



Styresak 54-2015 Rapportering fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2014

Saksbehandler:
Håvar Jørgensen m.fl

Saksnr.:
2011/1897

Dato:
20.03.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Risikomatrise
Ikke trykt vedlegg:

Bakgrunn

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten («Internkontrollforskriften») har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Om innholdet i internkontrollen heter det at denne «skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen».

Et vesentlig element i internkontrollforskriften er at den pålegger den/de som er ansvarlige for virksomheten å ”foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten”. Videre fastslår internkontrollforskriften at: ”Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse”.

Nordlandssykehusets internkontrollsystem er samlet sett knyttet til:

- Kvalitetssystemets styrende prosedyrer og rutiner for driften
- Handlingsplaner som sikrer at strategiske valg gjennomføres og at prioriterte mål nåes
- Registrering og dokumentasjon i ulike systemer
- Periodisk rapportering og oppfølging av kvalitets- og aktivitetsmål
- Risikovurderinger knyttet til foretakets måloppnåelse og tiltak for å sikre måloppnåelse

I henhold til Nordlandssykehusets rutine for ledelsens gjennomgang av internkontrollen skal foretakets øverste ledelse regelmessig gjennomgå organisasjonens internkontroll-/kvalitetsstyringssystem for å sørge for at dette systemet er hensiktsmessig, tilstrekkelig og at det virker effektivt. Gjennomgangen skal sikre at ledelsen er kjent med foretakets utfordringer og kan bidra til at det utformes en handlingsplan som ivaretar risikobildet som framkommer. Denne saken skal danne grunnlag for at styret kan gjennomføre en adekvat drøfting av de utfordringer som er belyst gjennom ledelsens gjennomgang av virksomheten i Nordlandssykehuset HF.

Direktøren har i perioden februar-mars 2015 hatt egne møter med alle klinikksjefer, senterledere og ledere for de største stabene. Disse møtene har vært gjennomført i henhold til foretakets retningslinjer for Ledelsens gjennomgang (RL2339) og er dokumentert i henhold til Mal for referat (SJ2301).

Beskrivelse av sentrale utfordringer i Nordlandssykehuset og forslag til handlingsplan

Direktørens gjennomgang med virksomhetslederne har belyst en rekke utfordringer som i varierende grad har betydning for foretakets måloppnåelse, kvalitet i tjenestene og pasientsikkerheten. Utfordringene er gruppert i hovedområder med en overordnet beskrivelse, beskrivelse av risikoforhold og forslag til risikoreduserende tiltak. Risikovurdering og risikostyring er lagt til grunn for utarbeidelse av risikoreduserende tiltak og utfordringene er plottet i risikomatriksen vedlagt saken.

Foretakets ledelse har identifisert vesentlige utfordringer innenfor følgende hovedområder:

1. Faglige utfordringer

Bevaring og utvikling av foretakets samlede tjenestetilbud er den mest krevende ledelsesutfordringen i tillegg til rekruttering av spesialister til flere utsatte fagområder¹ og visse grupper annet personell².

Rekrutteringsarbeid har pågått i mange år både med forankring i enkeltfag og med sentrale tiltak. I enkelte fag har den avdelingsbaserte satsningen vært meget vellykket. Mens foretaket i 2010 ikke hadde noen fastboende spesialister i gastroenterologisk kirurgi er det i dag 5 av overlegene som har Bodø som bopel. Eksempler på fag som har god rekruttering er nevrologi, barnesykdommer, anestesi og øre-nese-hals. Innen psykiatri rekrutterer vi spesialister som stort sett er utdannet hos oss og utviklingen går i positiv retning selv om det tar tid å få frem et tilstrekkelig antall. Vi ser imidlertid ennå ikke det endelige resultatet av det sentrale rekrutteringsarbeidet som ble initiert av Nordland Fylkeskommune.

Bevaring og utvikling av foretakets tjenestetilbud har vært et viktig fokus for foretaksledelsen de siste årene. Dette er et meget krevende oppdrag. Dersom det pågående omstillingsarbeidet for å tilpasse virksomheten til budsjettet ikke lykkes vil tjenestetilbudet påvirkes. I tillegg til å avklare hvilke tjenester det er riktig at NLSH HF skal gi og hvilke vi skal overlate til andre foretak, vil trygging og tilpasning av den faglige virksomheten ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen være viktig. Foretaksintern funksjonsfordeling må justeres slik at de nye flotte fasilitetene i Vesterålen tas i bruk så langt det er behov for. Videre må det avklares hvilke spissfunksjoner som skal tilbys på mer enn ett sted i foretaket. Endelig må vårt tjenestetilbud i fremtiden så langt som overhodet mulig tuftes på egne ansatte og ikke innleie av ekstern arbeidskraft. Dette er først og fremst begrunnet i behovet for å sikre den faglige og logistiske kvaliteten i pasientbehandlingen. Nordlandssykehuset har et bredt tjenestetilbud i forhold til befolkningsgrunnlaget og sammenlignbare foretak³. En utredning av organisering og kvalitetskrav til kreftkirurgi åpner for en vesentlig sentralisering av pasientbehandlingen. Dette kan bety at sentrale og viktige kirurgiske oppgaver flyttes fra NLSH Bodø. Selv om antall berørte pasienter ikke er meget høyt vil tap av avansert kirurgisk virksomhet innen for eksempel urologi og lunge ha betydning for rekruttering, faglig miljø og også annen faglig virksomhet. Eksempel på dette kan være avansert

¹ Blant annet patologi, radiologi, psykiatri og enkelte subspecialiteter innen medisin og kirurgi som for eksempel infeksjonsmedisin og urologisk kirurgi.

² På kort sikt bioingeniører og spesialsykepleiere og på lengre sikt også offentlig godkjente sykepleiere

³ Eksempler på dette er palliativ og kurativ stråling, kirurgisk behandling av lungekreft, og nyfødttintensiv ansvar ned til 26 uker med eget bakvaktsjikt

traumebehandling. I RHF styresak 133-2010 er det beskrevet at NLSH Bodø skal oppfylle alle kravene til nivå 2 i traumesystemet og kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger nevrokirurgisk behandling. Uten elektiv avansert urologi og brysthulekirurgi (lungekirurgi) som kan bli sentralisert kan det bli vanskelig å fylle en slik rolle.

Innen flere fag (for eksempel enkelte indremedisinske subspecialiteter) er det i praksis meget få eller ingen pasienter som overføres til universitetsklinikknivå. Det er ikke nødvendigvis noe galt med denne praksis, men det kan være riktig å avklare hva Helse Nord RHF forutsetter at foretaket faktisk skal ha ansvar for og hvilke pasienter som hører hjemme på et annet nivå. Hvis vi ikke makter å omstille virksomheten slik at tjenestene leveres med noe mindre omfattende personellressurser må tjenester som kan forstås både som universitetsklinikkfunksjoner eller lokalsykehusoppgaver for Helgeland avvikles hos oss.

Innen psykiatri kan ny inntektsfordelingsmodell føre til reduksjon i rammen for virksomheten på flere titalls millioner. Dette kan true både omfang av og kompetansen i virksomheten i sentralinstitusjonen. I dette faget, som ikke er regionalisert, er det ikke åpenbart at det vil være mulig å realisere slik omstilling samtidig som riktig og trygg pasientbehandling ivaretas.

Det er startet et arbeid med å utarbeide strategisk utviklingsplan for foretaket. Dette skal gjennomføres i 2015 og består av flere elementer. Det vil være nødvendig å se kritisk på de faglige ambisjonene i de enkelte fag og avstemme disse med en overordnet strategi for hva Nordlandssykehuset skal være og hvilket tjenestetilbud vi skal tilby befolkningen. For å lykkes med å videreutvikle tjenestetilbudet, for eksempel hvis PCI behandling kommer som et oppdrag, må vi omstille organisasjon og samarbeidsrutiner til en mer pasientsentrert og kostnadseffektiv virksomhet. En fortsatt aktiv og ambisiøs satsning på systematisk pasientsikkerhet vil være nødvendig for å lykkes. Fortsatt gjenstår iherdig arbeid for å sikre at alle ledere og ansatte har en daglig oppmerksomhet på også dette.

De omfattende utfordringene Nordlandssykehuset nå står i vil i tiden som kommer kreve stadig omstilling med tydelige krav til endringsledelse og gjennomføringsevne også innenfor fagene. Rekruttering av ledere som mestrer dette vil være avgjørende for at det faglige tjenestetilbudet moderniseres og tilpasses en ny virkelighet innenfor gitte rammer i årene som kommer.

Forslag til tiltak:

- Foretaket skal i 2015 utarbeide strategisk fagutviklingsplan.

2. Andre utfordringer knyttet til organisering og drift i klinikkene

Operasjonsplanlegging - fra døgn til dag og fra dag til poliklinikk

I 2012 ble prosjektet modernisering av pasientforløp til kirurgisk behandling påbegynt etter oppdrag fra direktørene.

Målet for prosjektet var:

- Å strømlinjeforme elektive pasientforløp
- Redusere strykninger.
- Riktig liggetid
- Ingen pasienter skal være usikre på hvilken dag de skal opereres.
- Det skal være forutsigbarhet i alle ledd.

Prosjektet ble overført til klinikkene med operasjonsvirksomhet 1.mai 2014. Nye målsetninger etter overføring er:

- Øke andel dagkirurgi til 70 % innen utgangen av 2015
- Øke andel sammedagskirurgi til 80 % innen utgangen av 2015
- Strykninger skal være under 7 % innen utgangen av 2015

Selv om det er blitt en bedring fra 2012 med hensyn til andel dagkirurgi, sammedagskirurgi og strykninger er måloppnåelsen pr nå ikke tilfredsstillende. Oppfølgingsmøtene med klinikkene har vist at det er behov for fokus på plantall for antall operasjoner, hvordan opererende klinikker utnytter tildelt stuekapasitet og på AKUM's evne til å levere de stuene de har forpliktet seg til. Dette kommer i tillegg til arbeidet klinikkene må gjøre for å øke andelen dagkirurgi og sammedagskirurgi. Ombygging av høyblokka (AB) vil føre til betydelig færre senger for kirurgiske pasienter. Skal sengereduksjonen kunne gjennomføres må andelen økes opp til målsetningene satt i prosjektet. For utfyllende informasjon vises til styresak 33/2015.

Kirurgisk- og ortopedisk klinikk jobber i Bodø også med å flytte småkirurgi fra dagkirurgen til kirurgisk poliklinikk for å frigjøre kapasitet på dagkirurgen. Dette arbeidet er i startfasen og vil følges videre gjennom oppfølgingsmøter med klinikken.

Ambulanseplan

Ambulansetjenesten skal drive sin virksomhet med utgangspunkt i en vedtatt ambulanseplan. Gjeldende ambulanseplan for Nordlandssykehuset ble utarbeidet i 2006 og man tok da utgangspunkt i den situasjonen tjenesten da var i. Det har siden den gang skjedd store endringer i disse forutsetningene. Som et eksempel overtok Nordlandssykehuset i 2007 ansvaret for 6 ambulansestasjoner i Vesterålen etter nedleggelse av Hålogalandssykehuset uten at dette er nevnt i ambulanseplanen.

Ambulansetjenesten har i årevis drevet med betydelig overforbruk, et overforbruk som i tillegg er eskalerende. Dette er en utvikling som ikke kan fortsette. Videre har det siden forrige ambulanseplanprosess kommet nytt regelverk og nye forskrifter, nye sentrale og lokale avtaler er inngått og det har vært en betydelig utvikling i faglig standard i ambulansesektoren. Som en konsekvens av dette er det behov for å tilpasse tjenesten til denne utviklingen slik at ambulansetjenesten kan møte fremtiden med dagens forutsetninger som utgangspunkt. Det er derfor opprettet et prosjekt for å få utarbeidet ny ambulanseplan for NLSH. Prosjektet har 3 klare rammer:

- Ny ambulanseplan skal tilpasses dagens økonomiske ramme.
- Ny ambulanseplan skal tilfredsstillere relevante lover og forskrifter og tariffavtaler.
- Høringsutkast skal leveres direktøren innen 15. september 2015.

Diagnostisk klinikk

Diagnostisk klinikk har i flere år manglet spesialister innenfor radiologi og patologi. Dette anses som kritisk kompetanse for foretaket. Vår strategi har vært å utdanne egne spesialister, men det har vist seg vanskelig å gjennomføre dette. Vi har imidlertid klart å utdanne noen spesialister de fem-seks siste årene. Dette gjelder én spesialist innenfor patologi, én innenfor mikrobiologi og én innenfor medisinsk biokjemi. For det øvrige behov har det fortløpende vært søkt etter spesialister i inn og utland. Dette har ikke gitt ønsket resultat og har resultert i at vi innenfor radiologi de siste årene har benyttet oss av tjenester fra eksterne aktører, eksempelvis UNILABS. Dette har bare fungert sånn delvis og forklares med IT utfordringer. Mangelen på patologer er delvis kompensert med vikaravtaler med UNN og andre foretak.

Forskning er viktig for rekruttering på flere måter. Den er med på å fremme kunnskapsutvikling og et velutviklet fagmiljø. I tillegg stilles det krav om forskning for at man som avdeling skal være

godkjent utdanningsinstitusjon med mulighet for å tilby leger full spesialisering (tidligere gruppe 1). Som beskrevet tidligere har dette vært en av hovedårsakene til at vi sliter med å få på plass spesialister. Videre er det viktig å ta med det vi nå opplever som betydelig bioingeniørmangel. I tillegg til å jobbe aktivt inn mot utdanningsinstitusjonene så ser vi nå behovet for å automatisere driften på laboratoriet i langt større grad enn vi har i dag. Dette er i tråd med det som skjer på andre sykehus.

I forhold til utstyr-/ investeringsbehov, har klinikken igangsatt en større kartlegging – det vil si invitert inn alle aktuelle leverandører som skal fremme forslag til gode fremtidige løsninger for å dekke våre fremtidige behov. Vi ser for oss teknologiske løsninger som ligger noe frem i tid (2020). Vi vil med bakgrunn i et slikt materiale kunne utforme et tilbud mot slutten av 2015. Gitt at det satses på denne utviklingen (investeringsmidler) så vil det være mulig med en gradvis innfasing av automasjonsløsninger over en 3-4 års periode. Dette vil gi et løft på flere områder; betydelig økt presisjonsgrad (kvalitet) som vil bety færre feil og dermed økt pasientsikkerhet, færre maskiner og manuelle prosesser som igjen betyr at behovet for bioingeniører reduseres.

Bildedagnostisk avdeling har mye dyrt utstyr og det er slik at mye av dette nå er klart for utskifting. Det bør utarbeides en investeringsplan som ivaretar utskifting av for eksempel CT før brekkasje inntreffer. Slike brekkasjer lammer produksjonen og i tillegg vil ofte slike hasteinnkjøp ikke være av det helt optimale.

Forslag til tiltak:

- Søke om Gruppe 1 status (radiologutdanning) innen utgangen av 2015.
- Søke etter radiolog via det opprinnelige ”Spania prosjektet” som nå utvides til Tyskland/Nederland.
- Fortsette egenutdanning av patologer – søke om nye utdanningsstillinger (LIS) høsten 2015.
- Innføre stipendordninger for bioingeniører – fortsette samarbeidet med UNN og St. Olavs om hospitering av studenter.
- Ferdigstille igangsatt prosess mot alle aktuelle leverandører til lab automasjon for å få kartlagt de muligheter som finnes i markedet (ny teknologi).
- Utarbeide et investeringsplan (strategisk dokument) for lab og røntgen for de neste 5 årene.

Psykisk helse- og rusklinikken

Situasjonen i sykehusavdelingene er anstrengt med høyt belegg og mange ferdigbehandlede pasienter som ikke får tilbud i primærhelsetjenesten. Det vurderes slik at en evt ytterligere nedbygging av disse, i tråd med krav i Oppdragsdokumentet, vil være uforsvarlig. NLSH styret har i sak 104-2014 signalisert overfor våre eiere at krav om videre nedbygging vil være svært utfordrende. Både Sikkerhetsenheten, Rus- og Psykiatrienheten og Akuttpsykiatrisk avdeling har tidvis et så høyt belegg at det er lite rom for ø-hjelpsinnleggelse. Særlig er det uheldig at en må sende pasienter som er dømt til behandling ut av regionen da dette er svært kostbart.

Kronisk alvorlig sinnslidende har pr. i dag et svært mangelfullt rehabiliteringstilbud, da rehabiliteringsenheten er lagt ned og DPSene ikke er tilstrekkelig bemannet med spesialister til å ivareta denne gruppen pasienter. Klinikken åpnet 4. mai en enhet med 6 nye døgnplasser for denne pasientgruppen, men behovet antas å være større.

Situasjonen ved Akuttpsykiatrisk avdeling er også svært anstrengt. Det er høyt belegg av alvorlig sinnslidende med behov for et forsterket botilbud i hjemkommunen, men hvor kommunene ikke har ressurser til å ta i mot pasientene. Dette medfører at Akuttpsykiatrisk avdeling må ivareta pasienter som er ferdigbehandlet over lang tid, ofte på skjermet avsnitt, og resultatet er en galopperende negativ utvikling både faglig og økonomisk. Antallet henvisninger hittil i år sammenliknet med

samme periode i 2014 har økt med gjennomsnittlig ca. 15 % for de tre enhetene i Akuttpsykiatrisk avdeling. Det er derfor spesielt utfordrende at så mange kommuner ikke er i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter.

En revisjon av inntektsfordelingssystemet for psykisk helse og TSB som skal behandles senere i år, inneholder forslag om en betydelig rammereduksjon for klinikken. Med det skisserte økte henvisningsvolumet er risikoen for denne pasientgruppen svært høy. Dette er pasienter som kan være en fare både for seg selv og andre dersom de ikke får behandling eller forsterkede botilbud i kommunene.

Forslag til tiltak:

- Foretaket må anmode om at Helse Nord gjør en tilstrekkelig omfattende risikovurdering av hva en videre nedbygging av sentralinstitusjonen vil innebære og sikre at de nødvendige tiltak i forhold til dette blir iverksatt før nye rammereduksjoner og nedbygging trer i kraft.
- NLSH styret vil få seg forelagt en sak om utskrivningsklare pasienter i psykisk helse- og rusklinikken som kommunene ikke tar i mot, til høsten.

Beredskap for nød keisersnitt i Lofoten

Helse Nord har bestilt en risikovurdering av fødetilbudet i Helse Nord HF, med leveringsfrist 22. august 2015. Klinikken har etter bestilling fra medisinsk direktør, også gjennomført en fagrevisjon (audit) på alle nødkeisersnitt utført i Lofoten etter at kriteriene i et trygt fødetilbud ble innført i 2012. Rapporten skal leveres 1. mai til medisinsk direktør.

Fødestuen i Lofoten har en spesiell ordning, med gynekolog beredskap 24/7 for nødkeisersnitt. KBARN klinikken har to gynekologstillinger tilknyttet Lofoten, der det inngår vaktberedskap 24/7. I dag er det en arbeidsavtale der stedlig gynekolog har vakt i 14 dager, og deretter 14 dager fri. Pr. dags dato er den ene stillingen besatt av stedlig gynekolog. Den andre stillingen er vakant og bemannes fra vikarbyrå. Det har så langt ikke vært mulig å rekruttere fast gynekologspesialist til denne stillingen.

Det er behov for innleie av vikar to uker pr mnd. og ved ferieavvikling. Denne løsningen skaper utfordringer på flere områder. Ordningen er svært sårbar ved sykdom eller hendelser som medfører at gynekologen må forlate Lofoten. I 2014 måtte klinikken finne løsninger for å dekke beredskapen på kort varsel ved to tilfeller.

Ordningen medfører omfattende bruk av vikarbyrå. Det har vært mulig å skaffe kjent vikar i lange perioder, men det har spesielt vært utfordringer i perioder med stort trykk på byråene eks. under ferie avvikling. Det har vært tilfeller med vikarer som ikke er kjent i Lofoten, ikke har kjennskap til DIPS eller ikke kjenner til lokale rutiner. Dette gir mye ekstraarbeid både for jordmødre når vikaren er tilstede og stedlig gynekolog for å følge opp etter at vikaren har forlatt Lofoten.

Forslag til tiltak:

- Gjennomgang av rapport audit nødkeisersnitt i Lofoten.
- Gjennomgang/styresak risikovurdering av fødetilbudet ved Nordlandssykehuset.
- Vurdere feriestengning ved ferieavvikling i 2016.

Utredning ny organisering av Medisinsk klinikk NLSH

Medisinsk klinikk ved NLSH har siden omorganiseringen i 2009 vært organisert i en medisinsk faglig avdeling, medisinske avdelinger i hhv Vesterålen og Lofoten, avdeling for medisinsk poliklinikk/dagbehandling, medisinsk sengeområde og avdeling for kreft og lindrende behandling. I

denne organiseringen er all legetjeneste samlet i en avdeling, mens den pleiefaglige delen er bygget opp med egne senge-poliklinikkavdelinger i Lofoten, Vesterålen og Bodø.

Medisinsk klinikk har de siste årene ikke klart å drifte innenfor de vedtatte økonomiske rammer. For å ha et godt samspill mellom de ulike medisinske fagområdene og helsepersonellgruppene er det viktig at det sikres funksjonelle strukturer som legger til rette for at pasientrettede oppgaver kan løses på en god måte. Godt tverrfaglige samarbeid tuftes på faglig trygghet, romslighet og god kommunikasjon i informasjonsflyten. Strukturer som legger forholdene til rette for velfungerende team og tydelig definering av den enkeltes rolle og klar oppgavefordeling, gir forutsigbarhet i arbeidshverdagen, og en god ressursforvaltning i forhold til fagkunnskap, areal og økonomi.

Direktøren mener at dagens organisering av medisinsk klinikk ikke er strukturert slik at det er optimale forhold for å utnytte klinikkens samlede ressurser på en god måte. Klinikksjefen har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en utredning av intern organisering, hvor forslag til løsninger av drift og struktur innenfor klinikkens gitte rammer skal utredes. Gjennomgående enhetlig og faglig ledelse i klinikken skal ivaretas, og det skal foreslås alternativ til dagens organisering.

Forslag til tiltak:

- Utredningen med forslag som er risikovurdert og implementeringsplan skal legges fram for styringsgruppen før det oversendes direktøren juni 2015.

3. Utfordringer knyttet til personell, bemanning og rekruttering

Kompetansemangel, rekruttering og bemanning

Nordlandssykehuset har i varierende grad og periodevis rekrutteringsutfordringer, spesielt knyttet til legespesialister. Det gjelder radiologer, psykiatere, patologer, gynekologer og noen grenspesialiteter innen kirurgiske områder (bryst- og endokrinkirurgi, karkirurgi og urologi). I tillegg er det også rekrutteringsvansker i forhold til indremedisinere, hudspesialist og hematolog. Andre rekrutteringssvake grupper er bioingeniører og noen grupper innen spesialsykepleie som operasjonssykepleie og intensivsykepleie. På grunn av satsing innen kreftomsorg – og behandlingen, er det også forventet økt behov for kreftsykepleiere.

Forslag til tiltak:

Rekrutteringstiltak med mål om å anskaffe kompetanse:

- Utvikle rekrutteringsstrategi hvor effektive rekrutteringssystemer og strukturer etableres, og danne gode metoder og verktøy i rekrutteringsarbeidet.
- Videreutvikle utenlandsrekruttering av legespesialister, basert på regionalt prosjekt kalt «Spaniaprosjektet» hvor Nordlandssykehuset er pilot. I tillegg til at pilotarbeidet har medført ansettelse av to patologer og en gynekolog, overføres erfaringer fra prosjektet til utenlandsrekruttering av radiologer og psykiatere fra andre europeiske land.
- Bedre tilrettelegging for å øke utdanning av spesialsykepleier, blant annet ved innføring av 80 % lønn under utdanning. Aktiv rekrutteringsarbeid ved å motivere foretakets sykepleiere til å søke videreutdanning/masterutdanning i spesialsykepleie.
- Styrke rekruttering av bioingeniører ved blant annet å tilby rekrutteringstilskudd til studenter på tredje år i bioingeniørutdanning. Dette mot inngåelse av bindingsavtale etter endt utdanning.
- Skape gode, faglige læringsarena for studenter og turnusleger med mål om at disse søker seg tilbake etter fullført studier.

- Ansettelse av rådgiver med spisset kompetanse innen rekruttering.

Stabiliseringstiltak med mål om å forbygge kompetanseflukt:

- Utvikle og gjennomføre lederopplæringsprogram med særlig fokus på enhetsledere.
- Basert på kartlegging av kompetansebehov i klinikker, utvikles og gjennomføres interne fagutdanningsprogram, kurs og konferanser, samt fagrettede utviklingsprosjekter.
- Tilbud om økonomisk støtte til ekstern videreutdanning.
- Oppgaveglidning – økt bruk og systematikk.
- Finansiering av utgifter i forbindelse med pålagte kurs innen spesialistutdanning av leger og psykologer.
- Gi gode og tilgjengelige bibliotek tjenester for studenter og ansatte innen klinisk virksomhet og forskning.

AML- brudd

Antallet arbeidsmiljøbrudd ligger på omtrent samme nivå som på samme tidspunkt i fjor. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene da funksjonalitet i GAT bygger på opplysninger som er lagt inn globalt og gjelder alle ansatte. Disse er lagt inn etter lovens bokstav uten annen avtale om dispensasjon. Når det inngås avtale om dispensasjon med tillitsvalgt lokalt, må hver enkelt leder legge dette inn på hver enkelt ansatt det gjelder for. Hvis dette ikke gjøres, beregnes det på feil grunnlag. Det er videre en feil i GAT som kan utløse brudd ved planlagt arbeidstid der ansatte går i kontinuerlig arbeid (aktiv, passiv, aktiv, passiv). Årsaken er et oppsett for å se vakter i sammenheng over døgnskille. Begge disse utfordringene har gitt feil bilde av antall overtidstimer og aml-brudd i forhold til arbeidstidsbestemmelsene i ambulansetjenesten.

Mulige tiltak:

- Nordlandssykehuset skal redusere antall brudd på vernebestemmelsene i Arbeidsmiljøloven, gjennom fortsatt opplæring av ledere på alle nivå, økt trykk på opprydding i og korrekt bruk av GAT
- Økt trykk på opplæring av ledere slik at alle dispensasjoner og føringer legges korrekt inn
- Ny ambulansplan er under arbeid. Det skal i denne forbindelse gjennomføres utredning av alternative løsninger for tilpasning av arbeidsplaner og personellbehov for å ivareta gjeldende krav til tjenesten som bidrar til betydelig reduksjon i antall AML-brudd.

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP)

Direktøren har økt fokus på aktivitets- og produksjons-planlegging samt resultater i ledermøter med sine kliniksjefer. Klinikksjefene har fått i oppdrag å gjennomføre ukentlige ledermøter med dette som tema i klinikkene.

ARP betyr at ressursene skal styres iht den aktiviteten som er kartlagt eller fastsatt. Målsettingen er å få til større forutsigbarhet for pasienten, arbeidstaker og arbeidsgiver gjennom langsiktig planlegging av tilstedeværelse og fravær for en tidshorisont på 4-6 måneder. Samtidig ses en sammenheng mellom den aktiviteten som skal gjennomføres og de ressursene som er tilgjengelig til enhver tid der optimal bruk av ressurser er en målsetting.

Det ble etablert et prosjekt ARP våren 2014 som ble avsluttet ved årsskiftet 2014-2015. KIRORT klinikk var pilot. Prosjektet utviklet en metode med tilhørende verktøy for bruk i arbeidet med aktivitetsstyrt ressursplanlegging.

Metoden er tredelt:

- Status i enhetene per dags dato ved hjelp av rapporteringsverktøy og aktivitets – og beleggsrapporter
- Justere og samkjøre aktivitet og bemanning
- Evaluere effektene av tiltakene som er gjort

Det er i tillegg til metoden og rapporteringsverktøyet utviklet oppslagsverk og maler som kan være til hjelp, spesielt for ledere på sengeposter. Prosjektets metode og verktøy er godkjent av direktør.

Forslag til tiltak:

- Arbeidsplanene for alle yrkesgrupper ved NLSH skal utarbeides med minimum 4 måneders horisont.
- GAT er verktøyet som skal brukes for å holde oversikt over arbeidstakernes arbeidstid og fritid.
- Aktivitet skal kartlegges og benyttes som grunnlag for fordeling av tilgjengelige ressurser. De ulike stabene bistår med nødvendige data, kompetanse og støtte
- Opplæring i ARP, arbeidstidsbestemmelser, avtaleverk mv fortsetter i felles fora og i den enkelte klinikk
- Verktøy for etablering av aktivitetsplan effektueres.
- EFO-modulen i GAT tas på nytt i bruk.
- Det søkes inngått rammeavtaler med de tillitsvalgte ifm utarbeidelse av kalenderplaner / årsplaner i GAT.

Sykefravær

Nordlandssykehuset har som målsetting å ha et sykefravær på 7,5 % eller mindre. Selv om målet ikke er nådd var utviklingen i 2014 meget positiv. Fra 2013 til 2014 gikk sykefraværet ned fra 8,8 til 8,0 %. Langtidsfraværet var på 5,7 % og korttidsfraværet på 2,3 %. Totalt representerer dette ca. 54.500 fraværsdager. Mål og tiltak for arbeid med forebygging og reduksjon av sykefravær er innlemmet i enhetenes og foretakets løpende HMS-arbeid og IA-arbeid.

Mulige tiltak:

- En omfattende plan for IA-arbeidet med mål, strategiske satsingsområder og tiltak legges fram til behandling i AMU og styret mai 2015. Det skal utarbeides årlige handlingsplaner i perioden.

HMS tilknyttet byggeprosjektet

Det har etter pålegget fra Arbeidstilsynet (AT) (se AMU sak 12/2014) pågått et omfattende arbeid med å få på plass rutiner for gjennomføring av risikovurderinger i forhold til ansattes arbeidsmiljø. Det har med initiativ fra HR blitt etablert rutiner for risikovurderinger og krav til disse som beskrevet i pålegg fra AT.

Ansatte har rett på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og det er utfordrende å garantere for dette så lenge NLSH er i en ut-/ombyggingsfase. Utfordringene relaterer seg til støy, støv, kvalitet på ventilasjon, stress, omorganisering, flytting, m.m.

Det er valgt en metode som deler risikovurderingene inn i to deler

- Randsoner: vurdering av risiko vedrørende helse-, miljø- og sikkerhet for ansatte i nær tilknytning til arealer der det foregår ut-/ombygginger

- Rokade: vurdering av risiko vedrørende helse-, miljø- og sikkerhet for ansatte i ombygde, midlertidige lokaler

I begge prosessene brukes ulike typer verktøy; grovkartlegging, sjekkliste og risikoanalyse. Arbeidet baseres på et samarbeid mellom de sentrale aktørene: Senter for Utbygging, Senter for drift og eiendom, avdeling for nye sykehusbygg og klinikkene. Seksjon for HMS og OU har en sentral rolle for koordinering og gjennomføring av arbeidet inn mot linjeorganisasjonen. Bedriftshelsetjenesten ved yrkeshygieniker har også en sentral rolle i arbeidet med risikovurdering i henhold til Randsoner og Rokade.

Vi møter utfordringer når det gjelder tidsperspektiv; å få gjennomført risikovurderinger innen oppstart og avslutning av tiltak/prosjekter i byggeprosjektet. Det er også utfordringer i forhold til å få på plass nødvendig dokumentasjon/informasjon fra SDE og SU vedrørende områder som: fremdrift, omfang på arbeid, status på bygg og tekniske installasjoner vedrørende deres nåværende tilstand.

Mai 2012 ble første vernerunde relatert til byggeprosjektet gjennomført. Etter 53 gjennomførte vernerunder har det etter hvert vist seg et behov for endring av konsept og revidering av struktur. Navnet endres til HMS-runder, og fokus rettes mot oppfølging av tiltak, evaluere effekt og endre/foreslå nye tiltak ved behov i tråd med Rokade- og Randsone risikovurderingene.

I en del midlertidige lokaler meldes det inn problemer knyttet til inneklima. Også ibruktaking av helt nye lokaler byr på utfordringer som for mange kan bli arbeidskrevende. Innregulering av ventilasjon, reklamasjoner på feil/mangler gir utfordringer for ansatte i en travel hverdag.

Arbeidstilsynets tydeliggjøring av krav om forsvarlig arbeidsmiljø for alle ansatte gjennom utbyggingen er krevende å etterleve, men byggingen av ny administrasjonsfløy (G) vil avhjelpe i forhold til noen av de utfordringer som renovering av AB vil gi. Det er krevende å drifte en tjeneste som ikke kan legges ned i en ombyggingsperiode.

4. Tilpasning av virksomheten innenfor de økonomiske rammer

I forbindelse med behandlingen av oppdatert bærekraftsanalyse høsten 2014 ble Nordlandssykehusets omstillingsutfordring for 2015 beregnet til 200 mill. kr. Foretaket gjennomførte høsten 2014 en omfattende budsjettprosess med ekstern bistand, og prosessen var koblet nært opp til Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset. Det ble valgt en bred tilnærming i budsjettarbeidet, med forutsetning om effektiviseringstiltak innenfor samtlige klinikker og stabsavdelinger.

Styret vedtok i sak 116-2014 Budsjett 2015 en tiltakspakke som forutsetter gevinstrealisering med 120 mill. kr i 2015. Resterende del av utfordringen for 2015 er midlertidig håndtert gjennom at Helse Nord RHF justerte resultatkravet med 80 mill. kr. Dette for å legge til rette for at foretaket skal kunne realisere en langsiktig og bærekraftig tiltaksplan. Ny oppdatering av bærekraftsanalysen våren 2015 viser at den langsiktige bærekraftsutfordringen opprettholdes på nivå 200 mill. kr årlig også i langtidsperioden. Den vesentlige delen av utfordringen er knyttet til betjening av renter og avdrag til de nye byggene i Bodø og Vesterålen, samt de store IKT-investeringene som gjennomføres i Helse Nord.

I styresak 30-2015 Tiltaksoppfølging 2015 – økonomisk driftstilpasning 2016-2019 ble det redegjort for status i tiltaksarbeidet for 2015, samt tiltaksplaner for perioden 2016-2019. Driftsresultatet pr utgangen av 1. kvartal viser et negativt budsjettavvik på 7,4 mill. kr. Det mest vesentlige av dette avviket er knyttet til kostnader som gjelder driftsåret 2014, men den interne resultatfordelingen mellom klinikkene viser at enkelte klinikker har driftsutfordringer som vil vanskeliggjøre gevinstrealisering i henhold til forutsetningene i den samlede tiltaksplanen. Det er derfor avgjørende for resultatutviklingen i 2015 at klinikkene iverksetter strakstiltak, særlig knyttet til personellbruk, for å redusere kostnadsnivået i foretaket.

Plan for håndtering av foretakets langsiktige bærekraftsutfordring er redegjort for i styresak 116-2014 og styresak 30-2015. Nedbemanning vil være et sentralt virkemiddel i det videre omstillingsarbeidet i foretaket, dette både av kostnadmessige og rekrutteringsmessige hensyn. Det er allerede pr i dag stor personellmangel innenfor flere områder ved Nordlandssykehuset, som reflekteres i omfanget av innleid personell. I fremtiden forventes enda større svikt i tilgangen på helsepersonell. Videre viser SAMDATA-rapportene at Nordlandssykehuset har høyere kostnader og større personellforbruk både i forhold til landsgjennomsnittet og i forhold til sykehus på samme størrelse. Som ledd i nedbemanningen vil det være aktuelt å se på harmonisering av bemanningsfaktorer, vakt- og beredskapsordninger, sambruk av personell på tvers av enheter, sammenslåing av sengeposter, reduksjon i antall ledere, reduksjon i innleie og større grad av generalistpraksis for tradisjonelle lokalsykehuspasienter ved alle lokalisasjonene. Videre må ressursbruken optimaliseres, slik at aktivitet/produksjon gjennomføres kostnadseffektivt og med forutsigbarhet for pasientene. Styret vedtok i sak 45-2015 Driftsrapport mars 2015 at arbeidsplanene for alle yrkesgrupper ved NLSH senest innen 1.9.2015 skal utarbeides med minimum 4 måneders horisont.

Fortsatt økonomisk tilpasning vil være viktig for Nordlandssykehusets evne til å opprettholde et bredt tjenestetilbud med nødvendig spisskompetanse også etter at de nye byggene er tatt i bruk.

Mulige tiltak:

- Det iverksettes strakstiltak for å redusere kostnadene og øke inntektene i 2015, slik at resultatutviklingen bringes i tråd med budsjett resterende del av driftsåret.
- Det gjennomføres nedbemanning tilsvarende 130-150 årsverk årlig og produktiviteten økes blant annet gjennom implementering av minimum 4 måneders planhorisont for samtlige yrkesgrupper.

5. utfordringer knyttet til foretakets IKT systemer og infrastruktur

FIKS – Felles innføring kliniske systemer

FIKS har det overordnede ansvaret for innføringen av felles pasientbehandlingssystemer ved helseforetakene i regionen, samt videreutvikling av disse systemene. Oppgaven er å planlegge, utvikle og innføre systemporteføljen i hele Nord-Norge gjennom et tett samarbeid med helseforetakene, Helse Nord IKT og leverandørene av de respektive systemene. FIKS skal ivareta både standardisering og felles plattform for de nye pasientbehandlingssystemene, og minst like viktig: tilrettelegge for mer effektive pasientforløp. Samtlige systemer skal være ferdig implementert innen utgangen av 2016.

Systeminnføringen skal gi helseforetakene gode verktøy som bidrar til mer enhetlige pasientforløp, basert på én standard for hele regionen. På denne måten skal pasienten oppleve å få samme behandling uansett hvilket sykehus vedkommende behandles ved. I tillegg skal helsepersonell i Nord-Norge oppleve å få mer brukervennlige arbeidsverktøy som skal bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

HOS-prosjektet (Harmonisering, optimalisering og sammenslåing av DIPS EPJ og LAB) er det mest omfattende prosjektet i FIKS. Prosjektets mål er å sørge for en mer enhetlig bruk av DIPS Elektronisk pasientjournal (EPJ) og laboratorieinformasjons-systemer (LAB), samt slå sammen DIPS-databasene innenfor hvert helseforetak slik at man får én pasientjournal.

Første skritt på veien mot én pasientjournal er at Helse Nord's 9 DIPS-databaser i tur og orden flyttes under samme tak. Det dreier seg om en fysisk flytting av sykehusdatabasene i Nord-Norge til ett felles, regionalt datasenter – et arbeid som utføres i regi av Helse Nord IKT. For Nordlandssykehusets del ble Lofoten-databasen flyttet til Helse Nord's regionale datasenter 17.september 2014, Vesterålen fulgte etter 27.oktober, og sist ut var Bodø-databasen som ble flyttet 11.desember. Disse flyttingene omtales som HOS-trinn 0. I perioden 13.-15.februar 2015 ble HOS trinn 1 gjennomført for NLSH. I denne fasen ble Nordlandssykehusets pasientdata flyttet over i den regionale Helse Nord-databasen. Dette var en teknisk operasjon der hovedtyngden av arbeidet lå på leverandøren DIPS ASA. Operasjonen medførte noe nedetid på journalsystemene ved sykehusene og DPSene (to til tre dager), og nødjournale ble brukt for å dokumentere pasientbehandlingen i denne perioden. Etter endt operasjon fikk vi som helseforetak et felles bruker-, rekvirent- og pasientregister i DIPS, og ikke minst felles forvaltning av basen(e). Det som nå gjenstår er trinn 2 som er «Én felles pasientjournal for Nordlandssykehuset».

Høsten 2015 får Nordlandssykehuset én felles pasientjournal (DIPS) og ikke minst felles rutiner. Systembruk og rutiner skal da være lik ved samtlige helseforetak i Nord-Norge. Det gjennomføres også større organisasjonsmessige endringer ved Nordlandssykehuset, og felles organisasjon betyr bl.a. felles ventelister for sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen, noe som er en stor fordel for pasientene. Helsepersonell vil nå oppleve store endringer i sin arbeidshverdag, og det legges opp til et omfattende opplæringsprogram i regionen der eLæring, intern sertifisering og superbrukere vil spille en sentral rolle.

I tillegg til alle aktivitetene knyttet til HOS, samarbeider klinisk personell ved Nordlandssykehuset og UNN med systemleverandøren om utviklingen av ny funksjonalitet i morgendagens pasientjournal – DIPS Arena. Helse Nords rundt 15.000 journalbrukerne på systemet DIPS vil etter hvert kunne ta i bruk neste generasjon pasientjournal modul for modul, etter hvert som DIPS Arena utvikles. Imidlertid er den reviderte tidsplanen for utviklingen av DIPS Arena fra leverandøren enda ikke på et slikt format at man føler seg trygg på at denne vil holde helt ut. Planen legger til grunn at mye av funksjonaliteten i dagens EPJ vil være flyttet over på ny løsning i løpet av 2016. FIKS ledelsen følger fortsatt opp leverandøren med hensyn til planleggingen av Arena-utvikling, og Helse Nord RHF og FIKS har parallelt et pågående merkantilt arbeid knyttet til kontraktsoppfølgingen.

FIKS programmet representerer en vesentlig utfordring hva angår ressursbelastning og foretakets mulighet for planlegging av endringer i ressursbehov. Samtidig representerer programmet en betydelig utfordring mht fremtidig implementering av endringer foretakenes viktigste kjernesystemer. Et risikoelement er her hvorvidt de anbefalinger som legges til grunn er tilstrekkelig konsekvensutredet i forhold til Nordlandssykehusets behov og krav. Foretaksledelsen er også opptatt av at de gode strukturer for opplæring og brukerstøtte (eks gjennom etableringen av superbrukere) som etableres som en del av implementeringsprosjektet, også videreføres etter at FIKS programmet er gjennomført. Hvis man ikke lykkes i dette, vil det være risiko for at man i fremtiden mister de gevinster man har oppnådd gjennom en standardisering og forbedring av arbeidsprosesser og systembruk. Det vil her også være svært viktig å få etablert gode strukturer og prosesser for oppfølging og kontroll av vår kliniske virksomhet.

Forslag til tiltak:

- Foretaket må fortsatt stille riktige ressurser til rådighet og sikre aktiv deltakelse i programmet.
- I det videre programløpet må foretaket sikre en tett dialog med prosjektledelsen og beslutningstakerne.
- Forut for implementering av endringer må foretaket sikre at nødvendige risikovurderinger er foretatt.
- Foretaket må sikre videreføring av de gode strukturer for opplæring og brukerstøtte som etableres under implementeringsprosjektene i FIKS.
- Foretaket må etablere gode og varige strukturer for oppfølging og kontroll som sikrer at de rutiner og prosedyrer som etableres som en del av FIKS blir fulgt.

ERL-utvikling og – implementering

Elektronisk rekvirering av laboratorietjenester (ERL) er et regionalt utviklingsprosjekt der formålet er å utvikle verktøy for interaktiv samhandling mellom spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og legekontorer i regionen. Det skal etableres en løsning for bestilling av blodprøveanalyser og andre laboratorietjenester ved hvert enkelt helseforetak i Nord-Norge som skal tilbys landsdelens legekontorer. Målet er at alle legekontorer skal få tilbud om å kunne rekvirere blodprøver elektronisk ved et eller flere sykehus i helseregionen.

Enkelte legekontorer i Nordland kan nå bestille blodprøveanalyser og andre laboratorietjenester elektronisk hos Nordlandssykehuset HF. Totalt er det ca. 70 legekantor som hører til NLSHs ansvarsområde. Pr tiden er bare åtte legekontorer med koblet opp mot Nordlandssykehuset, men bestillinger har kommet inn fra flere legekontorer i regionen. For de legekantor som er koblet på, fungerer løsningen godt.

Framdriften i prosjektet har ikke vært i tråd med opprinnelig plan. Pilotperioden pågår fortsatt, til tross for at den opprinnelige planen tilsa avslutning av denne våren 2014. Utrullingen stoppet opp etter 3.november 2014.

Ledelsen i FIKS mener den største risikoen i ERL-prosjektet er manglende fremdrift fordi teknisk ressurs som har vært sentral i ERL-prosjektet nå er 100 % engasjert i Integrasjonsprosjektet i HN IKT. HN IKT har den siste tiden bedret kapasiteten og man forventer at dette bidrar til økt framdrift og mer robuste løsninger.

For Diagnostisk klinikk er ERL prosjektet et meget viktig og prioritert prosjekt. Etableringen av ERL ventes å ha betydelige effekter både med hensyn til kvalitet og økonomi. I tillegg har prosjektet stor betydning for vårt omdømme og våre muligheter til å tilby gode tjenester til primærhelsetjenesten, og således unngå en situasjon hvor våre «kunder» i stedet retter seg mot private aktører.

Forslag til tiltak:

- Foretaket må sikre aktiv deltakelse i prosjektet og fortsatt stille riktige lokale ressurser til rådighet.
- Foretaket må legge press på FIKS for å sikre nødvendig fremdrift i prosjektet.

Lokale prosjekter versus deltakelse i regionale løp

Nordlandssykehusets deltar med betydelige ressurser i regionale prosjekter. Dette anses nødvendig for å sikre ivaretagelse av våre behov både med hensyn til fremtidige behandlingsforløp, rutiner/prosedyrer og systemstøtte. FIKS programmet og dets mange prosjekter er et eksempel på regionale løp hvor foretaket har forpliktet seg til å stille ressurser til rådighet. Imidlertid vil slik regional deltakelse ofte påvirke vår evne og kapasitet til å igangsette lokale prosjekter. Dette gjelder også teknologirelaterte prosjekter, der vi i tillegg til «lokal ressursknapphet» opplever stadig større utfordringer ifht leveransekapasitet fra HN IKT. Det oppleves som utfordrende å få levert tjenester fra HN IKT til å dekke våre lokale behov, ettersom vi ofte havner i «konkurrans» med regionale bestillinger.

Både det å kunne drive et kontinuerlig forbedringsarbeid i foretaket og det å kunne igangsette tiltak for å møte nye utfordringer (herunder økonomiutfordringer), forutsetter tilgang til riktige ressurser. Nordlandssykehuset har vært, og er fortsatt inne i en meget krevende periode preget av en presset økonomi og med betydelige endringer i bygningsmasse og organisering. Under en slik situasjon vil det være en betydelig fordel å ha kapasitet til å vurdere og iverksette nødvendige tiltak som kan ha positive effekter for foretaket. Når det gjelder teknologiutvikling i foretaket det siste året, er det nærliggende å nevne at vi har tatt i bruk ny teknologi innenfor lyd/bilde/telefoni gjennom implementering av Microsoft Lync. I tillegg har deler av foretaket tatt i bruk talegjenkjenning, og vi ser på mulighetene for å bredde denne teknologien ytterligere. Foretaket har også tatt i bruk teknologiske løsninger fra Imatis, blant annet for selvinnsjekk for polikliniske pasienter og automatisk køhåndtering med elektroniske pasienttavler og meldingsutveksling. Alle disse prosjektene har vært igangsatt for å møte våre lokale behov og for å bidra til bedre kvalitet på våre tjenester og samtidig ha positiv effekt på vår økonomi.

Det oppleves som krevende å finne en balanse mellom behov om/ krav til regional deltakelse, og behovet for å drive innovasjon og utvikling innenfor foretaket. Vi vet at det vil komme nye prosjekter og behov i tiden fremover, og det vil derfor være nødvendig å gjøre løpende vurderinger og prioritering av vår «portefølje» slik at vi sikrer en optimal utnyttelse av våre ressurser. Vi er også nødt til å ha en tett dialog og oppfølging mot våre samarbeidsparter, slik at vi i størst mulig grad sikrer leveranser til og fra disse.

Forslag til tiltak:

- Foretaket må løpende vurdere ressurstilgangen og sikre en optimal allokering og balanse mellom deltakelse i regionale og lokale prosjekter.

- Foretaket må være i tett dialog med våre samarbeidsparter for å sikre gjensidige leveranser i tråd med avtaler.

Regional systemforvaltning og ny driftsavtale med HN IKT

Helse Nord har gjennom perioden 2002-2015 anskaffet like eller felles kliniske systemer. Innføringen av slike regionale systemer har utløst et behov for et regionalt perspektiv på forvaltningen av den kliniske systemporteføljen. I 2014 ble det av foretakslederne i regionen besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å konkretisere forvaltningen innenfor radiologiområdet. Dette arbeidet resulterte i at man besluttet å etablere et Forvaltningssenter radiologi (FSR). Den 1. januar 2015 ble FSR offisielt opprettet som et regionalt, funksjonelt forvaltningssenter og plassert ved Universitetssykehuset Nord-Norge. I praksis overtok da UNN driften for de regionale radiologissystemene Sectra RIS og PACS. Det gjenstår imidlertid et arbeid med å få utarbeidet endelige avtaler mellom Forvaltningssentret og Nordlandssykehuset. Blant annet jobbes det fortsatt med å utarbeide «ansvarsmatriser» (såkalte HUKI matriser) samt enes om omfanget av systemer som tilhører forvaltningssentrets ansvar (herunder mellomvareløsninger som benyttes innenfor radiologiområdet).

Det jobbes nå også med å utrede og beskrive alternativer for en regional forvaltning av andre systemområder. I denne forbindelse ble de i april 2015 lagt frem et prosjektmandat «Forvaltning av kliniske systemer i Helse Nord» for Styringsgruppen HN IKT hvor regionens foretaksdirektører sitter. Utredningsarbeidet skal gjøres i regi av Helse Nord, og endelig forvaltningsmodell vil besluttes av foretaksdirektørene.

Samtidig som det i regi av Helse Nord pågår en utredning rundt fremtidig regional forvaltning, har HN IKT sammen med helseforetakene startet et arbeid med å revidere driftsavtalen. Dagens driftsavtale («Avtale om kjøp av driftstjenester knyttet til maskinvare, infrastruktur og programvare») er fra februar 2009, og bygger på statens standardavtale. Foretaket er svært positiv til å få utarbeidet en ny driftsavtale; under forutsetning at også denne nye avtalen fortsatt bygger på statens standardavtale. Vi mener dette vil bidra til at vi i størst mulig grad sikrer at avtalen inneholder alle vesentlige elementer, og at den også vil kunne stå seg gjennom eventuelle fremtidige endringer i eierstruktur for IKT i Helse Nord.

Forslag til tiltak:

- Foretaket må (i regi av Diagnostisk klinikk) sikre aktiv deltakelse og nødvendig fremdrift i utarbeidelse av forvaltningsavtale innenfor radiologi.
- For de øvrige systemområder må foretaket delta aktivt for å sikre at Nordlandssykehusets interesser blir best mulig ivaretatt gjennom fremtidige forvaltningsavtaler.
- Foretaket må delta aktivt i utarbeidelse av ny driftsavtale med HN IKT og gjennom denne prosessen sikre at alle vesentlige driftsmessige behov omfattes av avtalen.

Risiko, sårbarhet og beredskap knyttet til IKT systemer og –infrastruktur

Helse Nord IKT er vår driftsleverandør innenfor IKT og er derved en helt sentral premissgiver med hensyn til sikkerhet og beredskap rundt IKT systemer og –infrastruktur. For at vi som foretak skal kunne innfri krav og forventinger fra myndigheter, styre og eiere om å redegjøre for risiko, sårbarhet og beredskap knyttet til IKT, er vi derfor helt avhengige av bistand fra Helse Nord IKT.

I forbindelse etableringen av regionale datasentre i Tromsø og de konsekvenser dette har for flytting av systemer, applikasjoner og databaser, har vi fra Nordlandssykehusets side flere ganger etterspurt en tydelig redegjørelse fra HN IKT med hensyn til risikovurderinger av det nye driftsmiljøet og eventuelle planlagte risikoreducerende tiltak. Vi har da blant annet bedt om en redegjørelse for hvordan en situasjon hvor begge datasentre i Tromsø er nede over tid vil utarte seg, og hva dette vil ha å si for tilgjengeligheten til alle våre systemer som er plassert i disse datasentrene. Vi har vært

særlig opptatt av å få opplysninger om hvilke «mellomløsninger» som kan/må etableres frem mot en «normaltilstand» i driften. Vi vurderer dette som en nødvendig input til å kunne sikre at vi har gode, lokale beredskapsplaner. Vi har så langt ikke lyktes i å få tilfredsstillende svar fra HN IKT på vår henvendelse, men vi vil følge opp saken.

I forbindelse med HOS prosjektet har Nordlandssykehuset gjennomført risiko- og sårbarhetsvurderinger forut for hver av flytteoperasjonene som omfatter oss; dvs trinn 0 for Lofoten, Vesterålen og Bodø, og i trinn 1 for den samlede database.

Forslag til tiltak:

- Følge opp HN IKT for å sikre at nødvendige risikovurderinger av den nye driftsplattformen er gjennomført og at risikoreducerende tiltak er etablert.
- Sikre at lokale og regionale beredskapsplaner også omfatter IKT.

6. Utfordringer relatert til Utbyggingsbyggeprosjektet i Bodø - Slutføring av byggearbeidene

De store utfordringer som ligger i å gjennomføre rehabiliteringsarbeider og bygging nært opp til arealer med sykehusdrift har gjort at den opprinnelige faseplan for utbyggingsprosjektet er endret. Hovedgrepet er at arbeidene i høyblokken (AB-fløyen) nå tas etter at den eldste fløy (HN-fløyen) er rehabilitert og påbygd med en etasje. Samtidig er byggingen av den nye kontorfløyen (G-fløyen) kommet i gang med ferdigstillelse mai 2016. Dette har muliggjort forenklinger i rokadeplanen, dvs plan for flytting av virksomhet til midlertidig arealer, og en ombygging/påbygging i HN-fløyen uten brukere i denne fløy. Det siste er en klar forbedring av arbeidsforholdene for de ansatte, og en reduksjon av belastningen fra byggearbeidene på pasienter og pårørende i perioden fram til HN-fløyen står ferdig. Men når renoveringen av AB-fløyen settes i gang, med deling av bygningen vertikalt med en halvdel frigjort for byggearbeider og en halvdel beholdt for sykehusdrift, øker disse utfordringer igjen. Den delen som skal inneholde sykehusdrift vil oppleve trangboddhet og belastning i form av støy, vibrasjon og fare for støv. Når det gjelder trangboddheten er dette avklart med brukerne i omforent rokadeplan for ombygging av AB-fløyen. Hensynet til arbeidsmiljøet for de ansatte søkes hensyntatt slik det er krevd i pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjennom egne prosesser som skal sikre god informasjon til klinikken og de ansatte om hvilke belastninger som kan forventes, og for å sikre at innklimaet ikke forverres i byggefasen.

Det ligger betydelige utfordringer i å få på plass avtaler med entreprenører som ligger innenfor gjeldende budsjettgrenser og som er tilstrekkelig forutsigbar med hensyn til tilleggskrav. Dette fordi ombygging av AB-fløyen er vanskelig å beskrive komplett. Derfor legges det nå opp til få til samspillmodeller som gir riktig risikofordeling mellom partene, og smidighet i gjennomføringen.

En ny utfordring for realisering av byggeprosjektet i Bodø er knyttet til manglende likviditet for gjennomføring av tilleggsarbeider som er vedtatt gjennomført. Mens det for det opprinnelige prosjektet er gitt om lag 80 % lånefinansiering, er det for de vedtatte tilleggsarbeider – herunder endret konsept i Bodø (35 mill kr), varmesentral og medisinerrobot (36 mill kr), akuttheis/heliport (18,2 mill kr) og ny G-fløy (likviditetsbehov 61,6 mill kr) – ikke gitt tilsagn om økt låneramme fra Helse Nord RHF. Som følge av den utfordrende driftssituasjonen foretaket har hatt gjennom byggeperioden, og driftsmessige underskudd som følge av dette, vil ikke foretaket ha tilstrekkelig likviditet til å realisere investeringene innenfor dagens kredittramme. Dersom ikke foretaket tilføres likviditet enten gjennom lån eller økt kredittramme vil ikke byggeprosjektet kunne realiseres ihht plan.

Oppsummert ligger utfordringen av utbyggingsprosjektet i at:

1. Økonomiske forhold.

Økonomiske vurderinger hos eier, herunder manglende likviditetstilførsel, kan medføre at prosjektet forsinkes eller må endres. Større forsinkelser eller endringer vil fort få betydelige konsekvenser for byggekostnadene og sykehusdriften.

2. Sykehusdrift og arbeidsmiljø for ansatte.

Til tross for betydelig forberedende planlegging og fokus på tiltak i gjennomføringen, kan det oppstå situasjoner hvor sykehusdriften og arbeidsmiljøet for de ansatte utsettes for belastninger utover det som kan aksepteres.

Tiltak som iverksettes:

- Avklaringer rundt eiers holdninger til videreføring av prosjektet, j.fr tidligere styrevedtak i Helse Nord RHF.
- Gjennomføre forhandlinger med entreprenører for avklaringer for samspillkontrakt ved bygging av AB-fløyen.
- Oppfølging av Arbeidstilsynets krav om vurderinger rundt de ansattes arbeidsforhold i en byggesituasjon.
- Tiltak for å sikre god sykehusdrift også i gjenstående del av utbyggingsprosjektet.

7. Foretakets arbeid med internkontroll og risikostyring

Alle enkeltelementene i et internkontrollsystem er hver for seg betydningsfull, men det er summen av det vi gjør som til slutt er avgjørende om vi som foretak har kontroll på virksomheten.

Internrevisjon er ett godt virkemiddel, men det vil ikke alene sikre full kontroll. Det er viktig å sørge for at internkontrollsystemet i foretaket er godt beskrevet og dokumentert, men det er enda viktigere å sikre at de riktige kontrollaktiviteter er i bruk.

Internrevisjon er en kontrollaktivitet som foretaket har implementert og bruker systematisk i oppfølging av vårt internkontrollsystem. Fra og med 2012 ble denne metoden systematisk tatt i bruk både på foretaksnivå og i klinikk og stab. Det utføres i dag et betydelig antall internrevisjoner både på foretaksnivå og i flere av klinikkene. Mange dyktige og engasjerte internrevisorer legger ned et betydelig arbeid hvert år for å sikre at alle planlagte revisjoner blir gjennomført, samt at avvik og forbedringer følges opp gjennom gode handlingsplaner.

Oppfølging både ved ledelsens gjennomgang og i internrevisjonsnettverket i foretaket viser imidlertid at det fortsatt er et forbedringspotensiale mht gjennomføring av planlagte revisjoner. Foretaksledelsen vil fortsette å stille krav til at det gjennomføres internrevisjoner slik foretakets prosedyrer krever. I tillegg ser vi at eksterne tilsyns- og revisjonsmyndigheter i stadig større grad etterspør hva foretaket selv har gjennomført av revisjoner. I forbindelse med slike eksterne tilsyn/revisjoner blir det ofte gitt avvik dersom vi på forhånd ikke har gjennomført egne revisjoner innenfor området og heller ikke har konkrete planer om slike. Foretaket er derfor tjent med å være mest mulig proaktiv ifht revisjonsarbeidet, og at vi søker å avdekke forbedringsområder selv i stedet for at eksterne parter påpeker mangler.

I forhold til foretakets arbeid rundt risikostyring, benyttes dette som verktøy i forbindelse med avvikssystemet/ forbedringsarbeidet, målstyring og endringskontroll. Krav til risikostyring er nedfelt i retningslinjer og prosedyrer i Docmap. Helse Nord RHF er gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å etablere systemer for risikostyring. Helse Nord RHF har stilt tilsvarende krav i oppdragsdokumenter til helseforetakene. Styringsdokumentene slår fast at styrene

skal sørge for at foretakene har god internkontroll og at det er etablert system for risikostyring for å forebygge, hindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene for helseforetakene ikke blir nådd skal identifiseres, og korrigerende tiltak som kan redusere faren for manglende måloppnåelse skal iverksettes.

Helse Nord hadde identifisert følgende fire målområder for risikostyring i 2014:

1. Pasientbehandlingen
 - Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 - Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager
2. Organisasjon og personell
 - Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
 - Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd
3. Investeringsplan
 - Medvirke til at FIKS-prosjektet blir gjennomført.
 - Kontroll på store parallelle byggeprosjekter
4. Økonomi
 - Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder
 - Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Disse målområdene var gjenstand for en risikovurdering og er tidligere rapportert både til Helse Nord og vårt styre (Sak 25-2015 Årlig melding 2014).

Innenfor området Informasjonssikkerhet jobbes det nå med å implementere et regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet (retningslinjer og prosedyrer). Som et ledd i denne implementeringen er det også lansert obligatoriske e-Læringskurs for informasjonssikkerhet. Prosjektet er igangsatt og arbeidsgrupper er etablert i hver klinikk. Åtte arbeidsoppgaver er tillagt arbeidsgruppene hvorav to omfatter å:

- Definere akseptabel risiko på de viktigste system områdene
- Planlegge og starte risikovurdering av de kliniske systemene

Sykehuset har i dag ca. 300 kliniske systemer. En viktig del av planleggingen av ROS analyser vil være utvelgelse av de mest kritiske systemene. Dette arbeidet utføres av personvernombudet sammen med arbeidsgruppene for de klinikkspesifikke fagsystemene. Plan er at dette skal være utført innen utgangen av juni 2015. Det er laget en egen metode for denne delen av arbeidet. Selve ROS-analysene for fag- og fellessystemene starter ultimo august 2015 og varer i første omgang ut året. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS analyser vil bli forelagt helseforetakets styre som egen sak.

Den 16. februar 2015 ble Nordlandssykehuset miljøsertifisert etter ISO 14001. En prosjektgruppe hadde da siden 2012 jobbet med å få Nordlandssykehuset HF miljøsertifisert etter ISO14001 etter krav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fra midten av 2014 har hele helseforetaket med ansatte og ledere vært involvert i arbeidet med å legge til rette for at Nordlandssykehuset skal bli mer miljøvennlig i framtiden. Det synlige beviset for dette er at Nemko har utstedt et sertifikat etter miljøstandarden NS-EN ISO14001:2004. Sertifikatet er gyldig til februar 2018, men det forutsetter og forplikter at alle ansatte og ledere opprettholder arbeidet for å bedre det ytre miljø.

Forslag til tiltak:

- Foretaksledelsen vil ha fortsatt fokus på planlegging og gjennomføring av egne revisjoner i klinikk og stab.
- Alle eksterne tilsyn og revisjoner følges opp med handlingsplaner, og styret holdes orientert om disse.

- Foretaket vil arbeide videre med å gjøre rammeverket for risikovurdering og –styring ytterligere utbredt i foretaket.
- Styrke informasjonssikkerheten i foretaket gjennom implementering av styringssystem for informasjonssikkerhet, samt gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av viktige kliniske systemer.
- Opprettholde miljøstandarder NS-EN ISO14001:2004 gjennom løpende fokus på miljøarbeid.

8. Foretakets arbeid med pasientsikkerhet

Nordlandssykehuset har siden høsten 2010 hatt et sterkt fokus på systematisk pasientsikkerhetsarbeid, både gjennom egne initiativ og gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender». NLSH styret har fått erfart dette ved at ca. 25 % av det totale antallet styresaker omhandler pasientsikkerhet og/eller kvalitet. Som styresakene har vist, har deler av denne satsningen gitt resultater blant annet ved at antallet pasientskader er redusert siden 2010. Framover skal fokuset på systematisk pasientsikkerhetsarbeid fortsatt være sterkt. Det jobbes med ulike tiltakspakker og pasientsikkerhetsprosjekter i alle klinikker og i de fleste enheter. Pasientsikkerhetsarbeid krever tid og tålmodighet for å lykkes og målet er at pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid skal bli en naturlig del av de oppgavene vi utfører hver dag.

Nordlandssykehuset har kommet lengre enn mange helseforetak i pasientsikkerhetsarbeidet, men vi har fortsatt en vei og gå før forbedringsarbeidet er en fullverdig del av hverdagen. For å oppnå dette kreves det et enda større ledelsesengasjement og involvering enn vi har per i dag. Enhets – og mellomledere må etterspørre data og resultater for sin klinikk og engasjere seg i arbeidet som foregår i sin enhet. Uten denne lederinvolveringen vil ikke NLSH lykkes fullt ut med satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet og vi vil ikke klare å oppnå målene i oppdragsdokumentet med full implementering av nasjonale tiltakspakker innen utgangen av 2016.

Forslag til tiltak:

- Tydelig forankring i styret og toppledelsen
- Ledelsesengasjement og involvering på alle nivå i linja
- Kompetanseheving og bevisstgjøring
- Legeinvolvering i de ulike klinikker og enheter
- Gode verktøy og målinger som beskriver utviklingen over tid

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at Ledelsens Gjennomgang er gjennomført i klinikkene og på HF-nivå, samt de redegjørelser fra gjennomgangen som er fremlagt i denne saken.
2. Styret legger til grunn at de områdene som er omtalt i rapporten vil være de viktigste for foretaket å videreutvikle i perioden 2015-2016.

Avstemming:

Vedtak:

Vedlegg 1 Risikomatriser

Før tiltak:

SANNSYNLIGHET	Svært stor				3 4	1	
	Stor				7	12	8 5
	Middels			11	9 2	6	10
	Liten						
	Svært liten						
		Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Svært alvorlig	
		KONSEKVENS					

Risiko #:

Risikoområde:

- | | |
|----|---|
| 1 | Beholde og videreutvikle tjenestetilbudet |
| 2 | Manglende dreining av kirurgiske pasientforløp (fra døgn til dag) |
| 3 | Økonomiske kontroll av ambulansetjenesten |
| 4 | Tilbudet etter ytterligere omstilling av psykiatri- og rus området |
| 5 | Manglende spesialistdekning (ulike profesjoner) |
| 6 | Mangelfull driftsplanlegging |
| 7 | Svikt i HMS under byggeprosjektet |
| 8 | Manglende økonomisk bærekraft i foretaket |
| 9 | Tilgang til ressurser fra driften til deltakelse i FIKS og andre regionale prosjekter |
| 10 | Mangelfull slutføring av byggeprosjekt Bodø pga svikt i bærekraft og/eller finansiering |
| 11 | Begrenset svikt i internkontroll og risikostyring |
| 12 | Manglende gjennomføring av pasientsikkerhetstiltak |

Etter tiltak:

	Svært stor					
	Stor			4	5	
SANNSYNLIGHET	Middels		7 1 3 6	8		
	Liten	11 12	2	9	10	
	Svært liten					
		Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Svært alvorlig
				KONSEKVENS		

Risiko #:

Tiltak:

1	Strategisk fagutviklingsplan 2015
2	Tett ledelsesmessig oppfølging av moderniseringen av operasjonsområdet
3	Ny ambulanseplan
4	<i>Ingen avtalte tiltak</i>
5	Kompetanse- og rekrutteringsplan, gir kun effekt på lengre sikt
6	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP)
7	Gjennomføre rocadeplaner og sikre etterlevelse av arbeidstilsynets krav
8	Tett ledelsesmessig produksjonsoppfølging og gjennomføring av tiltaksplan
9	Prioritere FIKS og andre regionale prosjekter på bekostning av interne effektiviseringstiltak
10	Se tiltak 6 og 8, samt at finansieringsforhold vedrørende tidligere vedtatte planutvidelser avklares med Helse Nord RHF
11	Videreutvikle foretakets arbeid med internkontroll og risikostyring
12	Ledelsesforankring og ledelsesinvolvering i pasientsikkerhetstiltak på enhetsnivå