usikker på tallene fra første tertial rapport, slik at sammenligning mellom disse blir vanskelig. Det er svært påfallende at Lofoten BUP tilsynelatende har svært mye lengre ventetid for de med rett til prioritert helsehjelp enn de uten rett til prioritert helsehjelp, også dette må følges opp nærmere.

### **Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter innen voksenpsykiatrien**

Måleverdiene er: Gjennomsnittlig ventetid i dager. 1 tertial 2010 (Henvisninger med og uten rett til prioritert helsehjelp)

Bodø phv voksne:	92,9 dager
Vesterålen phv voksne:	63,9 dager
Lofoten phv voksne:	51,8 dager

#### Henvisninger med rett til prioritert helsehjelp, 1 tertial 2010

Bodø phv voksne:	87,1 dager
Vesterålen phv voksne:	43,1 dager
Lofoten phv voksne:	40,7 dager

#### Henvisninger uten rett til prioritert helsehjelp, 1 tertial 2010

Bodø phv voksne:	146,2 dager
Vesterålen phv voksne:	49 dager
Lofoten phv voksne:	58,9 dager

NLSH BODØ phv voksne har en total ventetid med og uten rett på 92,9 dager. Med rett til prioritert helsehjelp 87,1 dager, uten rett til prioritert helsehjelp 146,2 dager. Årsaken er at det er et lavt antall pasienter som er uten rett til prioritert helsehjelp, derfor blir tallene slik som vist ovenfor. Vi er ikke sikker på påliteligheten for disse tallene. Vi er også usikker på tallene fra første tertial rapport, slik at sammenligning mellom disse blir vanskelig.

### Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere

Vi har heller ikke for 2 tertial tilgjengelige data.

### Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager

Tallene er hentet fra Helse Nord styringsportal (Helse Nord LIS). Periode: 01.01.2010 til og med 31.07.2010.

Oversikt over klinikkene. Lofoten og Vesterålen kommer inn under den nye klinikkmodellen.

År			2010	
			Andel med rett vurd innen 30dg	Antall vurderte henvisninger
HF	Alle Fagområder	Alle Omsorgsnivå		
101051-Nordlandssykehuset	Alle Fagområder	Alle Omsorgsnivå	97%	12 611,00

Tallene her virker sannsynlige, vi hadde 97 % også i forrige tertialrapport for hele foretaket. Andel pasienter vurdert innen 30 dager er uendret på 97 % fra forrige tertialrapport (fortsatt 2 % poeng over fjoråret), og medisinsk klinikk, som ligger lavest, er nå oppe på 92 % etter 86 % i forrige periode.

### Andel pasienter innen BUP vurdert innen 10 dager

1. tertial 2010

#### Behandlingssted

Nordlandssykehuset HF	Andel vurderte innen 10 virkedager	88,7 %
Lofoten BUP	Andel vurderte innen 10 virkedager	59,1 %

Bodø BUP	Andel vurderte innen 10 virkedager	92,5 %
Vesterålen BUP	Andel vurderte innen 10 virkedager	98,7 %

Tallene er hentet fra NPR. Nordlandssykehuset som helhet ligger tilsynelatende med en lavere prosent andel sammenlignet med forrige tertial rapportering, der tallet var 95 %. Vi er usikre på tallet som ble angitt i forrige tertialrapport, og spesielt det lave tallet for Lofoten på 59,1 %. Tallet for Lofoten BUP må følges opp nærmere slik at vi kan finne årsaken til det tilsynelatende lave prosent tallet.

### Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år

1. tertial 2010

Behandlingssted	Måleverdier	
Nordlandssykehuset HF	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager	74,4 %
Lofoten BUP	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager	51,1 %
Bodø BUP	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager	70,1 %
Vesterålen BUP	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager	95,4 %

Tallene er hentet fra NPR. Andel ved forrige tertialrapportering var 81 %. Også her er prosenttallet for Lofoten påfallende lavt, og det må følges opp nærmere.

### Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan på barnehabilitering

Mål: Skal økes

12 av 17 innlagte pasienter i perioden har ikke fått individuell plan. For de fleste skyldes dette at de ikke er ferdig utredet og i noen tilfeller at avvikling av sommerferie i primær- og spesialisthelsetjenesten har forsinket arbeidet med individuell plan.

### Andel fristbrudd for rettighetspasienter

Mål: Skal reduseres

Utvalget er hentet for perioden 01.01.2010 til 31.07.2010

			Andel fristbr pr rettigh pas	Ant med fristbrudd periode	Rettighetspasienter
HF	Alle Fagområder	Alle Omsorgsnivå			
101051-Nordlandssykehuset HF	Alle Fagområder	Alle Omsorgsnivå	20%	1362	6907

Det er en liten økning med sammenlignet med forrige tertialrapport (18 %), men det er vanskelig å si om dette representerer en signifikant endring.

# Risikostyring

## *Status pr 2 tertial*

På det innledende møte i direktørens ledergruppe 09februar ble det besluttet at følgende målsettinger skulle være fokus i f.m. implementeringsprosessen av risikostyring:

- Minst 80 av alle epikriser skal sendes ut innen 1 uke etter utskrivning.
- Andelen av antall planlagte operasjoner som strykes skal være under 5 %.
- På alle områder med definerte ventetider skal disse reduseres i forhold til dagens nivå.

I tillegg skulle den enkelte klinikk vurdere å benytte metodikken på ett eller flere av de økonomiske tilpasningskravene som klinikken måtte ha.

Det er pr 30aug gjennomført samlinger i følgende klinikker og avdelinger:

- 09februar – Direktørens ledergruppe
- 18februar – Diagnostisk klinikk
- 08mars – Ledergruppen i Rus og Psykiatri klinikken
  - 22april Alders og akuttpsykiatri avdeling
  - 23april Salten DPS
- 17mars og 13april – AKUM klinikken
- 07april – Hode og Bevegelse klinikken
- 12april – Medisinsk klinikk
- 15april – Kvinne & Barn klinikken
- 06mai – BUPA
- 07mai – Lofoten DPS (innledende samtaler)
- 11mai – Allmennpsykiatrisk avdeling
- 01juni – Oppfølgingssamling AKUM
- 10juni – Oppfølgingssamling SPS
- 

Følgende avtaler er gjort for høsten 2010:

- 01september – Kortidsavdeling BUPA (medikamenthåndtering)
- 10september – Prosjekt EPJ (lab og kir/ort) (implementeringsfasen)
- 24september – Vesterålen DPS (Epikrisetid)
- 18oktober – kir/ort klinikk (DocMap prosjektet)
- Dato ikke fastsatt – medisinsk klinikk (oppfølgingssamling)

I følgende klinikker/avdelinger har innledende samtaler vært gjennomført, men egnet prosjekt/målsetting er ikke definert og prosessen er derfor ikke tidsfestet:

- Dato ikke fastsatt – Prehospital klinikk
- Dato ikke fastsatt – Drift og eiendom
- Dato ikke fastsatt – Lofoten DPS

Generelle kommentarer:

Det er ingen av de fremkommende risikoene i sammenstillingene nedenfor som vurderes å være av en slik karakter at overgripende tiltak på foretaksnivå er nødvendig pr 2 tertial. Utviklingen vil følges opp utover høsten 2010 gjennom videre arbeid med implementering av risikostyring. Det er ikke til å unngå at direktørens avgang i juni har hatt betydning for framdriften av risikostyringsprosjektet. Det ble derfor ikke blitt avholdt oppfølgingssamling i direktørens ledergruppe som opprinnelig planlagt 4.juni. Risikostyring har blitt satt på

agendaen for høsten 2010 av ny direktør og det vurderes hvordan risikostyring som metodikk kan anvendes inn mot de store kvalitetsforbedringstiltakene som NLSH står ovenfor høsten 2010 og i 2011. Utkast til risikopolisy er framlagt for direktør, men en avventer å formalisere denne til kvalitetspolicy er på plass slik at disse kan sees i sammenheng.

### **Oppfølging av risikovurderinger**

Nedenfor følger rapportering pr Klinik pr KSF for de utvalgte målsettingene

<b>Klinikk: HBEV klinikken</b>		<b>Alle enheter i klinikken</b>
<b>MÅLSETTING</b>		Epikrisetid – 80 % innen 7 dager
<b>Kritisk Suksess Faktor A</b>		Enighet /konsensus om at epikriser skal prioriteres
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Variierende epikrisetid i klinikken.
	<b>Sannsynlighet</b>	Def som gul /rødt område – middels sannsynlighet
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig konsekvens
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	1. Lage gode retningslinjer og prosedyrer. 2. Jevnt fokus på epikrisetid 3. Retningslinjer for nyansatte leger
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingsoverleger og enhetsleder merkantil, enhetsleder Lødingen og KSF.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter på epikrisetid 1gang pr. mnd. Taes opp på driftsmøter med hver enkel spesialitet.
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Betraktelig forbedring. Vi har et snitt på 80 % epikrisetid pr aug mnd.
	<b>Sannsynlighet</b>	Tiltak har hatt effekt.
	<b>Konsekvens</b>	Postitivt
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	1. Merkantil leder kjører ut hver fredag rapport over ikke godkjente epikriser til avd overlegene
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingsoverleger og enhetsleder merkantil, enhetsleder Lødingen og KSF.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter kjøres ut en gang i uken.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: HBEV klinikken</b>		<b>Alle enheter i klinikken</b>
<b>MÅLSETTING</b>		Epikrisetid – 80 % innen 7 dager
<b>Kritisk Suksess Faktor B</b>		Epikrisen dikteres tidlig av legen – helst rett etter at pasienten har gått
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Variierende epikrisetid i klinikken.
	<b>Sannsynlighet</b>	Def som rødt område – stor sannsynlighet
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig konsekvens
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	4. God planlegging av arbeidsdagen 5. Klare retningslinjer 6. Overlegene må ha gode rutiner for godkjenning av epikriser og fokus på det.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingsoverleger og enhetsleder merkantil, enhetsleder Lødingen og KSF.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter på epikrisetid 1gang pr. mnd. Taes opp på driftsmøter med hver enkel spesialitet.
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Vi har epikrisetid på 80 % pr aug mnd.
	<b>Sannsynlighet</b>	Grønt område
	<b>Konsekvens</b>	Positivt
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	Legene skriver ofte epikrisen selv, og forbedring av godkjenningsprosedyrer
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingsoverleger og enhetsleder merkantil, enhetsleder Lødingen og KSF.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: HBEV klinikken</b>		<b>Alle enheter i klinikken</b>
<b>MÅLSETTING</b>		Epikrisetid – 80 % innen 7 dager
<b>Kritisk Suksess Faktor C</b>		Merkantil kapasitet
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Variierende epikrisetid i klinikken.
	<b>Sannsynlighet</b>	Def som gul /rødt område – middels sannsynlighet
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig konsekvens
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	7. Sentralisering av merkantile ressurser i klinikken 8. Jevnere fordeling av oppgavene 9. Fokus på å diktere kortere epikriser
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Enhetsleder merkantil, avdelingsoverleger
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter på epikrisetid 1 gang pr. mnd. Taes opp på driftsmøter med hver enkel spesialitet. For øvrig;rapportering fra tiltaksansvarlige innen rapport Tertial 2 – 2010.
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Tiltakene har delvis effekt. Problemet er å få rekruttert kvalifiserte personell.
	<b>Sannsynlighet</b>	Gul område
	<b>Konsekvens</b>	Delvis alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Enhetsleder merkantil, avdelingsoverleger
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Fokus på å rekruttere helsesekretærer. Tiltak i God Vakt rapporten.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>	<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>	<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>	<i>Tilgang på kvalifisert personell</i>

<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Stort sykefravær i operasjonsenheten</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Økt fokus på sykefravær og arbeidsmiljø</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder og enhetsleder</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>KVAM-gruppe</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Redusert sykefravær</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Liten</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Fortsette fokus på sykefravær</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder og enhetsleder</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>KVAM-gruppe</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Tilgang på kvalifisert personell</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Få søkere til videreutdanning i operasjonssykepleie</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>

	<b>Tiltak</b>	<i>Rekrutteringsstilling operasjon</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Enhetsleder</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Rapportering til avdelingsleder</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Få søkere til videreutdanning i operasjonssykepleie</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Åpen dag i operasjonssentralen 17.09.2010, info på PULSEN. Artikkel i Avisa Nordland om operasjonssykepleie 18.09.2010</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Enhetsleder</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Rapportering til avdelingsleder</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Tilgang på kvalifisert personell</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Uforutsigbarhet i intensivaktivitet</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Bruk av eksterne vikarer</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Rapportering til avdelingsleder</i>
<b>rti al</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Uforutsigbarhet i intensivaktivitet</i>

	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Bruk av eksterne vikarer</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Rapportering til avdelingsleder</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Koordinering av personellressurser</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Stryking av pasienter ved mangel på ressurser grunnet full intensivenhet</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsledere</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Bruk av personell fra anestesi/operasjon til oppvåkning</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Berørte enhetsledere</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Ledergruppen via klinikksjef</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Færre intensivpasienter siste tertial</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Liten</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Liten</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsledere</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Bruk av personell fra anestesi/operasjon til oppvåkning</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Ledergruppen via klinikksjef</i>

	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Akum</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		Koordinering av personellresurser
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Sen oppstart i operasjonssentralen på morgenen</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>4 anestesilegespesialister ved oppstart kl. 07.50</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Ukeplanansvarlig anestesioverlege</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Tilbakemelding fra enhetsleder</i>
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Tidligere oppstart i operasjonssentralen</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Liten</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Liten</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>4 anestesilegespesialister ved oppstart kl. 07.50</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Ukeplanansvarlig anestesioverlege</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Tilbakemelding fra enhetsleder</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Klargjort pasient</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>For dårlig utfylt operasjonsmelding</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Operasjonsmelding må utfylles korrekt</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Drifts/koordineringsmøter</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>For dårlig utfylt operasjonsmelding</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Operasjonsmelding må utfylles korrekt</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Drifts/koordineringsmøter</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: AKUM</b>		<b>Avdeling: Operasjon/anestesi</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere strykeprosent &lt; 5 %</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Avstemt operasjonsprogram</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ubalanse mellom tilgjengelige personellressurser og planlagt operasjonsprogram.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>

	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>2-møtet gjennomføres, intensjonene må oppfølges</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Drifts/koordineringsmøter</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ubalanse mellom tilgjengelige personellressurser og planlagt operasjonsprogram.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>2-møtet gjennomføres, intensjonene må oppfølges</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder operasjon/anestesi</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Drifts/koordineringsmøter</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	
<b>Klinikk:</b> <b>Diagnostisk klinikk</b>		<b>Avdeling:</b> <b>Bilediagnostisk avdeling</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere bruk av BedSideBag</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Radiografer begrenser bruken til å gjelde bare pasienter med risiko for søl av kroppsvæsker. Eks. Traume, intensiv</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Avdelingen har allerede redusert bruken til et minimum. Det bestilles veldig lite</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>lav</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>lav</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Lill</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Holde øye med forbruk og bestilling. Dersom forbruket øker må rutinene for bruk innskjerpes</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Lill og Bodil (fagansvarlig radiograf generell radiologi )</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Sjekke bestillingslister for verifisere at avtalt reduksjon stemmer.</i>

<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Dette tiltaket er godt implementert og det er minimalt innkjøp av dette.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Lill og Bodil</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Kontroll av bestillingslister viset at tiltaket virker</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> <b>Diagnostisk klinikk</b>	<b>Avdeling:</b> <b>Bilediagnostisk avdeling</b>	
<b>MÅLSETTING</b>	<i>Optimalisere kontrastmiddelbruken /nye billigere LIS avtaler for KM</i>	
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>	<i>Rimeligst KM totalt sett er valgt. Vet ikke helt konsekvens av at denne ikke kan brukes til drikkekontrast og hvilket utslag dette vil få på kastprosenten.</i>	
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Vi bruker rester fra tidligere til drikkekontrast ennå. Når dette er oppbrukt må vi bestille ekstra drikkekontrast fra annen leverandør. Rester av Iomeron må kastes og kan ikke brukes til drikke.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Lill</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Vurdere mulighet for å endre prosedyrer for drikkekontrast til CT. Kan vi gå over til å bruke alternativ KM? Mer bruk av vann, sorbitol eller Gastrografin? Dialog med fagansvarlig lege og radiograf må til.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Lill og Jeanette(fagansvarlig radiograf CT)</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Kontrollere kastprosenten jevnlig og følge opp evt nye prosedyrer.</i>

<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Det er først i august vi har hatt ekstra bestilling av Omnipaque til reservekontrast. Vi har hatt restlager fra 2009 til nå. Selv om det kastes en god del restkontrast er det ikke mer enn forventet og kostnadene til kontrast har ikke økt i denne perioden. Vi har ikke fått til prosedyreendring.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Lill</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Spørsmål om prosedyreendringer mht peroral kontrast tas opp på fagdag i oktober.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Lill og Jeanette</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Kontrollere kastprosent og følge opp bestilling og forbruk av drikkekontrast</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> <b>Diagnostisk klinikk</b>	<b>Avdeling:</b> <b>Bildedagnostisk avdeling</b>	
<b>MÅLSETTING</b>	<i>Holde vakanser ledige så lenge som mulig</i>	
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>	<i>Stabilt sykefravær. Bruke billigst mulig ressurs ved ledige vakter kveld ,natt og helg Vurdere hvert ledige vikariat opp mot behov for gjeldende periode.</i>	
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Vi holder vakante stillinger ved permisjoner og langvarig sykefravær ledig så lenge som mulig og bruker forskjøvet vakt og ekstra bare der det ikke finnes andre alternativ.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>høy</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Lill</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Se på vaktplan og evt endre på turnus for å unngå for mange vakante vakter ved lengre ledighet i stillinger. Ha fokus på opplæring slik at flere er fleksible i forhold til arbeidsoppgaver.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Lill og Tone</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Gjennomgå budsjett og forbruk på månedlige ledermøter</i>

<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Avdelingen holder fortsatt vakanser ledig så lenge som mulig på radiografsiden. Vi har greid å holde lønnsbudsjett på et kontrollert nivå, fordi produksjonen har vært redusert med bakgrunn i for dårlig radiologkapasitet. Dette kan endre seg dersom produksjonen økes.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>høy</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Lill</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Vi søker hele tiden at det er samsvar mellom aktivitet og ressurser. Økt aktivitet vil samtidig gi økt inntekt og dermed forsvare at stillinger besettes.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder og enhetsledere</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Enhetsvis budsjettgjennomgang og avvik er tema på hvert avdelingsledermøte. Tiltak vurderes ved behov.</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b>	<b>Avdeling:</b>	
<b>Diagnostisk klinikk</b>	<b>Bilddiagnostisk avdeling</b>	
<b>MÅLSETTING</b>	<i>inneholde maks. ventetid 2 uke2 til prioritet A; inneholde maks. ventetid 4 uker til prioritet B</i>	
<b>Kritisk Suksess Faktor A</b>	<i>få registrert henvisninger i DIPS fortløpende</i>	
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>fortløpende registrering</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>gjøres av merkantil</i></li> <li>- <i>greier ikke å ta de manuell hver dag</i></li> <li>- <i>ok i Lofoten</i></li> <li>- <i>i Vesterålen kan de aot blir liggende</i></li> <li>- <i>BDS i rute</i></li> </ul>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>3</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>4</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>1) Elin Kosmo</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>1) styr ressursene på merkantil</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>1) Elin Kosmo</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Sjekk regelmessig om merkantilt personale foretar registrering av henvisninger med første prioritet.</i>

<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Arbeidet ble igangsatt umiddelbart. Kontortjenesten merkantil har sterkt fokus på at henvisningene blir registrert umiddelbart etter at de er mottatt.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Arbeidet går greit</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>At skrivearbeidet blir satt til side til fordel for registrering av henvisninger.</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Elin Kosmo</i>
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> <b>Diagnostisk klinikk</b>		<b>Avdeling:</b> <b>Bilediagnostisk avdeling</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>inneholde maks. ventetid 2 uke2 til prioritet A; inneholde maks. ventetid 4 uker til prioritet B</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor B</b>		<i>god arbeidsflyt/gode rutiner rundt de registrerte henvisninger (prioritering)</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>mangel på rutiner/arbeidsflyt rundt håndtering av registrerte henvisninger</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gjøres i Bodø av leger og radiografer og merkantil, både CT og MR prioriteres i stor grad av radiografer pga mangel på legetid</li> <li>- ulik håndtering av de enkelte leger (Bodø)</li> <li>- i Vesterålen og Lofoten av leger angående legebaserte undersøkelser</li> <li>- BDS: prioritering av merkantil</li> <li>- henvisninger blir liggende på kliniske avdelinger/poliklinikker på vent</li> <li>- lite skrevne rutiner</li> <li>- ikke diskutert internt</li> <li>- egentlig legeoppgave, men deligert til erfarne radiografer og merkantil</li> <li>- vanskeligheter å få tak i pasienter på kort varsel</li> </ul>
	<b>Sannsynlighet</b>	5
	<b>Konsekvens</b>	4

	<b>Risikoeier</b>	1) Elin Kosmo 2) Heinrich Backmann 3) Lill Angelsen 4) Lill Angelsen, Heinrich Backmann 7) Lill Angelsen
	<b>Tiltak</b>	1) styr ressursene på merkantil 2) tiknytte prioritering til en daglig arbeidsoppgave/funksjon 3) arbeidsgruppe bestående av radiolog, radiograf og merkantil for å se på gjennomføring av forandringer i arbeidsflyt 4) systematisk opplæring i DIPS / RIS / PACS og samtidig gjennomgang av brukertilganger 7) gjennomgå arbeidsflyt i y-fløya
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	1) Elin Kosmo 2) Heinrich Backmann 3) Lill Angelsen 4) enhetsleder 7) enhetsleder Bodø, Elin Kosmo
	<b>Kontrollaktivitet</b>	1) Oppfølging av merkantilt personale angående registrering av henvisninger, at det foretas med første prioritet. 2) Oppfølging av ny arbeidsflyt hvor prioritering tilfaller vakthavende overlege 3) gjennomgang av rutinene i juni 2010 4) gjennomgang av opplæringsstatus i desember 2010, oppstart av tiltak planlagt 09/2010 7) oppfølging av arbeidsflyten, oppstart av tiltak planlagt 09/2010
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Bedring når det gjelder å vurdere henvisninger fra legesiden. Legene har nå lik vurdering av henvisninger.
	<b>Sannsynlighet</b>	4
	<b>Konsekvens</b>	3
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	Fått i gang lik rutine for leger ved vurdering av henvisninger.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Kontrollaktivitet</b>	
	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> Diagnostisk klinikk	<b>Avdeling:</b> Bildedagnostisk avdeling
--	--

	<b>MÅLSETTING</b>	<i>inneholde maks. ventetid 2 uke2 til prioritet A; inneholde maks. ventetid 4 uker til prioritet B</i>
	<b>Kritisk Suksess Faktor C</b>	<i>tilstrekkelig kapasitet for å kunne ta undersøkelsene, både utstyr og personell</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>mangel på personell/utstyr oppstår - mangel på radiologer og radiologstillinger - mangel på merkantile stillinger/hjemler - økende antall undersøkelser og undersøkelser blir mer ressurskrevende - mangel på definert standard på hva en radiolog forventes å gjøre - arbeidsoppgavene mer og mer utvidet for alle yrkesgrupper - utstyr delvis mangelfult og lite oppdatert</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	3
	<b>Konsekvens</b>	5
	<b>Risikoeier</b>	<i>1) Elin Kosmo 2) Heinrich Backmann 3) Lill Angelsen 11) avdelingsleder (Lill Angelsen), avdelingsoverlege Heinrich Backmann</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>1) styr ressursene på merkantil 2) tiknytte prioritering til en daglig arbeidsoppgave/funksjon 3) arbeidsgruppe bestående av radiolog, radiograf og merkantil for å se på gjennomføring av forandringer i arbeidsflyt 11) bedre rotasjonsordning for radiologer/radiografer</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>1) Elin Kosmo 2) Heinrich Backmann 3) Lill Angelsen 11) enhetsledere, avdelingsoverlege Heinrich Backmann</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>1) Oppfølging av merkantilt personale angående registrering av henvisninger, at det foretas med første prioritet. 2) Oppfølging av ny arbeidsflyt hvor prioritering tilfaller vakthavende overlege 3) gjennomgang av rutinene i juni 2010 11) oppstart av tiltak med mer uttalt (lege)rotasjon tidligst i 09/2010</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ikke kommet i gang. Nåsituasjonen ikke forandret. Arbeidsoppgaver samsvarer ikke med resurser. På legesiden har situasjonen tilspisset seg derimot noe pga tilkommet permisjon av en overlege og større tidsmessig belastning av en overlege, som er med i et anskaffelsesprosjekt fra Helse Nord for IT-systemer</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	4
	<b>Konsekvens</b>	5

	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> Diagnostisk klinikk		<b>Avdeling:</b> Bilediagnostisk avdeling
<b>MÅLSETTING</b>		<i>inneholde maks. ventetid 2 uke2 til prioritet A; inneholde maks. ventetid 4 uker til prioritet B</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor D</b>		<i>velfungerende IKT-utstyr (datamaskiner, software, linjeforbindelser, RIS og PACS)</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>IKT system/utstyr fungerer ikke - forskjellig RIS - forskjellig DIPS-plattform - forskjellig PACS - mangelfull opplæring i bruk av systemene - mangelfull støttefunksjon fra intern IT og HN-IKT - mangelfull tilgang på spesialkompetanse på røntgensystemer</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	3
	<b>Konsekvens</b>	3
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef (Heinrich Backmann)</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Beskrivelse av hva slags tiltak som skal iverksettes for å bidra til å forsterke sannsynligheten for at KSF'en vil være på plass.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>IT-system-ansvarlig klinikk (intern IT)</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Tar problemer regelmessig opp på radiologiforumet bilediagnostisk klinikk</i>
	<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>
<b>Sannsynlighet</b>		3
<b>Konsekvens</b>		3
<b>Risikoeier</b>		

	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk:</b> <b>Diagnostisk klinikk</b>		<b>Avdeling:</b> <b>Bilediagnostisk avdeling</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>inneholde maks. ventetid 2 uke2 til prioritet A; inneholde maks. ventetid 4 uker til prioritet B</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor E</b>		<i>kompetanse</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>mangel på kompetanse - mangel på spesialkompetanse på legesiden innen MR, angio og mammo - mangel på radiografer med angiokompetanse manglende opplæring av merkantil personell</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>3</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>4</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>3) Lill Angelsen 4) Lill Angelsen, Heinrich Backmann 11) avdelingsleder (Lill Angelsen), avdelingsoverlege Heinrich Backmann</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>3) arbeidsgruppe bestående av radiolog, radiograf og merkantil for å se på gjennomføring av forandringer i arbeidsflyt 4) systematisk opplæring i DIPS / RIS / PACS og samtidig gjennomgang av brukertilganger 11) bedre rotasjonsordning for radiologer/radiografer</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>3) Lill Angelsen 4) enhetsleder 11) enhetsledere, avdelingsoverlege Heinrich Backmann</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>3) gjennomgang av rutinene i juni 2010 4) gjennomgang av opplæringsstatus i desember 2010, oppstart av tiltak planlagt 09/2010 11) oppstart av tiltak med mer uttalt (lege)rotasjon tidligst i 09/2010</i>
<b>2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Arbeidsgrupper ikke kommet konkret i gang på grunn av ferieavvikling og dårlig bemanning (spesielt på legesiden).</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	

	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	<i>Planlegger oppstart arbeidsflyt/grupper i oktober.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Psykisk helse- og rus klinikk</b>		<b>Avdeling: Overordnet for Psykisk helse- og rus klinikken</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Oppnå måltall for aktuell Ksf'er, jfr oversikt under</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Epikrisetid – 80 % skal sendes ut innen 7 dager</i></li> <li>2) <i>Ventetid skal reduseres</i></li> <li>3) <i>Økonomisk forbedring Lofoten Dps 1,6 mill. og Vesterålen DPS 1.8 mill.</i></li> </ol>
<b>Tertial 1 – 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Variable tall og utfordringer i klinikkens ulike avdelinger. Ksf'ene er tema på klinikkens avdelingsvise driftsmøter og ledermøter</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels til alvorlig</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig til svært alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Klinikksjef Torunn Alveng</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Gjennomføre avdelingsvise prosesser for avdelingsvise aktuell Ksf'er</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Klinikksjef Torunn Alveng</i>
<b>Tertial 2 – 2010</b>	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Felles samling med avdelingsledere med fokus på avdelingsvise Ksf'er og tilhørende tiltak for måloppnåelse. Dato settes når klinikkens avdelinger har gjennomført sine prosesser.</i>
	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Klinikkens avdelinger har ikke gjennomført sine prosesser</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	

	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Psykisk helse- og rus klinikk</b>		<b>Avdeling: Akutt – og alderpsykiatrisk avdeling</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Oppnå sykehusets måltall for epikrisetid</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Epikrisetid – 80 % av epikriser skal sendes ut innen 7 dager</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Avdelingens oppnår ikke beskrevet målsetting. Temaet er aktualisert i interne driftsmøter og personalmøter.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels til stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder Arild Pettersen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Oppfølgingsmøte mandag 10/5-10 – fortsette prosessen med risikovurdering for å konkretisere tiltakspakke. 20/5 – alle behandlere på avdelingen innkalles for informasjon om avdelingens utfordring.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingssjef Arild Pettersen</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Bestemmes i neste møte, når tiltaksplan er bestemt</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Psykisk helse- og rus klinikk</b>		<b>Avdeling: Salten Distriktpsikiatriske senter</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Redusere ventetid og unngå fristbrudd</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Ventetid skal reduseres</i>
<b>Tertial 1</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ventetid for oppstart behandling på Allmennpsykiatrisk team (Vop) medfører lang ventetid og fristbrudd</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor til svært stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig til svært alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder Sdps Randi Meland</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Flere behandlere, gode maler, bedre merkantile tjenester, avklaring av behandlingsforløp, bruke prioriteringsforskriften</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder Sdps Randi Meland</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Dette blir gjennomført på ledersamling 10.juni 2010.</i>
<b>Tertial 2</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Uendret da tiltak ikke har slått inn ennå. Det er fortsatt lang ventetid /fristbrudd ved Allmennpsykiatrisk team</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor til svært stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Alvorlig til svært alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder Sdps Randi Meland</i>

	<b>Tiltak</b>	<p><i>Flere behandlere: Ambulant akutt-team er etablert med 4 behandlere, Psykoseteamet har fått ny behandler, Rusteamet har fått ny behandlere. Det er god søknad til siste utlyste stilling på Allmennteamet som er det teamet med størst etterslep og flest fristbrudd. Alle nyansatte har startet opp etter sommerferien/tidlig høst.</i></p> <p><i>Gode maler: Sjeffpsykologen har ansvar for utarbeiding av standard maler for hvert enkelt team og for fellesmaler.</i></p> <p><i>Merkantiletjenester: Rusteam har fått merkantil ressurs som letter pasientadministrasjon og dermed frigjør behandlingsskapasitet.</i></p> <p><i>Avklaring av behandlingsforløp: Forslag om å opplyse om ved behandlingsoppstart antatt behandlingstid ved Allmennteamet også slik det allerede gjøres ved flere av teamene på vop.</i></p> <p><i>Prioriteringsforskriften: Den følges nøye men uklar på enkelte punkter og er dermed gjenstand for tolking.</i></p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder Randi Meland</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Status gjennomgått på ledermøte</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Psykisk helse- og rus klinikk</b>		<b>Avdeling: BUPA</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Oppnå måltall for aktuell KSf'er, jfr oversikt under</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<p><i>4) Epikrisetid – 80 % skal sendes ut innen 7 dager</i></p> <p><i>5) Ventetid skal reduseres</i></p>
<b>Tertial 1 – 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

<b>Tertial 2 – 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Variable tall og utfordringer i avdelingens ulike enheter. Vi har erkjent at vi ikke har nådd målet om epikrisetid. Ad 2) så har ventetiden økt noe gj.snitt 10 dager sammenlignet 2009. Dette følger vi tett opp internt og Helse Nord's fagavdeling har satt fokus på dette, med rapportering og undersøkelser på eventuelle forklaringer. Drøftingsmøte 01.10.2010</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels til alvorlig</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels til alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avd.leder Per-Willy Antonsen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Innføring i risikostyring gj.ført 06.05.10 for BUPAs ledergruppe inkl. ass.enhetsledere. Ledere skal ha særlig oppfølging på 1) og 2)Jobbe med holdninger til epikriseskriving hos behandlere. Hvordan utnytte veldig knapp merkantil ressurs bedre?</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avd.leder Per-Willy Antonsen</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>log 2) tas opp i ledermøter. 1) Følge nøye med på utviklingen av epikrisetid og ventetid i hver enhet</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: Psykisk helse- og rus klinikk</b>	<b>Avdeling: Allmennpsykiatrisk avdeling</b>	
<b>MÅLSETTING</b>	<i>Oppnå sykehusets måltall for aktuell ksf</i>	
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>	<i>Epikrisetid 80 % innen 7 dager.</i>	
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	

	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Avdeling har over flere år hatt akseptable epikrisetider</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Svært liten til liten</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels til alvorlig</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsleder Tor Sunde</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Ikke utarbeidet pr.nå</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsleder Tor Sunde</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Ikke utarbeidet</i>
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: KK/barn</b>	<b>Avdeling:</b>	
<b>MÅLSETTING</b>	<i>Epikrisetid 80 % innen 7 d.</i>	
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>	<i>Opplæring og kompetanse</i>	
	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Det er ganske store hull i kunnskapen når det gjelder bruk av Dips. Det er for tiden ingen organisert opplæring av nytilsatte noe som gjør at det kan være tilfeldig hvem som kan hva når det gjelder flyt av dokumenter.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Lav</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Lage en opplæringsplan for nytilsatte leger. Det er kanskje ikke bare andre leger, men også merkantil som bør stå for deler av denne opplæringen.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Bjørn Holdø.</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ingen endring.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>

	<b>Konsekvens</b>	<i>Lav</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Fremdeles jobbe mot en opplæringsplan.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Bjørn Holdø.</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: KK/barn</b>		<b>Avdeling:</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Epikrisetid 80 % innen 7 d.</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Mal, innehold epikrise</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Uklart innhold som gjør epikrisene både uoversiktlig og lange.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Opplæringsplan for legene. Dette tas med inn i LEAN-prosjektet.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Veileder/avdelingsoverlege</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Ikke endret på malene..</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels.</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels.</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Jobbes med tiltak for å styre hva epikrisene skal inneholde. LEAN-gruppen har bedt om at klinikksjefen tar videre at det lages felles regler for mal/innhold i epikriser fra helseforetaket.</i>

	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Avdelingsoverlege/klinikksjef.</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: KK/barn</b>		<b>Avdeling:</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Epikrisetid 80 % innen 7 d.</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Kapasitet leger/merkantil</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Pga manglende kapasitet i merkantil er skrivelistene omtrent til enhver tid for lange.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Stor</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Nina Jamissen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Det er ansatt en merkantil i 80 % hvor deler av stillingen skal brukes til avlaste enhetsleder med innkalling av pasienter og hvor resten vil bli brukt til å forsterke merkantil i oppgaver de allerede utfører. N1 har, etter tidligere gjennomført prosjekt, innført nye arbeidsrutiner som forhåpentligvis vil frigjøre tid for legene.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Marianne Nøstvik</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Situasjonen er pr tiden mye bedre. Vi har hatt vakans på ei stilling på KK ett par måneder, men pga god kapasitet på barneavd har det gått greit.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Stor</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Nina Jamissen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Jobbe videre med skriving på tvers i klinikken. Kapasiteten på skrivejenesten bør bli et eget prosjekt.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Marianne Nøstvik</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: KK/barn</b>		<b>Avdeling:</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Epikrisetid 80 % innen 7 d.</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Kultur/holdninger</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Dårlig kultur. Dårlige holdninger.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Signalisere for LIS at epikrisene er viktig. Legge ut restanselista for epikrise til legener en gang pr uke.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Marianne Nøstvik.</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Ledergruppeoppfølging.</i>
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Fokus på epikriser har medført oppnåelse av 80 % på barneavd. KK har også hatt fokus på hva det er som gjør at epikrisene ikke blir fortere ferdig. Der venter de ofte på prøvesvar før epikrise gjøres ferdig og dette har vært diskutert i LEAN-prosjektet hva som kan gjøres med.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Middels</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Middels</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Avdelingsoverlege</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Fortsatt holde fokus på epikriser. Restanseliste legges fremdeles ut.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Marianne Nøstvik</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Klinikk: KK/barn</b>		<b>Avdeling:</b>
<b>MÅLSETTING</b>		<i>Epikrisetid 80 % innen 7 d.</i>
<b>Kritisk Suksess Faktor</b>		<i>Arbeidsflyt</i>
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Mangelfull arbeidsflyt fra begynnelse til slutt. Det gjelder både tid for diktering av dokumenter og godkjenning av dokumenter som skal inn i epikrise.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Stor</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Nina Jamissen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>LEAN-prosjekt ledet av Lars Strauman, Prosjekt epikrise arbeidsflyt. Her håper vi også at prosjektet ikke bare vil virke inn på epikrisetid, men at det med faste maler og bedre kompetanse vil frigjøres tid som kan brukes til andre arbeidsoppgaver man i dag føler man ikke får nok tid til(eks. Pasientrelatert og kvalitetssikring).</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<i>Bjørn Holdø. Ingebjørg Fagerli.</i>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<i>Ledergruppeoppfølging.</i>
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Fremdeles mye å hente) på å få bedre arbeidsrutiner. Det tar fremdeles for lang tid for enkelte å godkjenne dokumenter som skal inn i epikrisen(uavhengig av prøvesvar).</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	<i>Stor</i>
	<b>Konsekvens</b>	<i>Stor</i>
	<b>Risikoeier</b>	<i>Nina Jamissen</i>
	<b>Tiltak</b>	<i>Gruppen i LEAN-prosjektet vil møtes i hvert fall en gang til slik at vi får i gang noen av de punktene vi mener er kritiske for at det skal bli bedre.</i>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Medisinsk Klinikk</b>		<b>Avdeling: Avd. for poliklinikk, dagbeh. og dialyse</b>
<b>MÅLSETTING</b>		Redusere ventetiden for å få time på poliklinikken
<b>Kritisk Suksess Faktor A</b>		1.Riktig prioritering ( nyhenviste og kontroller ) 2.God planlegging av doktortid. 3.Øke antall tilgjengelige polikliniske timer ( rom, utstyr, personell.)
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Vi har for lang ventetid på enkelte fagområder.
	<b>Sannsynlighet</b>	1.Middels 2.Middels 3.Stor
	<b>Konsekvens</b>	1.Alvorlig 2.Alvorlig 3.Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Klinikksjef Sverre Humstad
	<b>Tiltak</b>	Geir følger opp dette.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Klinikkoverlege Geir Tollåli
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ledermøter, Avdelingsoverlegemøter
<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Det er ikke jobbet spesielt med denne modellen i de siste månedene grunnet presset arbeidssituasjon og andre viktige oppgaver. Imidlertid er tiltak iverksatt og ventetiden er betydelig redusert innenfor lunge og hjerte. Romsituasjonen er en kritisk suksessfaktor. Situasjonen i klinikken med hensyn til dette er så stor at det er brakt opp til sentralt hold. Som følge av dette er det iverksatt arbeid for å se på rom-, kontor-, arealsituasjonen i sykehuset/Bodø.</i>
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	

<b>Medisinsk Klinikk:</b>		<b>Avdeling: medisinsk faglig avd/ kontorfaglig avd.?</b>	
<b>MÅLSETTING</b>		80 % av epikrisene skal ut i løpet av 7 dager	
<b>Kritisk Suksess Faktor A</b>		1. Tilstrekkelig personell på skrivetjenesten 2. Epikriser må godkjennes og kvalitetssikres 3. Leger setter av tid til epikrisediktering 4. Holdning og disiplin	
<b>Tertial 1 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	Bodø: Alle pas. får epikrise ved utskriving. Det er forskjellig praksis når det gjelder endelig epikrise. For enkelte leger går det alt for lang tid før endelig epikrise skrives. Blir et stress ved hver tertialrapportering. Lofoten: Oppfyller ikke kravene Vesterålen: Oppfyller ikke kravene	
	<b>Sannsynlighet</b>	1. Stor 2. Middels 3. Middels (grenser mot stor) 4. Liten	
	<b>Konsekvens</b>	1. Alvorlig 2. Lav 3. Lav 4. Middels	
	<b>Risikoeier</b>	Klinikk sjef Sverre Humstad	
	<b>Tiltak</b>	Knyttet til R1 Tilstrekkelig personell på skrivestua. 1. Rasjonalisering av sekretærfunksjonen 2. Redusere arbeidsmengden 3. Felles database, Bodø, Lofoten, Vesterålen 4. Øke kapasiteten (ro i avd)	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Klinikkoverlege Laila Thorshaug Jensen	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ledermøter, avd. overlegemøter/ kontorleder	
	<b>Tertial 2 - 2010</b>	<b>Nåsituasjon</b>	<i>Det er ikke jobbet spesielt med denne modellen i de siste månedene grunnet presset arbeidssituasjon og andre viktige oppgaver. Imidlertid er tiltak iverksatt og vi kommet svært langt i klinikken med å oppnå det nasjonale målet om at epikrisene skal sendes ut i løpet av 7 dager. Ytterligere tiltak vil også bli vurdert, for eksempel endring av praksis i Lofoten og Vesterålen.</i>
		<b>Sannsynlighet</b>	
<b>Konsekvens</b>			
<b>Tiltak</b>			

	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon 31.12</b>	
	<b>Vurdering av tiltak</b>	