



Styresak 061-2016

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2015

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen, Beate Sørslett, Paul Martin Strand m.fl
Dato dok: 06.06.2016
Møtedato: 13.06.2016
Vår ref: 2011/1897

Vedlegg (t): Risikomatrise

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at ledelsens gjennomgang er gjennomført i klinikkene og stabene samt de redegjørelser fra resultatene som er framlagt i denne saken.
2. Styret legger til grunn av de områder som er omtalt i rapporten vil være de viktigste for foretaket å videreutvikle i perioden 2016 – 2017.

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 internkontroll rutine skal foretakets øverste ledelse regelmessig gjennomgå organisasjonens internkontroll-/ kvalitetsstyringsystem 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 handlingsplaner som ivaretar risikobildet som framkommer.

Direktørens vurdering:

I henhold til Nordlandssykehusets prosedyre for Ledelsens Gjennomgang har foretaket i egen ledelseslinje en årlig gjennomgang av organisasjonens internkontroll-/ kvalitetsstyringssystem for å sørge for at dette systemet er hensiktsmessig, tilstrekkelig, og at det virker effektivt.

Ledelsens gjennomgang skal legge grunnlag for at ledelseslinjen, og administrerende Direktør ovenfor NLSH HF's styre, skal kunne konkludere hvorvidt foretaket drives forsvarlig ihht lov og forskrift.

Denne gjennomgangen har et utvidet perspektiv ved at den også skal ivareta den intensjonen at foretaket får løftet frem og drøftet de vesentligste utfordringer og risikoforhold ved foretakets nåværende og framtidige evne til måloppnåelse i ivaretakelsen av vår samfunnsoppgave.

Direktøren har i perioden februar-mars 2016 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).

Det er etter denne gjennomgang Administrerende Direktørs vurdering at foretaket drives forsvarlig ihht lov og forskrift.

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 beskrivelse av vedtatte tiltak og tiltak som er til vurdering.

Av virksomhetens komplekse natur vil det alltid være en særlig risiko i grensesnittene mellom enheter, fagmiljø og lokasjoner. Grensesnittet innen og mellom klinikkene/stabene vies derfor særskilt oppmerksomhet i ledelsens gjennomgang med klinikkene og stabene.

Direktøren mener det er et særdeles godt sammenfall mellom Nasjonal Helse og Sykehusplan sitt oppdrag til Helseforetakene om å utvikle foretaksovergripende utviklingsplaner og ledelsen og Styret ved NLSH HF ønske om å utarbeide en ny Strategisk Utviklingsplan og tilhørende fagutviklingsplaner. En første del leveranse vil være å ha utredet nivå og organisering av kirurgisk virksomhet innen 25.11.2016.

Foretaksledelsen tenker at arbeidet med den helhetlige Strategisk Utviklingsplan (2018-2022, årlig rullering) og de tilhørende fagutviklingsplaner vil foretas som en iterativ prosess hvor man starter med en tidlig 'Draft versjon' av Strategisk Utviklingsplan for hovedgruppene av pasientgrupper/ fag/tjenester. Denne 'draft versjonen' vil legge visse foreløpige føringer og beskrankninger ved utarbeidelse av de underliggende fagutviklingsplaner så vel i kjernevirksomheten som for støttefag i staber.

Direktøren er av den oppfatning at dette vil være en helhetlig og riktig langsiktig tilnærming til det komplekse utfordringsbildet som denne Styresaken drøfter tematisk slik: (1) drift og organisering i kjernevirksomheten (2) personell, bemanning og rekruttering, (3) Pasientsikkerhet, (4) Brukermedvirkning og Samhandling, (5) Internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og Ytre Miljø (6) IKT, teknologi og infrastruktur, (7) Forskning (8) Økonomi (9) Utfordringer relatert til utbyggingsprosjektet i Bodø. Tiltak av mer kort- og mellomlang sikt er adressert til de enkelte underpunkter i saksframstillingen.

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.

Utredning

1. Drift og organisering av kjernevirksomheten

Overordnede forhold.

I tillegg til rekruttering av spesialister til flere utsatte fagområder og visse grupper annet personell, er bevaring og utvikling av foretakets samlede tjenestetilbud den mest krevende ledelsesutfordringen.

Dersom det pågående omstillingsarbeidet for å tilpasse virksomheten til budsjett ikke lykkes vil tjenestetilbudet påvirkes. I tillegg til å avklare hvilke tjenester det er riktig at Nordlandssykehuset 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. Vi må lykkes i å redusere utgiftene til pasientreiser og gjestepasienter. For å klare det må pasientene få helsehjelp på lavest mulige nivå (fastlege eller lokalsykehus) innenfor hva som er god medisinsk praksis og foretaket må være det foretrukne valget for pasienter i eget opptaksområde. Det må avklares hvilke spissfunksjoner som skal tilbys på mer enn ett sted i foretaket. Vårt tjenestetilbud må 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 foretak. Innen flere fag er det i praksis svært få pasienter som overføres til universitetsklinikk-nivå. 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.

Foretakets arbeid med ventende er fokusert rundt reduksjon av fristbrudd og reduksjon av langtidsventende. Vi ser en god utvikling, men ved avvikling av langtidsventende vil gjennomsnittlig ventetid forbli høyt.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende er redusert fra 129 dager til 103 dager i løpet av første tertial. I samme periode er antall ventende redusert fra 10 235 til 8 490.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede har i første tertial ligget rundt 80 dager. Som tidligere rapportert, både i årlig melding og i oppfølgingsmøter med Helse Nord, vil ikke Nordlandssykehuset ha mulighet for å oppnå gjennomsnittlig ventetid under 65 dager for avviklede pasienter, verken i første eller andre tertial.

Vi har fagområder hvor vi allerede oppnår styringsmålet. Psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom og rusbehandling har i hele 2016 hatt gjennomsnittlig ventetid under 65 dager for både avviklede og ventende pasienter.

Nordlandssykehuset har klart å stabilisere nivået på fristbrudd på tilsvarende nivå som vi hadde på slutten av 2015, men foretaket har dessverre ikke klart styringskravet om ingen fristbrudd i løpet av første tertial. Ettersom flere fagområder ivaretas av en eller få spesialister vil risikoen for fristbrudd øke under sommerferieavvikling. For siste tertial 2016 har vi en målsetting om fristbrudd på 0-1 %.

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver en fremtidig utfordring i forhold til tilgjengelighet på nødvendig helsepersonell som vi allerede i dag erfarer innenfor flere områder. Diskusjonen om planen har dessverre i meget stor grad vært fokusert rundt akutt kirurgi, slik at forhold som fremskredet nasjonal mangel på helsepersonell, mer nyansert gruppering av sykehus, og samarbeid mellom sykehus i mindre grad har vært debattert nasjonalt.

Utarbeidelse av strategisk utviklingsplan for NLSH HF vil være en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Av Helse Nord er vi gitt i oppdrag å prioritere:

- Utredning av organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og aksene Lofoten-Vesterålen som del av Nordlandssykehusets kirurgiske akuttberedskap. Forutsettes at Nordlandssykehuset også utreder sitt fødetilbud gjennom dette arbeidet.
- Beskrivelse av organisering i foretaket som oppfyller de forutsetningene som ligger i foretaksmøtets vedtak om stedlig ledelse.

Frist for første tilbakemelding til Helse Nord RHF på status for utredningsarbeidet er 30. september 2016, og endelig frist (inkludert lokale høringer og styrebehandling) er 25. november 2016. Det er fra HN RHF ikke gitt noen frist for å ha på plass en helhetlig Strategisk Utviklingsplan for Helseforetaket.

Innen psykiatri har NLSH HF's sentralinstitusjon Rønvik sammen med Åsgård UNN det samlede ansvaret for psykiatriens sentralinstitusjonstilbud i Nord Norge. Det har over år vært nasjonale føringer på dreining av tilbud fra sentralinstitusjoner til Distrikts psykiatriske sentra (DPS). Det har vært et uttrykt nasjonalt mål med en ressursfordeling 40/60. Dette er tatt hensyn til ved incentiv utformingen i regional inntektsmodell. Dette og andre forhold ved ny inntektsfordelingsmodell kan 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 i liten grad er regionalisert, er det ikke åpenbart at det vil være mulig å realisere slik omstilling samtidig som riktig og trygg pasientbehandling ivaretas.

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.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Foretaket skal i 2016/ 2017 utarbeide strategisk utviklingsplan, basert på nylig utarbeidet nasjonal mal og som ivaretar nødvendig oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Utviklingsplanen skal også beskrive aktuelle fagområder i helseforetaket.

Nærmere om spesielle utfordringer innen områdene/ sektorene i kjernevirksomheten:

Kirurgiske/operative området.

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. Bakgrunnen var en relativ tradisjonell og konservativ kirurgisk/ortopedisk virksomhet, med liten grad av sammedagskirurgi¹, andel dagkirurgi² på ca 30 % og strykning av planlagte operasjoner mellom 10-15 %.

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 hadde fokus på operativ virksomhet i Bodø og ble overført til klinikkene med operasjonsvirksomhet 1.mai 2014. Målsetningene etter overføring var:

- 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 har vi ikke oppnådd målene for 2015. Vi ser økende andel dagkirurgi og sammedagskirurgi i 2016. Andelen sammedagskirurgi i 2016 har variert mellom 60-67% og andel dagkirurgi ligger litt under 60%. Oppfølgingsmøtene med klinikkene har vist at det er behov for fokus på plantall for antall operasjoner, hvordan opererende klinikker utnytter tildelt stuekapasitet og på 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.

Oppdragsdokumentet for 2016 har mål om at variasjon i andel dagkirurgi innenfor utvalgte fagområdet (disse ikke spesifisert ennå) skal reduseres. Foretaket vil gi innspill til Helse Nord om at det er ønskelig å se på total andel dagkirurgi og sammedagskirurgi slik at vi får et sammenligningsgrunnlag regionalt. Dette er både for å bedre se hva vår målsetning på sikt bør være, og for å vite hvem vi bør kontakte for å lære av. Det er problematisk at finansiering via ISF³ gir betydelig høyere refusjon for samme prosedyre utført hos inneliggende pasient (som f.eks innlegges kvelden før operasjonen og utskrives operasjonsdagen) sammenlignet med dagkirurgi.

Opererende klinikker jobber i Bodø med å flytte småkirurgi fra dagkirurgen til kirurgisk poliklinikk for å frigjøre kapasitet på dagkirurgiske operasjonsstuer.

Dagens organisering med AKUM som leverandør av operasjonsstuer (inkludert anestesipersonell og operasjonssykepleiere) og opererende klinikker som ansvarlig for operatører og ventelister har utfordringer. Foretaksledelsen har regelmessige felles oppfølgingsmøter med AKUM og Kirurgisk ortopedisk klinikk hvor stuekapasitet, utnyttelse av stuekapasitet og årsak til strykninger er tilbakevendende tema.

¹ Sammedagskirurgi = kirurgisk inngrep uten liggedøgn i forkant av inngrepet, med ett eller flere liggedøgn i etterkant av inngrepet.

² Dagkirurgi = kirurgisk inngrep uten liggedøgn.

³ ISF = innsattsstyrt finansiering.

Administrativt vedtatt tiltak og tiltak til vurdering:

- Modernisering av kirurgiske pasientforløp skal revitalisert 2016 for å se på hvordan vi skal oppnå våre målsetninger.
- Vurderer gjennomgang av klinikkorganiseringen innenfor det operative området.

Stabilisering og utvikling av det kirurgiske tjenestetilbudet

Stabilisering og utvikling av det kirurgiske tilbudet er viktig, ikke bare for kreftbehandling, men også for tilbudet innen ikke-kreft relatert kirurgi og traumebehandling. I Regional kreftplan 2014-2021 (Helse Nord styresak 147/2013) anbefales å opprettholde daværende funksjonsfordeling⁴ innen kreftkirurgi. Det er av Helse Nord besluttet opprettelse av to prostatasenter i regionen, ett i Bodø og ett i Tromsø. Pr i dag kan Nordlandssykehuset verken tilby kurativ strålebehandling eller robotkirurgi ved prostatakraft, og har således ikke like komplett tilbud som Tromsø.

Dersom kreftkirurgi flyttes fra Nordlandssykehuset vil dette med stor sannsynlighet medføre et mindre stabilt kirurgisk miljø, vanskeligere å rekruttere fagfolk og kan få konsekvenser for tjenestetilbud også innen ikke-kreft relatert kirurgi. Det vil kunne medføre at flere pasienter velger behandling utenfor regionen, men påfølgende svekkelse av det regionale tilbudet.

For å opprettholde kreftkirurgi må vi tilby pasientene god kvalitet, samt mulighet til å velge behandlingsmodalitet der hvor flere likeverdige alternativer finnes. De nasjonale kvalitetsindikatorene innen kreftbehandling viser at vi samlet leverer en tjeneste på minst samme nivå som øvrige fagmiljøet regionalt/nasjonalt. For å opprettholde tilbudet må vi kunne tilby både pasienter og fagfolk fremtidsrettede kirurgiske metoder, som robotkirurgi er et eksempel på. Nordlandssykehusets styre har derfor søkt Helse Nord om økte investeringsmidler for innkjøp av operasjonsrobot.

God dekning av legespesialister innen kirurgi og ortopedi ved alle våre lokalisasjoner er en forutsetning for et stabil fagmiljø. Vi ser behov for vurdering av antall faste leger i Lofoten samt innenfor gastro i Bodø. Antall faste leger i Vesterålen ble økt i 2015/2016.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Etablere utdanningsstilling gastrokirurgi, urologi og plastikk kirurgi
- Utdanning av dobbeltspesialist thorax- og karkirurgi
- Vurdering av antall faste leger i Lofoten samt innenfor gastro i Bodø.

Pakkeforløp kreft

Foretakets organisering av pakkeforløp kreft er under fortløpende forbedring. For å kunne evaluere forløpene og finne flaskehals i utredning/ oppstart behandling er det viktig at aktuelle datoer i pakkeforløpene registreres fortløpende. I 2015 oppnådde vi styringskravet både i forhold til andel

⁴ Funksjonsfordeling innen kreftbehandling er beskrevet i tabell 7 og 8 i Regional kreftplan 2014-2021. Link til regional kreftplan: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20HØRINGER/Regional%20kreftplan%202014-2021.pdf>

kreftpasienter registrert i pakkeforløp og andel kreftpasienter som starter behandling innen standard forløpstid. I siste halvdel 2015 økte antall ulike forløp betraktelig, og vi ser at registreringsjobben tar svært mye av forløpskoordinatorenes tid. Vi har et forbedringspotensiale her og planlegger endring i forhold til pakkeforløpskoordinatorene. Vi har også foreslått pilotering av DIPS Arena⁵ innen pakkeforløpsregistrering fordi dette gjøres enklere der. For å utnytte kapasitet på tvers mellom gastromedisin og gastrokirurgi settes pasienter med mistanke om kreft i mage/tarm opp til første tilgjengelige skopitime, uavhengig om dette er gastrokirurg eller gastromedisiner.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Samlokalisering av forløpskoordinatorene, samt styrke dem med sekretær for registrering av pakkeforløpskoder

Anestesilegebemanning

Nordlandssykehuset HF deltar i bemanning av totalt 7 vaktskift innen anestesi, hvor vi har ansvaret for 6 av disse. I Bodø har vi vakt for lis, overlege, ambulansefly og helikopter 330-skvadron. I Lofoten og Vesterålen er det en anestesilege på hvert sted som har vakt en uke av gangen. I tillegg leverer både Nordlandssykehuset og UNN anestesilege til nyopprettet helikopterbase på Evenes.

Vi har fram til 2015 vært fullstendig avhengig av vikarstafett for anestesilege i Lofoten og Vesterålen, men fikk i 2015 fast ansatte anestesileger som dekker noen av ukene der. Det at vi har mange vaktskift er svært utfordrende, spesielt ved sykdom, vakante stillinger, overlegepermisjon eller annet fravær. Vaktene må alltid dekkes opp, dette medfører økt vaktbelastning på de ansatte, gir økte kostnader og reduserer antall anestesileger tilgjengelig på intensivavdelingen og operasjonsstuene. For 330-skvadronen må nye anestesileger som skal delta i tjenesten ”sjekkes ut” av Forsvaret, dette gjøres for sjelden og genererer hull i vaktplanen ved fravær som i dag dekkes av dyre vakansvakter.

Legen som har ambulanseflyvakt har hjemmevakt på kveld/natt og er planlagt som en del av bemanningen på sykehuset påfølgende dag. Det har blitt vanligere med behov for legefølge på ambulansefly. Når vedkommende har hatt aktiv tjeneste store deler av kveld/natt medfører det behov for fri påfølgende dag. Vi har ikke gruppe 1 tjeneste innen anestesi, så i løpet av utdannelsen må lis til annet sykehus minimum 1,5 år.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til vurdering:

- Øke med en lis (lege i spesialisering) lege for å utdanne flere anestesileger
- Gjennomgang av tjenesteplaner for å unngå vakansvakter ved planlagt fravær og vurdere behov for fri dagen etter ambulanseflyvakt
- Dialog med 330-skvadronen angående hyppighet av utsjekk for leger til tjenesten
- Vurdere omgjøring av UTA tid til ny overlegestilling

⁵ DIPS Arena = Ny DIPS under utvikling, dagens DIPS i helse Nord er DIPS Classic.

Intensivavdeling – opptrapping

Vi skal bygge opp vår kapasitet på intensivavdelingen til 10 sengeplasser. Vi har utfordring i forhold til bemanning i dag og ser at videre opptrapping vil medføre behov for økt utdanningskapasitet.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til vurdering:

- Tar opp utdanningstilbudet med Universitetet Nord
- Vurdere behov for flere stipend for videreutdanning intensivsykepleie.

Prehospital/Akuttmottak området.

Ambulanseplan

Ambulansetjenesten har i årevis drevet med betydelig overforbruk, et overforbruk som i tillegg er eskalerende. I tillegg var foretakets ambulanseplan utarbeidet før Vesterålen ble innlemmet i Nordlandssykehuset. Det ble derfor i 2015 utarbeidet og vedtatt ny ambulanseplan. For at vi skal få både de faglige og økonomiske gevinstene som forventes må denne implementeres i hele opptaksområdet. Implementeringen er startet i Lofoten og vellykket implementering er kritisk for å oppnå en fremtidsrettet ambulansetjeneste. For å legge til rette for en god implementering i Vesterålen er det inngått kontrakt med leverandør for liggende pasienttransport i regionen.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Suksessiv implementering i tråd med styrevedtak.

Overvåkingen og akuttmottak Lofoten

Akuttmottaket i Lofoten er lokalisert i begynnelsen av ene sengeposten, og har for liten romkapasitet i forhold til behovet. Dette medfører utfordrende logistikk ved mottak av pasienter og risiko for brudd på taushetsplikt fordi flere pasienter er tilstede i samme rom. Det er også uheldig at alle pasienter transporteres gjennom sykehuset for å komme til akuttmottaket.

Lokalene til overvåkningsavdelingene er ikke hensiktsmessige, det er lite tilrettelagt for smittepasienter og muligheten for å jobbe skjermet i forbindelse med dokumentasjon av behandlingen er dårlig. Det har lenge vært planlagt flytting av akuttmottak og overvåkingen til første etasje, initialt planlagt påbygg sammen med Vestvågøy kommune, men at de har trukket seg fra samarbeidet.

Vi har sammen med Sintef Helse (nå Sykehusbygg) fått utarbeidet utkast til en rapport med forslag til romløsninger. Vi har via gjennomgang av rapporten sammen med brukerklinikkene sett behov for ytterligere avklaringer. Dette arbeidet pågår.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Utredning av ombygging pågår.

Medisinske området.

Omorganisering av medisinsk klinikk og hode bevegelse klinikken

Både medisinsk klinikk og hode bevegelse klinikken er våren 2016 i gang med omorganisering for å ivareta kravet om enhetlig ledelse på nivå under klinikk sjef. Begge klinikkene har hatt egne avdelinger for leger, sekretærer og sykepleiere på sengepost og sykepleiere i poliklinikk/ dagbehandling.

Vi ser at dette har medført et fragmentert lederansvar innenfor de ulike fagområdene, både i forhold til økonomi og pasientforløpsarbeid. I de nye avdelingene skal avdelingsleder ha totalansvar for aktivitet, kvalitet og økonomi for alle yrkesgrupper i avdelingen.

Medisinsk klinikk skal ha seks avdelinger (Lofoten, Vesterålen, kreft + 3 avdelinger i Bodø gruppert på fag).

Hode bevegelse klinikken skal ha tre avdelinger (øye/ØNH, nevrologi/ reumatologi og habilitering/ rehabilitering).

Administrativt vedtatt tiltak:

- Begge omorganiseringsprosjektene er nå i implementeringsfasen og skal gjennomføres.

Legebemanning medisinsk klinikk Lofoten og Vesterålen

Medisinsk avdeling i Lofoten har i mange år vært drevet ved hjelp av betydelig andel innleie av legespesialister. Også når alle spesialisthjemplene har vært fylt opp har det vært behov for innleie for å dekke opp vaktplanen og bemanning på sengepost. I tillegg er tre av de fast ansatte spesialistene (deltidsansatte – arbeider to av fire uker) snart 70 år. Det er behov for stabilisering av en fast legebemanning i Lofoten. Etter opprettelse av klinikkmodellen er antall leger i spesialisering (lis) økt fra to til fire, men på grunn av kun to års tellende tjeneste innen spesialistutdanning blir lis værende relativt kort tid i Lofoten før de drar videre til større sykehus. I 2015/2016 er det søkt om økt tellende tjeneste innen indremedisin i Lofoten og antall overlegehjemler er økt fra fire til seks.

Medisinsk avdeling i Vesterålen har hatt en mer stabil legedekning, både på overleger og for lis. Vesterålen har godkjent tellende tjeneste i 4,5 år innen indremedisin noe som bedrer mulighetene for en stabil og relativt erfaren gruppe med leger i spesialisering. Ut fra alder for flere av legespesialistene på medisin i Vesterålen er det behov for å tenke rekruttering også her, for å unngå komme i en situasjon med behov for innleie for å ivareta ordinær drift.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Aktiv rekruttering av fremtidige spesialister til medisin Lofoten og Vesterålen, bla ved hjelp av planlagte utdanningsløp for lis

RSSO – regionalt senter for sykelig overvekt

Nordlandssykehuset har regionalt senter for sykelig overvekt, med særskilt finansiering fra Helse Nord. Vi har god kapasitet på kirurgisk behandling, men ikke tilsvarende kapasitet på utredning og etterkontroll. Selv om vi har økt antall pasienter utredet via RSSO hvert år, øker behovet mer, og ventetidene øker.

Før pasientene henvises RSSO skal de igjennom 6 mnd utredning/ oppfølging på lokalsykehus. Kvaliteten på denne utredningen er varierende i regionen og en del pasienter viser seg å ikke være

ferdig utredet før de kommer til RSSO. Pasienter akseptert til behandling i spesialisthelsetjenesten har fritt behandlingsvalg og vi ser en ikke ubetydelig gjestepasient/ pasientreise kostnad for denne pasientgruppen, som vi håper kan reduseres ved økt kapasitet hos oss.

For å øke totalkapasiteten planlegger vi en betydelig økning av legebemanningen tilknyttet RSSO, ved at større seksjon i medisinsk klinikk får i oppdrag å levere legebemanning i RSSO. Vi har allerede ansatt en ekstra overlege i aktuell seksjon som tiltrer høsten 2016 og ser på muligheten for en ekstra lege i spesialisering. Vi vil gjøre nye kostnadsberegninger på denne funksjonen fordi vi tror at kostnadene etter økning i legebemanningen overskrider finansieringen fra Helse Nord.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Legge RSSO inn under seksjon i klinikken
- Adressere kapasitet/finansiering spørsmålet til HN RHF

Rehabilitering

I eldre regional fagplan for rehabilitering/habilitering er framskredet behov for en sengekapasitet som vi nå mener ikke er i samsvar med utviklingen innen fagområdet. I forbindelse med videre utbygging i Bodø er dette nå til ny vurdering.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I dialog med Helse Nord RHF avklare fremtidig organisering av dette tilbudet

Kvinne /barn/ ungdom området

Beredskap for akutte keisersnitt i Lofoten

Fødestuen i Lofoten har en spesiell ordning, med gynekolog beredskap 24/7 for akutte keisersnitt. Kvinne barn klinikken har to gynekologstillinger tilknyttet Lofoten. 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 per måned og ved ferieavvikling. 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, for eksempel 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 for stedlig gynekolog med å følge opp etter at vikaren har forlatt Lofoten. Sommeren 2016 planlegger sommerdrift ved fødestuen i Lofoten, hvor det ikke vil være keisersnittberedskap eller planlagte fødsler. Dette er for at de fødende i størst mulig grad skal ivaretas av våre faste ansatte. Tiltaket er vedtatt av NLSH HF styre. Av Helse Nord er vi i forbindelse med arbeid med Nasjonal helse og sykehusplan bedt om å utrede fødetilbudet.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Gjennomføre vedtatte sommerdrift av hensyn til pasientsikkerhet/kvalitet
- Utrede fødetilbudet som del av leveranse til HN RHF nasjonal Helse og Sykehusplan

Fødselsomsorg

Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser kan få store konsekvenser. Feilvurderinger kan skje, men desto viktigere er det at systemet har gode, kjente og aksepterte prosedyrer og rutiner som bidrar til best mulig kommunikasjon, samarbeid og ansvarsfordeling og at dette dokumenteres tilstrekkelig. For å kunne lære av tidligere erfaringer har klinikken lav terskel for melding av avvik, både til intern avviksbehandling og til Statens helsetilsyn. Det gjennomføres intern gjennomgang av egen praksis, f.eks internrevisjon syre/base måling og fagrevisjon keisersnitt Lofoten. Alle tilsynssaker gjennomgås på personalmøter, både når de meldes og ved tilbakemelding fra helsetilsynet. Ut fra gjennomgang av egen praksis og avviksbehandling gjøres det oppdatering på prosedyrer og kompetansehevende tiltak. I tillegg til løpende avvik- og forbedringsarbeid har klinikken følgende områder innen fødselsomsorg de ser nærmere på i 2016; andel keisersnitt i Vesterålen, reduksjon av Oxytocinbruk, reduksjon fødselsrifter og metode for gjennomføring av kontinuerlig risikovurdering under fødsel.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Videreføre arbeidet med kompetansehevende tiltak, inklusive CIM trening med barnelege/anestesipersonell
- Utrede fødetilbudet som del av leveranse til HN RHF nasjonal Helse og Sykehusplan

Henteteam nyfødtintensiv

Henteteam har vært en frivillig tjeneste fra 1975, men vi har de siste årene sett en økning i antall turer og behov for formalisering av ordningen. Dette vil sees nærmere på i forbindelse med foretakets arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan og strategisk utviklingsplan.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Utrede fødetilbudet som del av leveranse til HN RHF nasjonal Helse og Sykehusplan

Ungdomsmedisin

Dagens aldersgrense ved barneavdelingen er 14 år, selv om enkelte pasientgrupper i praksis følges til de er 16-18 år. Denne aldersgrensen er lavere enn de fleste barneavdelingene i Norge, og dette vil sees nærmere på i forbindelse med utarbeidelse av strategisk utviklingsplan for foretaket.

Via oppdragsdokumentet er vi gitt oppdraget med opprettelse av ungdomsråd. Etablering av dette skal ivaretas via samhandlingsavdelingen sammen med brukerutvalget og aktuelle klinikker.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I strategisk utviklingsplan vurdere aldersgrenser for barneavdeling
- Etablering av ungdomsråd

Diagnostisk og smittevern området

Diagnostisk virksomhet.

Diagnostisk klinikk har i flere år manglet legespesialister innenfor flere fagområder. Dette anses som kritisk kompetanse for foretaket. Vår strategi har vært å utdanne egne spesialister. Vi har klart å utdanne noen spesialister de fem-seks siste årene, dvs en spesialist innenfor patologi, en innenfor mikrobiologi og en innenfor medisinsk biokjemi. Innenfor radiologi har vi vedvarende utfordringer, bl.a fordi vi ikke kan tilby hele utdannelsen hos oss. Det er en generell mangel av radiologer i Norge, og legene som drar i gruppe I tjeneste⁶ innen radiologi har hittil i liten grad kommet tilbake til Nordlandssykehuset.

Det har fortløpende vært søkt etter spesialister innen radiologi i inn- og utland. Vi har fortsatt behov for radiologer både i Lofoten og Bodø, men har de siste årene benyttet oss av tjenester fra eksterne aktører, eksempelvis UNILABS. Dette har bare delvis fungert og forklares med IT utfordringer. Innenfor patologi er situasjonen nå bedre. Innen mikrobiologi har vi nå en lege i gruppe I tjeneste på UNN og håper at vi ved dette på noe sikt vil oppnå en mer robust bemanningssituasjon.

Vi opplever nå en betydelig bioingeniørmangel. I tillegg til å jobbe aktivt inn mot utdanningsinstitusjonene så ser vi behov 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.

Diagnostisk klinikk er en svært utstyrstung klinikk, og innenfor flere avdelinger er det ønskelig med nytt utstyr som vi ikke har pr i dag (f.eks digitalisering av preparater patologisk avdeling), utskifting

⁶ Gruppe I tjeneste = obligatorisk del av spesialistutdannelsen innen de fleste legespesialiteter. Det varierer mellom de ulike spesialitetene hvilke sykehus som kan gi gruppe I tjeneste.

av eksisterende utstyr på grunn av slitasje eller oppgradering av utstyr (f.eks MR i Lofoten og Vesterålen). Vi vet at på sentrallaboratoriet må mesteparten av utstyret skiftes ut innen 2-4 år, og her planlegger vi ny og bedre automasjonsløsning for mer effektiv drift i fremtiden.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Søke om Gruppe I status (radiologutdanning) innen utgangen av 2016
- Fortsette egenutdanning av patologer
- Innføre stipendordninger for bioingeniører og 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

Angiografi

Angiografi er bildeundersøkelse av kar, hvor arterier, vener eller hjertekammer framstilles ved injeksjon av kontrastvæske sammen med røntgen gjennomlysning eller CT/ MR undersøkelse. Dette kan gjøres for diagnostikk, men kan via kateterbehandling via blodåre også brukes til behandling. Eksempler på behandling er utblokkning av trang blodåre, stent ved trang blodåre eller utvidelse av aorta, coiling av arterie ved blødning. Angiografiundersøkelser/ prosedyrer utføres av røntgenleger, men også av karkirurger og hjertespesialiser – avhengig av type prosedyre og organisering. Tilbudet innenfor denne type utredning/behandling i Nordlandssykehuset dekker ikke behandling av sykdom i hjerne eller hjerte. Foretaket har i dag ikke vaktberedskap med røntgenlege med angiografikompetanse, men har vaktberedskap med karkirurg. Det pågår regionalt arbeid som ser på fremtidig organisering av koronar angiografi/PCI. Kunnskapssenteret vil i sommer komme med en rapport i forhold til trombektomi, som er angiografisk behandling ved hjerneslag. Vi ser behov for oppdatering av utstyrsparken innenfor området, både på røntgenavdelingen og i operasjonssentralen.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Vurdering av framtidig tilbud innen angiografi som ledd i arbeid med strategisk utviklingsplan

Smittevern, antibiotika styringsprogram, infeksjonsmedisin

På tross av gjentatte utlysninger er foretaket fortsatt uten smittevernlege, funksjonen har i stor grad vært ivaretatt av våre infeksjonsmedisinere. Vi har pr nå 2 infeksjonsmedisinere i permisjon (av totalt 3,25) og har oppdaget hvor avhengig vi er av stabil kompetanse på dette området – ikke bare for direkte pasientbehandling, men også for rådgivning innen smittevern, antibiotika bruk, telefonrådgivning vedrørende infeksjonssykdommer til egne leger i Bodø, sykehusleger i Lofoten og Vesterålen, fastleger i vårt opptaksområde samt sykehusleger og fastleger på Helgeland. Faglig ser vi behov for økning av stillinger til smittevernsykepleiere, men sist det ble fordelt fagplanmidler fikk foretaket ingen av 8,5 millioner som ble fordelt, og den økonomiske situasjonen til foretaket har medført at økning i stillingsandel hittil ikke har vært gjennomført.

Via oppdragsdokumentet er vi pålagt å etablere et antibiotika styringsprogram, men i tillegg til kontinuerlig forbruksdata fra apoteket er vi avhengig av fagfolk for å analysere og intervenere. Aktuelle fagfolk vil være team med f.eks smittevernsykepleier, smittevernlege, mikrobiolog, infeksjonsmedisinere, farmasøyt og klinikere fra andre spesialiteter som forskriver antibiotika. På grunn av mangel på smittevernlege og redusert tilgang på infeksjonsmedisinere, smittevernsykepleier og mikrobiolog er ikke dette arbeidet kun i startgroppen.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Fortsette aktiv rekruttering etter smittevernlege.
- Etablering av antibiotika styringsprogram, i utgangspunktet så snart smittevernlege er ansatt.
- Vurdere økning av antall hjemler for infeksjonsmedisinere til fire.
- Vurdere økning i stillingsandel for smittevernsykepleier i Lofoten og Vesterålen.

Laboratorievirksomheten

Vi har hatt mindre tilgjengelig legeressurs til prosedyrearbeid og kvalitetskontroll innen laboratoriemedisin enn ønskelig. Vi har sett behov for styrking og derfor økt antall leger innenfor fagområdet.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Økt med en lege i spesialisering innen klinisk biokjemi

Psykisk helse- og rus området

Situasjonen i sykehusavdelingene er anstrengt med høyt belegg og mange ferdigbehandlede pasienter som ikke får tilbud i primærhelsetjenesten. Det vurderes at en eventuelt ytterligere nedbygging av disse, i tråd med krav i Oppdragsdokumentet, vil være uforsvarlig. Styret i Nordlandssykehuset 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-hjelpsinleggelse. 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 2015 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 imot pasientene. Dette medfører at Akuttpsykiatrisk avdeling må ivareta pasienter som er ferdigbehandlet over lang tid, ofte på skjermet avsnitt, og resultatet er en negativ utvikling både faglig og økonomisk. Det er spesielt utfordrende at så mange kommuner ikke er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det er ofte pasientene med dobbeltdiagnoser, rus og psykiatri, som er vanskelig å få tilbakeført. Vi håper imidlertid åpningen av nye boliger i Bodø kommune vil lette arbeidet med tilbakeføring til Bodø kommune, som jo er den kommunen med flest pasienter.

En revisjon av inntektsfordelingssystemet for psykisk helse og TSB inneholder forslag om rammereduksjon for klinikken. Med det skisserte økte henvisningsvolumet er risikoen for 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.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Videreføre dialog med Helse Nord RHF vedrørende at foretaket ikke kan bygge ned sykehusavdelingen uten at det går utover forsvarlighet i pasientbehandlingen, jamfør styresak 104/2014.

Merkantile støttetjenester somatikk

Nordlandssykehuset startet våren 2015 et arbeid for opprettelse av dokumentasjonssenter hvor første del skulle være å etablere felles somatisk skrive-tjeneste ved Nordlandssykehuset.

Om dette oppdraget står det i mandatet:

”For å sikre praksislikhet og formelt riktig behandling av søknader, venteliste og fristbruddhåndtering, innregistrering av opplysninger til nasjonale og andre kvalitets- og virksomhetsregistre, effektiv skrive- og dokumentasjonstjeneste (herunder sikring av kodekvalitet) og et fremtidig godt tverrfaglig samarbeid mellom merkantil og helsefaglig virksomhet skal det etableres felles dokumentasjonssenter, i første omgang for foretakets somatiske virksomhet. Oppbygging av struktur og innhold i et slikt senter skal gjennomføres gradvis.”

Den oppnevnte arbeidsgruppen i forhold til skrive-tjenesten leverte sin rapport september 2015, men videre arbeidet har vært utsatt av to årsaker;

- avventet ytterligere endringer til etter HOS trinn 2
- behov for en prosjektleder for å utvikle prosjektet videre

Foretaket har store utfordringer innenfor sekretærtjenesten. Dette skyldes i stor grad at oppgavene har blitt flere og DIPS mer komplisert, uten at antall ansatte er økt tilsvarende eller at foretaket har hatt god nok system for kontinuerlig og dokumenterbar opplæring.

Nordlandssykehuset har ikke økonomisk mulighet til å øke antall sekretærer i forhold til fremtidige behov som oppstår dersom vi ikke endrer arbeidsprosesser. Vi må derfor effektivisere disse arbeidsoppgavene, både ved hjelp av ny teknologi (f.eks talegjenkjenning) og ved hjelp av forbedring av arbeidsprosesser.

Arbeidsgruppen som høsten 2015 arbeidet med etablering av felles skrive-tjeneste uttrykte muntlig og skriftlig klare anbefalinger om en leder for dokumentasjonssenteret organisert i linje under

administrerende direktør. Det var også bekymringer i forhold til å løfte skrivearbeidet ut fra klinikken uten samtidig andre arbeidsoppgaver som kunne bidra til at de ansatte fikk en variert arbeidssituasjon. Disse innspillene har foretaksledelsen tatt alvorlig og de har vært bidragende til at etablering av dokumentasjonssenter har vært utsatt.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Ansette prosjektleder for å videreføre prosjektet - i samarbeid med aktuelle klinikker og staber, vernetjenesten og tillitsvalgte.
- Prosjektleder og dokumentasjonssenter organiseres under administrerende direktør.

2. Personell, bemanning og rekruttering

Tematisk drøftes her områdene rekruttering, stabilisering, effektiv bruk av personell, sykefravær og lederrekruttering og utvikling.

Rekruttering

Nordlandssykehuset HF rekrutterer i hovedsak legespesialister gjennom våre egne ansatte legers personlige og faglige nettverk. Nordlandssykehuset har i varierende grad og periodevis rekrutteringsutfordringer, spesielt knyttet til legespesialister. Det gjelder spesielt radiologer, psykiatere, gynekolog i Lofoten og noen grenspesialiteter innen kirurgiske områder (bryst- og endokrinkirurgi, karkirurgi og urologi). I tillegg er det også rekrutteringsvansker i forhold til indremedisinere, hudspesialist, infeksjonsmedisinere, lungelege og hematolog.

Gjennom pilotering av regionalt rekrutteringsprogram ble det ved rekrutteringstiltak i 2015 rekruttert to gynekologer til Vesterålen og en patolog til Bodø. Disse er rekruttert fra utlandet. Foretaket har også rekruttert psykiatere i 2015.

Andre rekrutteringssvake grupper er bioingeniører og noen fagområder innen spesialsykepleie som operasjonssykepleie og intensivsykepleie, samt stråleterapeuter og KNF-tekniker. For disse grupper tas det sikte på å utdanne egne ansatte via tilrettelegging av ulike støttetiltak. Utdanningen tas ved forskjellige utdanningsinstitusjoner.

Fra lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen har det i forbindelse med drøfting av styringslinjer (stedlig ledelse/klinikkmodell) vært framført behov for en lokal HR rekrutteringskompetanse. Dette er etableringer det er naturlig å drøfte i forbindelse med foretakets drøfting av hvordan den stedlige ledelse ivaretas i klinikkene og stabene, ref oppdrag fra HN RHF ifb med nasjonal helse og sykehusplan, med frist november 2016.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Vurdere behov for HR / lokal rekrutteringskompetanse Lofoten og Vesterålen i forbindelse med arbeidet med nasjonal Helse og Sykehusplan høsten 2016.
- Med utgangspunkt i det kommende arbeidet med strategisk utviklingsplan identifisere framtidig rekrutteringsbehov og utvikle strategier for å ivareta dette.
- Sammen med kommunikasjonsavdelingen og aktuelle klinikker utvikle plan for profilering og omdømmebygging for å tiltrekke aktuelle søkere til de rekrutteringssvake fagene. Herunder profilering av det unike med å jobbe, bo og leve i Lofoten, Vesterålen og Salten. Styrke og bevisst bruke Nordlandssykehuset som utdanningssykehus i rekrutteringsprosessen.

Stabiliseringstiltak

Basert på kartlegging av kompetansebehov i klinikker, utvikles og gjennomføres interne fagutdanningsprogram, e-læringstilbud, kurs og konferanser, samt fagrettede utviklingsprosjekter.

Når det gjelder spesielle stabiliseringstiltak ble det høsten 2015 stopp i all ny videreutdanning og interne utdanningsprogram, kurs og konferanser. Dette på grunn av den økonomiske krevende situasjonen foretaket befant seg i. Denne avgjørelsen kan være en utfordring i forhold til stabilisering og spesielt i forhold til vedlikehold av kompetanse.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Med utgangspunkt i det kommende arbeidet med strategisk utviklingsplan identifisere foretakets behov for kompetansevedlikehold og utvikle Nordlandssykehusets overordnede kompetanseplan.
- Finansiering av utgifter i forbindelse med pålagte kurs innen spesialistutdanning av leger og psykologer.

Effektiv bruk av personell

Aktivitetsstyrt ressursstyring og langtidsplanlegging

Det er bestemt at aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) skal brukes som metode i langtidsplanlegging av personell. Planleggingshorisont er 6 måneder og det er bestemt at GAT er systemet som skal brukes. Arbeidet med å bistå klinikkene i å implementere ARP startet i januar 2015.

I 2015 ble det avholdt 12 kurs i arbeidstid og arbeidstidsplanlegging, noen åpne for alle relevante grupper (ledere, tillitsvalgte, andre som jobber med arbeidstidsplanlegging), andre kurs tilrettelagt for spesielle grupper (eks leger). Det ble også avholdt egne kurs i hvordan bruke GAT i arbeidet.

Det har vært avholdt møter med de fleste klinikker; introduksjonsmøter og oppfølgingsmøter. Videre har det vært avholdt møter knyttet til detaljoppfølging på den enkelte enhet/gruppe, og ledere har fått hjelp av GAT-rådgiverne i denne prosessen.

Målsettingen har primært vært:

- Bevisstgjøring knyttet til aktivitetsstyring og bemanningsplanlegging
- Arbeidsplaner skal være utarbeidet på grunnlag av en bemanningsplan, som igjen skal gjenspeile aktiviteten i enheten/klinikken.
- Alle arbeidsplaner skal inn i GAT.
- Alle arbeidsplaner skal vise faktisk arbeidstid

ARP er ikke fullt ut i bruk som langtidsplanleggingssystem i foretaket. Noen klinikker bruker ARP, noen har startet arbeidet og andre har ikke kommet i gang. Noen klinikker har hatt store omstillingsprosesser som har ført til at det har vært for lite ressurser til å fokusere på ARP.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Tett oppfølging av innføring av ARP fra HR inn mot alle klinikker

- HR skal tilby opplæring i alle relevante temaer (arbeidstid, arbeidstidsplanlegging, ferie, høytidsplanlegging)

Hindre brudd på AML

Det er en målsetting å fjerne alle ikke-reelle brudd og minimalisere reelle AML-brudd. Det har vært en betydelig reduksjon i antall AML-brudd fra 2014 til 2015, fra 55.710 brudd i 2014 til 22.655 brudd i 2015.

Noe av reduksjonen kan knyttes opp mot endringer i AML i forhold til utvidede timetall, noe er sannsynligvis et resultat av en massiv opplæring i 2015 og noe er et resultat av samarbeid mellom HR og ambulansetjenesten med gjennomgang av systemet GAT og derigjennom arbeid med å legge inn riktige «regler».

I 2015 ble det i forbindelse med Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) avholdt mange kurs i arbeidstid og arbeidstidsplanlegging. På disse kursene ble det satt fokus på viktigheten av å legge inn riktige regler i GAT for å unngå AML-brudd.

Gjennom en fersk rapport tatt ut fra GAT har man kartlagt hvor bruddene er og hva som er årsakene.

AML-bruddene kan deles i to varianter:

1. Ikke reelle brudd. Dette er brudd som skyldes at riktige «regler» ikke er lagt inn på den enkelte ansatte. Det vil si at avtaler som er inngått mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte om å gå ut over minimumsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ikke er registrert i GAT. Dette medfører at GAT fortsatt registrerer brudd på bakgrunn av minimumsbestemmelsene, og ikke i forhold til de enkelte avtaler om avvik fra disse.
2. Reelle brudd. Dette er faktiske brudd på arbeidsmiljøloven, eksempelvis for lang arbeidstid pr dag eller pr uke, for kort fri mellom to vakter, for mye overtid pr dag, pr uke, pr år mv.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Ved spesielt avsatte ressurser i HR i 2016 ha spesielt fokus på reduksjon av AML-brudd.
- Ved å
 - Videreføre opplæring i GAT, arbeidstid og arbeidstidsplanlegging, med fokus på å redusere AML-brudd.
 - I samarbeid med klinikkene se på hva som er årsaken til de reelle bruddene. Her må årsaker kartlegges før tiltak besluttes.

Mobilisering av personell – redusere sykefravær

Generelt:

Nordlandssykehuset har som målsetting å ha et sykefravær på 7,5 % eller mindre.

Etter en lengre periode med reduksjon i sykefravær ned mot måltallet, har vi siste halvår opplevd en stigende tendens med et sykefravær mot nærmere 10 % i enkelte måneder. Akkumulert for de siste 12 måneder ligger fraværet på 8,6 %. Totalt representerer dette rundt regnet 58.000 fraværsdager årlig.

Økningen kan skyldes flere forhold eksempelvis sesonginfluensa. Det foregår omfattende omstillingsarbeid og utbyggingsarbeid i foretaket men vi har ikke data som understøtter at dette er årsaker til økt sykefravær.

Mål og tiltak for arbeid med forebygging og reduksjon av sykefravær er innlemmet i enhetenes og foretakets løpende HMS- og IA-arbeid.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Gjennomføre HMS-handlingsplanen
- Gjennomføre av IA-strategi og handlingsplan
- Opplæring av ledere, verneombud og tillitsvalgte i omstillingsarbeid

HMS for Byggeprosjektet Sentrum

Høyblokka AB skal renoveres og bygges ut før byggeprosjektet Sentrum er ferdig i 2019. Det forventes å bli nok en krevende periode med store utfordringer for driften av sykehuset. For å begrense ulempene mest mulig og for å sikre både ansatte og pasienter, er det etablert et samarbeid mellom utbyggingsorganisasjonen og driftsorganisasjonen med forankring i HMS-arbeidet og HMS-handlingsplanen.

Dette innebærer økt kapasitet og kompetanse spesielt relatert til utbygging, kartlegging, risikovurdering og oppfølging av inneklima samt bruk og innretning av midlertidige arbeidslokaler. Vi blir bedre rustet til å forberede tiltak som kan redusere ulempene som følger av byggingen.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Gjennomføre HMS-handlingsplanen inkludert eget kapittel for den delen av kjernevirksomheten som blir mest berørt av byggeprosjektet
- Spesiell fokus på Utbyggingsprosjektet med egen HMS-rådgiver (verneingeniør)

Lederutvikling og rekruttering

Ledelse er et sentralt styringsverktøy for å sikre god tjenesteproduksjon, ressursforvaltning, økonomistyring og personalarbeid. Nordlandssykehuset HF har egne opplæringsprogram for nytilsatte ledere. Og tematiske opplæringsprogram som det pågående kurs i arbeidsmiljø konflikt identifisering og håndtering. Som foretaket benytter vi oss systematisk av Nasjonalt Topplederprogram for spesialisthelsetjenesten med 2-3 plasser pr halvårlige kull.

Foretaksledelsen ser likevel et klart forbedringsområde for området lederrekruttering og lederutvikling. Vi ønsker å få en helhetlig 'verktøykasse' av tiltak for klinikker og støtte/stabs funksjoner, med en mulig innholds struktur slik:

- Identifisere og rekruttere talenter (verktøy som: base med potensielle ledere, beskrivne nøkkel roller med ferdighetskrav, rekrutteringsbistand)
- Introdusere (verktøy som: HR arrangerte introduksjonsprogram ((verdier, lov/regler, støttesystemer og praktiske administrative ferdigheter)) , nettside for ledere (?), mentor/fadderordning)
- Utvikling (verktøy som: Modulbasert lederstudier og samlinger i lokale, regionale og eksterne program, forbedrings- og endringsledelse metodikk)

- Motivere og beholde (verktøy som: kollegagrupper, verktøy for ledergruppeutvikling)
- Rolle endringer (verktøy som: Nasjonalt topplederprogram, karriere rådgivning, veiledningsverktøy for avvikling)

Administrativt vedtatt tiltak:

- Etablering av 'NLSH HF's verktøykasse for leder rekruttering og utvikling'. Utforming og omfang av de enkelte 'verktøy' som 'verktøykassen lederutvikling' for NLSH HF skal inneholde skal utvikles i prosess med klinikkene.

3. 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». Styret ved Nordlandssykehuset 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 å 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 Nordlandssykehuset 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.

Flere sentrale personer som har vært med i oppbyggingen av pasientsikkerhetsarbeidet ved Nordlandssykehuset sluttet eller gikk ut i permisjon i 2015. Dette har bydd på utfordringer for gjennomføringen av pasientsikkerhetsarbeidet i første halvår av 2015. Det ble i 2015 tilsatt flere nye personer i seksjon for pasientsikkerhet til erstatning for de som sluttet, inkludert ny leder. Endringen av personer har også medført at pasientsikkerhetsarbeidet ved Nordlandssykehuset har blitt mindre personavhengig og institusjonalisert i en større grad enn tidligere.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Fortsatt økt 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

4. Brukermedvirkning og Samhandling

Brukermedvirkningen

Nordlandssykehuset HF har et brukerutvalg oppnevnt NLSH HF Styret. Utvalget består av 8 medlemmer, innstilt til valg av pasient/brukerorganisasjonene. Administrerende direktør er helseforetakets eneste medlem og samhandlingsavdelingen er sekretariat/saksbehandler. Utvalget har et arbeidsutvalg som består av leder, nestleder og saksbehandler.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for administrerende direktør og styret i saker som angår tilbudet til pasientene. Utvalget skal arbeide for gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, etnisk bakgrunn, bosted og sykdom/diagnose, og være premissleverandør og pådriver i forhold til helsetilbud og planarbeid slik at brukerkompetanse blir benyttet som grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring. Utvalget skal være et forum for tilbakemeldinger mellom organisasjonene, pasienter, pårørende og helseforetaket

Brukermedvirkningen er godt forankret i Nordlandssykehuset HF, utvalget har 7-8 møter pr år og behandler om lag 100 saker årlig. Utvalget får henvendelser fra klinikkene og råd/utvalg om oppnevning av brukerrepresentanter til særskilte prosjekter. Brukerutvalget har en etablert praksis hvor saker som skal til styret, og angår brukerne, behandles i Brukerutvalget før styrets behandling.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I forbindelse med planarbeidet som følge av Nasjonal Helse og Sykehusplan må god brukermedvirkning sikres i alle ledd og sakskomplekser.
- Oppdragsdokument 2016 forutsetter etablering av eget Ungdomsråd.

Samhandling med kommunene

Det er en sentral målsetning for foretaksledelsen at samhandlingsarbeidet skal ha betydelig fokus internt i organisasjonen vår. Samhandlingsarbeidet skal bidra til optimaliserte pasientforløp og bidra til at pasienten alltid er på riktig nivå til riktig tid.

Nordlandssykehuset HF har 21 kommuner i eget opptaksområder for lokalsykehusområdene. Det er etablert 11-12 generell og tjenestespesifikke samhandlingsavtaler med hver av disse kommunene. Foretaket har en egen samhandlingsavdeling som skal ivareta det administrative organisatoriske grensesnitt og samhandlingsarenaer med disse kommuner. Samhandlingsavdelingen følger også opp meldte samhandlingsavvik.

Det er etablert et overordnet samarbeidsorgan (OSO) med lik representasjon (7*2) fra kommuner og foretaket. Gjennomføres 4-6 møter pr år hvor foretaksledelsen møter. Nordlandssykehuset arrangerer en årlig større samhandlingskonferanse, og det gjennomføres et årlig dialogmøte mellom Nordlandssykehusets styre og den politisk / administrative ledelse for de 21 kommunene.

Samhandlingsavdelingen omfatter deltidsstillinger praksiskonsulenter og praksissykepleier, arrangerer 2 fagdager for kommune, fast og foretakets leger pr år, og gjennomfører et høyt antall saksspesifikke møter med kommunene.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I forbindelse med planarbeidet som følge av Nasjonal Helse og Sykehusplan må god samhandling og involvering av kommunene og primærhelsetjenesten søkes sikret
- Gjennomgang/revidering av Overordnet samarbeidsavtale og 13 tjensteavtaler (2 i pluss)
- Aktivt samarbeid med kommunene om Primærhelsemeldingen, med særlig fokus på endringen innen psykisk- helse og rus
- Fortsette og styrke elektronisk samhandling (PLO)

5. Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og Ytre miljø.

Internkontroll og internrevisjons aktivitet.

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 og styring på virksomheten. Internrevisjon er ett meget godt virkemiddel for oppfølging av om helhet i kontrollsystemet er ivaretatt og etterleves. Også eksterne tilsyns- og revisjonsmyndigheter etterspør i stadig større grad hva foretaket selv har gjennomført av revisjoner. Foretaket er også derfor tjent med å være mest mulig proaktiv i revisjonsarbeidet, og at vi søker å avdekke forbedringsområder selv i stedet for at eksterne parter påpeker mangler, men det vil ikke alene sikre full kontroll. 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 ble da lagt en revisjonsplan som beskrev hva som skulle revideres de neste 4 årene. Høsten 2015 ble det iverksatt arbeide med å få på plass en ny 4. årsplan både for foretaket og klinikk/staber. Planene er ferdigstilte, godkjent og lagt ut i Docmap (OL0230).

Det er siste år gjennomført 47 internrevisjoner i klinikkene, og dertil 36 foretaksovergrepene internrevisjoner. Det påsees at internrevisjonsfunn følges opp med handlingsplaner, som igjen følges opp.

Nordlandssykehuset HF er og skal være en lærende organisasjon. Både eksterne tilsyn og interne revisjoner utført på en enhet skal også brukes til forbedring i andre enheter i foretaket.

Oppfølging både ved prosessen 'ledelsens gjennomgang' og i erfaringsutvekslinger i foretakets eget internrevisjonsnettverk viser imidlertid at det fortsatt er et forbedringspotensialer ved etterlevelse av enhetenes planlagte revisjonsprogram.

Rutiner for gjennomføring av ledelsens gjennomgang ble våren 2015 revidert. Det ble gjort endringer i malen for gjennomføring og det ble pålagt at ledelsens gjennomgang for 2015 skulle gjennomføres fra enhetsnivå opp til direktør.

Administrativt vedtatte 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.

Risikovurderinger og Risikostyring

Prosessbeskrivelser, verktøy og maler for risikovurdering og risikostyring er implementert i foretaket. Dette er metodikker som benyttes i forbindelse med avvikssystemet/ forbedringsarbeidet, målstyring og endringskontroll.

Helse Nord hadde identifisert følgende 3 målområder for risikostyring i foretakene i 2015 (Styresak 148-2014):

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål

Iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig ventetid til ≤ 65 dager og sikre at det ikke forekommer fristbrudd.

- Sørg for at alle innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig Iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig ventetid til ≤ 65 dager og sikre at det ikke forekommer fristbrudd.
- Sørg for at alle innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift.
- Iverksette tiltak i 2015 slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.
- Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene, og implementere tiltak i regional kreftplan.

Målområde 2: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

- Planlegge langsiktig med nøkterne forutsetninger. Dermed skjermes helseforetakene mot større svingninger i inntektsforutsetningene.
- Ta ut gevinstene av FIKS-programmet og andre investeringer.

Målområde 3: Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Delmål:

- Sikre at vedtatt investeringsplan inklusive endringer gjennomføres i henhold til plan.

Disse målområdene var gjenstand for en risikovurdering og er tidligere NLSH HF styrebehandlet (Sak 17-2016 Årlig melding 2015) og rapportert til Helse Nord styret.

For 2016 har Administrerende direktør i Helse Nord RHF gitt følgende to målområder for risikostyringen i 2016, se Helse Nord RHF styresak 131-15 av 25.11.2015.

Helse Nords mål 1

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen

Delmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

1. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager

2. Ingen fristbrudd
3. Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer
4. Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom HF er redusert
5. Variasjon i gjennomsnittlig liggetider innenfor fagområder er redusert
6. Variasjon i andel dagbehandling innenfor fagområder er redusert
7. Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016
8. Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %

Delmål 4 til 6 ser nærmere på variasjon. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av hvilke indikatorer og fagområder som er relevante innen utgangen av mars 2016. Disse skal risikovurderes av Helse Nord RHF i 2016.

- *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk målt på regionsnivå
2. Antall tvangsinnleggelse for voksne er redusert
3. Andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre er økt i forhold til sykehus i psykiske helsevern for voksne.

- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

1. Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016
2. Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7%
3. Det skal ikke være korridorpasienter

Krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2016 er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder likevel kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner *som kan forebygges*, skal være null innen utgangen av 2016.

Helse Nords mål 2

Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

Delmål:

- *Et sykefravær under 7,5 % for 2016*

Administrativt vedtatt tiltak:

- Disse risikostyringsmålene for 2016 er adressert til de berørte klinikker og enheter og er gjenstand for intern oppfølging, og rapportering til NLSH HF Styret med den frekvens som følger av Helse Nord RHF's rapporteringsmaler.

Informasjonssikkerhet

Innenfor området informasjonssikkerhet ble det i 2015 implementert et regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet (retningslinjer og prosedyrer.) Som et ledd i denne implementeringen ble det også lansert obligatorisk e-læringskurs for informasjonssikkerhet. Klinikken identifiserte og gjennomgikk de systemer som inneholder personopplysninger. Dette har gitt foretaket en samlet oversikt over alle systemer som benyttes i foretaket, hvilke systemer som anses som mest kritisk, samt oversikt over databehandlere.

Formålet med systemoversikten er at virksomheten skal ha oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger som foretas, og hvilke opplysninger som inngår i disse. Oversikten er nødvendig for at virksomheten skal kunne ivareta pliktene sine etter personopplysningsloven. Oversikten danner også grunnlag for prioritering av risikovurderinger.

Helse Nord RHF fremmet en bestilling i november 2015 på gjennomføring av risikovurderingen innenfor informasjonssikkerhet. Bestillingen samt overnevnte systemoversikt har dannet grunnlag for flere risikovurderinger som skal gjennomføres i 2016. Arbeidet med dette er startet og varer ut året. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risikovurderingen har løpende rapportering til helseforetakets styre som egen sak.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Styrke informasjonssikkerheten i foretaket gjennom å følge opp implementeringen av styringssystem for informasjonssikkerhet, samt gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av viktige kliniske systemer i tråd med eksisterende planer og vedtak.

Ytre miljø.

Nordlandssykehuset HF ble i januar 2015 sertifisert etter NS-EN ISO14001:2004, Ytre miljø standarden av NEMKO. Som et krav for videreføring av dette sertifikatet gjennomførte NEMKO en oppfølgingsrevisjon i uke 4 2016. Det ble gjennomført revisjoner ved alle de fire største lokasjonene til Nordlandssykehuset HF. I tillegg ble enkelt lokasjoner som ambulansestasjonen i Ørnes og BUPA Ørnes besøkt. Revisjonsrapporten gav 5 avvik og 16 anbefalinger.

Alle avvikene er blitt behandlet av ansvarlige ledere og NEMKO har godkjent plan for lukking av samtlige. Disse planene vil bli fulgt opp i Direktørens ledergruppe utover 2016.

Nordlandssykehuset viderefører arbeidet vedrørende «ytre Miljø» i 2016 fram mot ny resertifisering i april 2017.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Opprettholde miljøstandarden NS-EN ISO14001:2004 gjennom løpende fokus på miljøarbeid.

6. IKT, teknologi og infrastruktur

HOS prosjektet

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

I februar 2015 ble HOS trinn 1 gjennomført for Nordlandssykehuset. 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 nødjournal (midlertidig registrering av ny informasjon i digitalt medium) 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).

Etableringen av to datasenter i Tromsø som 'ved speiling av data i disse to senter' skal ivareta all digital pasienthistorikk, 'alle' kliniske dataprogram og tilhørende pasientdata, har i sin natur en høyere risiko enn den distribuerte løsning med servere og serverrom ved alle sykehus. Katastrofe og 'fall back' løsninger for bortfall av begge datasenter eller infrastruktur (linjer nord – sør) har vært etterlyst av Nordlandssykehuset HF fra Helse Nord RHF og HN IKT. Det har, sannsynligvis som konsekvens av dette, blitt etablert tre uavhengige linjeføringer Tromsø – Bodø. Avviklingen av de lokale datarom og servere er p.t ikke foretatt, disse står nå som lokale kopier og kan gjøres tilgjengelig for (kun) lesing ved det lokale sykehuset om datasentre eller infrastruktur skulle svikte. Det er ikke klart for foretaksledelsen for hvilken tidshorisont denne 'fall back lese-løsning' vil bli opprettholdt.

Det ble i forbindelse med styrebehandlingen i Helse Nord av forslaget om å regionalisere databasene og etablere begge datasentrene i Tromsø opplyst at Helse Nord vurderte å etablere et Disaster and recovery center (ref 'frølager' Svalbard) i Bodø. Det er ikke klart for foretaksledelsen ved NLSH HF om denne strategi er forlatt.

Det har vært gjennomført lokal katastrofeøvelse med scenario bortfall av DIPS ved sengepost, og en regional papir katastrofe øvelse med bortfall av dataoverføring Tromsø-Bodø. Begge øvelsene viste tidskritisk sårbarhet i forhold til tilgang til pasientinformasjon etablert før katastrofe situasjonen. Siste øvelse viste behov for å revidere foretakets 'sjekklister for katastrofeledelsen ved Intern Uønsket Hendelse Bortfall av IKT infrastruktur' og en tydeligere og mer forpliktende regulering av 'på hvilket vis og innen hvilke tidsintervaller NLSH HF skal kunne få reetablert lokal tilgang til lagrede kliniske data' ved bortfall av regionale datasenter eller regional infrastruktur.

Høsten 2015 ble Nordlandssykehuset en del av én felles pasientjournal (DIPS) og ikke minst felles rutiner. Systembruk og rutiner skal nå være lik ved samtlige helseforetak i Nord-Norge. Det medførte 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.

Vi opplever at den økte kompleksitet som er resultatet har gitt uoversiktlige problemstillinger. Avgrensede feil som tidligere kunne løses mer lokalt blir eskalert til et større problem som involverer mange flere og som gjør problemløsning og rettelser mye mer omfattende. Det krever større kunnskaper og innsats for å håndtere dette.

FIKS programmet representerer en vesentlig utfordring hva angår ressursbelastning og foretakets mulighet for planlegging av endringer i ressursbehov. Samtidig representerer programmet en betydelig utfordring for 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.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Revisjon av foretakets 'sjekklister for katastrofeledelsen ved Intern Uønsket Hendelse Bortfall av IKT infrastruktur'
- Foretaket skal søke å oppnå en tydeligere og mer forpliktende regulering med HN IKT for forholdet 'på hvilket vis og innen hvilke tidsintervaller NLSH HF skal kunne få reetablert lokal tilgang til lagrede kliniske data' ved bortfall av regionale datasenter eller regional infrastruktur.
- Økt innsats for å analysere og gjennomgå regionale anbefalinger i forhold til Nordlandssykehusets behov

Funksjonell forvaltning av kliniske systemer

Ved etablering av HN-IKT i 2006 ble i overkant av 30 av foretakets ansatte ved IKT-avdeling overført som en del av den nye regionale forvaltningen av IKT systemer. NLSH HF beholdt tre stillinger for å ivareta foretakets bestillingsfunksjon. Nordlandssykehuset HF har ment seg rimelig greit betjent av Helse Nord IKT både med hensyn til merkantil, teknisk og funksjonell forvaltning.

Gjennom utviklingen de siste 10 årene har kompleksiteten og mengden systemer økt betraktelig. Dette har medført at Helseforetakets eget behov for et miljø med nær virksomhetsprosess kompetanse, lokal organisasjonskunnskap og noe systemoppsett kunnskap er blitt en kritisk suksessfaktor for effektivisering og virksomhetsutvikling. For å sikre at foretaket har et slikt samlet miljø ble avdelingen KIP etablert i 2010. Avdelingen Nordlandssykehuset sin rolle som IT bestiller, rådgiver, prosjektledelse og prosjektdeltakelse. Dette gjelder i hovedsak klinisk IT relaterte spørsmål både lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre er avdelingen også en støtte for klinikkene i de behovsanalyser og løsningsdiskusjoner for lokale problemstillinger vedrørende valgte og nye IT løsninger. Avdelingens ressurser og kompetanse har blitt en knapphetsressurs som det arbeides kontinuerlig med å fremskaffe og vedlikeholde.

Økonomisk ramme for kjøp av forvaltning er innen det Nordlandssykehuset betaler til HN IKT i dag er ca. 170 millioner.

Det arbeides nå i foretaksgruppen i regi av Helse Nord RHF med å etablere en regional funksjonell forvaltning av de kliniske IT systemer. Denne skal etableres i UNN/Tromsø. Foretaksledelsen erkjenner at regionale løsninger betinger regional forvaltning, og foretaksledelsen erkjenner at den funksjonelle forvaltningens kompleksitet over tid er økt og vil bli stadig mer virksomhetskritisk. Det er likevel implikasjoner ved en slik regional løsning som foretaksledelsen er betenkt over:

- Det endrede leverandør grensesnitt, ved at funksjonell forvaltning som tidligere for NLSH HF var ivaretatt av HN IKT framover vil bli ivaretatt av UNN som leverandør.
- Den samlede kostnadsutviklingen ved at det kan bli bygget opp to parallelle kunnskapsmiljø (HN IKT og UNN funksjonell Forvaltning). Økonomisk ramme for kjøp av forvaltning er innen det Nordlandssykehuset betaler til HN IKT i dag på om lag 170 millioner.
- At kliniske fagmiljø ved UNN kan bli dominante ved valg av regionale løsninger for systemnære oppsett og felles regionale logistiske arbeidsprosesser

Administrativt vedtatt tiltak:

- Videreføre vår deltakelse i regionalt prosjekt for etablering av regional forvaltningsorganisasjon, med særlig fokus på å :
 - Begrense den samlede kostnadsøkning for de totale samlede forvaltningsoppgaver til det nødvendige minimum, samt å få tydeliggjort skille mellom en regional serviceorganisasjon for funksjonell systemforvaltning og de regionale organer som skal treffe beslutninger for hvilke regionale løsninger for systemnære oppsett og felles regionale logistiske arbeidsprosesser
- Ivareta, videreutvikle og forsterke den kompetanse som foretaket i dag har i KIP.

Helseforetaket HN IKT som leverandør

Det arbeides i det regionale helseforetaket med omdanning av Helse Nord IKT til eget helseforetak. Dette medfører behov for å få etablert et overordnet Kundeforum mellom HN IKT og de øvrige Helseforetakene i nord. Og det medfører en gjennomgang og økt profesjonalisering av det

eksisterende avtaleverket mellom foretaket og HN IKT. Herunder mulighet for sanksjoner ved uteblitte eller mangelfulle leveranser.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Sikre gode og detaljerte tjenesteavtaler og krav til Helseforetaket HN IKT for rapportering på tjenesteleveransene
- Etablere tydeligere samarbeidsfora med skriftliggjøring av forventninger og løsninger.

7. Forskning

Forskningen ved Nordlandssykehuset er organisert innunder seksjon for forskning i avdeling for forskning og pasientsikkerhet. Innunder seksjon for forskning ligger forskningslaboratoriet til Nordlandssykehuset HF. I 2013 gjennomførte Helsedirektoratet en revisjon av forskningslaboratoriet hvor det ble funnet tre avvik:

- Manglende godkjenning av lokaler
- Manglende melding om aktivitet
- Enkelte mangler i internkontrollsystemet vedrørende GMO (genmodifiserte organismer)

I brev av 28.9.13 ble avvikene lukket av Helsedirektoratet.

Høsten 2014 fikk Nordlandssykehuset introdusert et nytt prosedyreverk for:

- Oppstart av forskningsprosjekt
- Gjennomføring av forskningsprosjekt
- Avslutning av forskningsprosjekt

Det ble i løpet av 2015 jobbet med å få på plass et system for sikker datalagring som tilfredsstillende myndighetskravene. Egen server med tilgangssystem for sikkerdatalagring ble installert vinteren 2015/2016 og har nå vært i drift siden februar.

Forskningen ved Nordlandssykehuset HF skal nå være i henhold til gjeldende lovverk og myndighetskrav. For å sikre at det ikke er huller i systemet gjennomføres nå en internrevisjon av tre forskningsprosjekter, ett nylig startet, ett under gjennomføring og ett under avslutning. Sluttrapport fra denne revisjonen vil foreligge innen utgangen av juni 2016.

For øvrig viser forskningen en jevn vekst med et stadig økende antall forfatterbidrag, økende antall publikasjoner, økende andel nivå 2 publikasjoner og et gradvis økende antall forskningspoeng.

Utfordringen p.t. ser ut til å være at forskningen er underfinansiert i forhold til økningen i forskningsproduksjonen målt i forskningspoeng.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Sikre at funn i internrevisjonen blir fulgt opp i 2016/2017.
- Finne ut av hvorvidt Nordlandssykehuset får riktig betaling for forskningsproduksjonen.

8. Økonomi og rapportering

Plan for håndtering av foretakets langsiktige bærekrafts utfordring er redegjort for i styresak 126-2015 og styresak 33-2016.

Nordlandssykehusets økonomiske utfordringer er i all hovedsak knyttet til nødvendig oppgradering og modernisering av sykehusbygg i Bodø og Vesterålen. Investeringene i nye bygg er gjennomført delvis gjennom egenkapital (20 %) og resterende gjennom låneopptak (80 %). Finansiering av egenkapital og lånekostnader er i stor grad forutsatt håndtert gjennom driftseffektivisering. Som følge av dette har klinikker og staber gjennom de siste årene arbeidet kontinuerlig med omstilling og effektivisering. I perioden 2010-2015 har de vedtatte tiltaks-/effektiviseringsplaner utgjort gjennomsnittlig 110 mill kr pr år, og av dette er det realisert gevinster/effektivisering med gjennomsnittlig 75-80 mill kr pr år. I budsjettopplegget for 2016 er det lagt til grunn forutsetning om ytterligere effektivisering med 120 mill kr. Tiltaksplanen for 2016 oppfattes innenfor enkelte klinikker som mer krevende å gjennomføre enn i tidligere år, ettersom de «enklere» tiltakene allerede er gjennomført, mens tiltakene som gjenstår i større grad forutsetter organisatoriske endringer.

Ressursstyring 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, noe som reflekteres i omfanget av innleid personell. Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) ligger fremdeles fast som den viktigste forutsetningen for at foretaket på lang sikt skal kunne oppfylle kravene i Oppdragsdokumentet innenfor tilgjengelige ressursrammer. Selv om ARP er tatt i bruk i flere klinikker, avdelinger og enheter, gjenstår fremdeles mye arbeid før prinsippene i ARP er implementert i hele virksomheten. Utviklingen i månedsverksforbruk, herunder overtidsforbruk og vikarinneleie, i forhold til utviklingen i aktivitet, viser at ressursforbruket pr pasient fremdeles er for høyt (jamfør tidligere rapporter fra SAMDATA).

Tiltaksarbeidet i klinikkene pågår kontinuerlig, men det gjenstår fremdeles uløste utfordringer for flere av klinikkene. Omstrukturering av MED klinikk og HBEV klinikken er vurdert avgjørende for best mulig ivaretagelse av både fag, kvalitet og økonomi i disse klinikkene i fremtiden. Samtidig innebærer de pågående organisatoriske endringene at oppmerksomheten knyttet til tiltaksarbeidet i perioder tones noe ned.

Moderniseringsprosjektet for kirurgiske pasientforløp revitaliseres. Kirurgisk ortopedisk klinikk skal i neste byggetrinn i Bodø inn i en krevende rocade med betydelig reduksjon i sengetall, og økt andel dagkirurgi og sammedagskirurgi er en sentral forutsetning for å lykkes med dette. Prosjektet skal også se på reduksjon i andel strykninger og økning i fast-track kirurgi. Forbedring innenfor dette området vil bidra både til økt pasientgjennomstrømming og bedre økonomi/ inntjening.

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

Administrativt vedtatte tiltak:

- Videreføre den tette oppfølgingen av klinikker og staber med å iverksette nødvendige tiltak for styrking av bærekraften i 2016 og årene fremover.
- Intensivering av arbeidet med ressursplanlegging og økt produktivitet blant annet gjennom implementering av minimum 6 måneders planhorisont for samtlige yrkesgrupper.

9. utfordringer relatert til Utbyggingsprosjekt i Bodø

Slutføring av byggearbeidene.

Fase 2 i Utbyggingsprosjektet vil bli ferdigstilt i 2016. Det gjenstår nå å slutføre og å flytte inn i N-fløyen. Dette vil skje i august/september i år. Den nye kontorfløyen (G-fløyen) med lokaler for sykehusapoteket i 1.etg ble klargjort or innflytting mai/juni i år. Rivningsarbeider av dagens L-fløy er påbegynt, og en ny parkeringsplass i tilknytning til den nye hovedinngangen vil bli opparbeidet. Arbeidene her regnes slutført i oktober i år.

Det har vært store utfordringer knyttet til forsterkninger og rehabilitering av de over 90 år gamle H- og N-fløyene. Dette er løst underveis, men det har medført budsjettmessige utfordringer som rapportert i tertialrapportene.

Rehabiliteringen og påbyggingen av AB-fløyen utgjør hoveddelen av arbeidene i fase 3 av Utbyggingsprosjektet. Når fase 3 er gjennomført vil utbyggingsprosjektet som ble vedtatt i 2007 være gjennomført.

Det ligger store utfordringer i å planlegge og gjennomføre rehabiliteringsarbeider og bygging nært opp til arealer med sykehusdrift. Hovedgrepet for å møte denne utfordringen er tatt ved å dele høyblokken vertikalt slik at i prinsippet blir en halvdel frigjort for byggearbeidet og en halvdel beholdt for sykehusdrift i den perioden. Unntaket er virksomhetene i 1. og 2. etasje hvor det må gjøres egne rokader uten at all aktivitet er flyttet ut i de soner hvor det vil pågå anleggsarbeider over.

I de deler som skal inneholde sykehusdrift vil brukerne oppleve trangboddhet og belastning i form av støy, vibrasjon og fare for støv. Når det gjelder hvordan organiseringen av driften i hovedtrekk skal organiseres, er dette avklart med brukerne ved utarbeidelse av rokadeplan for ombygging av AB-fløyen. Hensynet til arbeidsmiljøet for de ansatte vil bli ivaretatt 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 inn klimaet ikke forverres i byggefasen.

Det har vært gjennomført flere anbudsprosesser for å få på plass kontrakter med entreprenører for fase 3. I 2014 ble det avholdt konkurranse for 4 store utførelsesentrepriser for henholdsvis Bygg, Rør, Ventilasjon og Elektro. Det ble den gang mottatt kun et tilbud på hvert av fagene og ettersom tre av disse tilbud lå betydelig over prosjektets forhåndskalkyler ble tilbudskonkurransen avlyst.

Samtidig ble det fra Helse Nord stilt krav om nye bærekraftvurderinger før fase 3 kunne gjennomføres. Det ble imidlertid besluttet å gjennomføre innledende arbeider i fase 3 ved tilleggsbestillinger til igangværende kontrakter for fase 2. Dette gjaldt forberedelser for raskt å kunne tømme fløy A når hovedarbeidene på denne fløyen ble besluttet startet.

Etter klarsignal fra Helse Nord ble det høsten 2015 satt i gang en ny anbudsprosess for å få på plass de fire store entreprisene for AB-fløyen. Det ble nå valgt en modell med såkalt samspillkontrakt i totalentrepriseform. Tilbudene forelå i april 2016. Mens det for de tre tekniske entreprisene (Rør, Ventilasjon og Elektro) nå foreligger tilbud som ligger på et nivå som det er mulig å gå videre med, foreligger det fremdeles kun et tilbud på Bygg fra samme entreprenør som ga tilbud i 2014. Etter vår vurdering er tilbudet så høgt at det ikke kan tilrådes å gå videre med dette.

Det er vanskelig å si noe entydig om hva som er grunnen til at det ikke oppnås akseptable tilbud på de bygningsmessige arbeider. Hovedproblemet prismessig er at det kun leveres et tilbud slik at det er vanskelig å konkludere med at dette er hva som det må betales for å få gjort de bygningsmessige

arbeider uten samtidig å godta at dette gjøres til overpris. Normalt regnes at for å få til en reell konkurranse må det foreligge 3-5 tilbud. I de to konkurransene som er avholdt for bygg er det fire firmaer som har tatt ut konkurransegrunnlaget, men kun et og samme firma som tilslutt leverte tilbud. Det synes som at de andre ikke levere tilbud fordi kapasiteten lokalt kan brukes til andre og enklere prosjekt. Risikoen for å gå inn i et så komplisert prosjekt synes vurdert å være for stort selv med en samspillmodell.

Administrativt vedtatte tiltak:

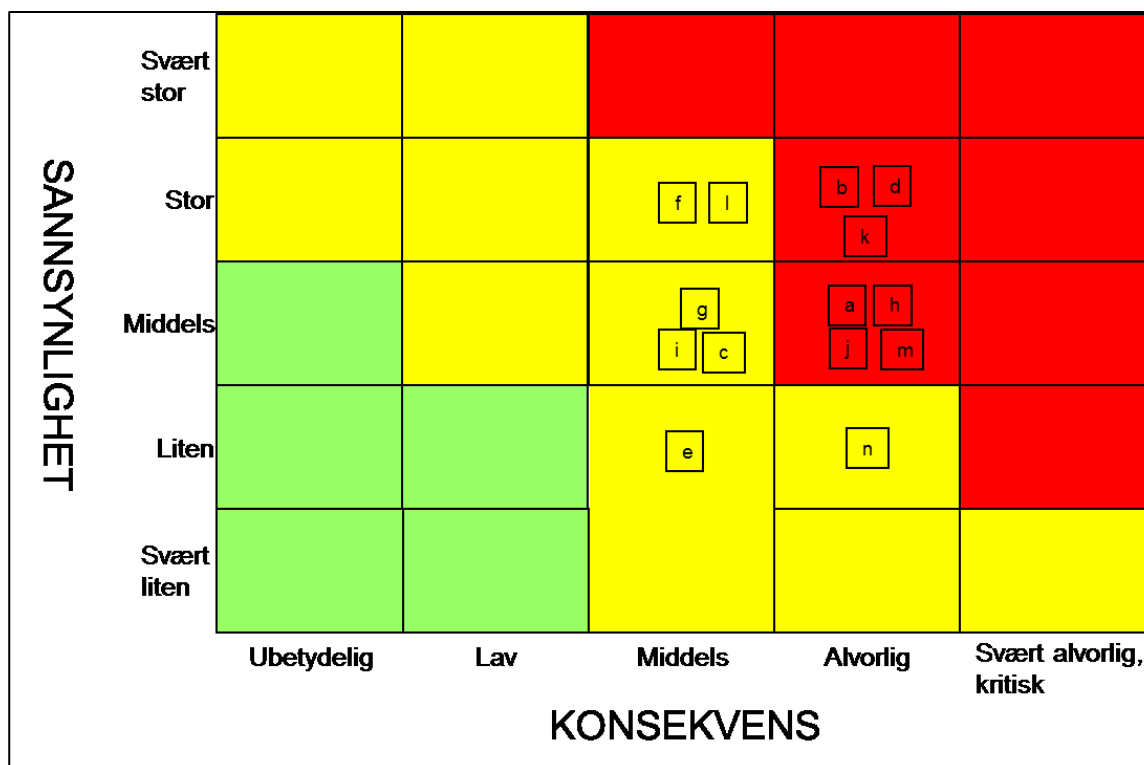
- Det er nå besluttet å prøve en ny modell for de bygningsmessige arbeider. Det konkurreres om byggherrestyrte sideentrepriser hvor entreprisepakkene sorteres på fag, det vil si en entreprise for henholdsvis råbygget, tømrerarbeider/innvendige arbeider, glassfasader, natursteinfasader, maler- beleggs- og flisarbeider samt rivning/miljøsanering. Tilbud på de nye pakkene vil foreligge i siste halvdel av august og forhåpentlig vil da være mulig å starte arbeidene i september, da med at i første omgang rokadearbeidene slutføres. Da kan hovedarbeidene på A-fløyen starte ved årsskiftet 2016/2017.

Risikovurderinger

Risiko 2016 – Risikofaktorer

Risikofaktorer før tiltak	Sans Før	Kons Før	Sans Etter	Kons Etter
Drift og organisering av kjernevirksomheten				
a. Mangelfull utvikling på tjenestetilbudet ved Nordlandssykehuset	Middels	Alvorlig	Liten	Middels
b. Mangel på spesialistkompetanse	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
c. Tiltakspakkene for kreftforløp blir ikke implementert fullt ut	Middels	Middels	Liten	Middels
Personell, bemanning og rekruttering				
d. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å rekruttere spesialister innenfor de utvalgte områdene	Stor	Alvorlig	Liten	Middels
e. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å stabilisere/vedlikeholde kompetanse innenfor de utvalgte områdene	Liten	Middels	Liten	Lav
f. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å utnytte ressursene effektivt	Stor	Middels	Middels	Middels
g. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å stabilisere sykefraværet på under 7.5%	Middels	Middels	Liten	Middels
Pasientsikkerhet				
h. Videre satsning på pasientsikkerhet stopper opp	Middels	Alvorlig	Liten	Alvorlig
Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og ytre miljø				
i. Internkontroller/revisjoner gjennomføres ikke i henhold til plan	Middels	Middels	Liten	Middels
IKT, teknologi og infrastruktur				
j. Det settes ikke av tilstrekkelig ressurser for å håndtere økt kompleksitet i systemløsningen etter HOS	Middels	Alvorlig	Liten	Middels
k. Ikke forventede ressurser og kvalitet på drift- og tjeneste-leveranser fra HN IKT som leverandør	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
Forskning				
l. Forskning forblir underfinansiert i forhold til forskningsproduksjon.	Stor	Middels	Middels	Middels
Økonomi og rapportering				
m. Nødvendige tiltak for styrking av økonomisk bærekraft gjennomføres ikke	Middels	Alvorlig	Middels	Alvorlig
n. Arbeidet med ressursplanlegging (ARP) og produktivitetsforbedring videreføres ikke	Liten	Alvorlig	Liten	Middels

Risiko 2016 – Risikomatrise før tiltak



Risiko 2016 – Risikomatrise etter tiltak

Tiltak for håndtering av risiko er beskrevet under de ulike kapittel. Nedenfor er beskrivelse av risikobilde for Nordlandssykehuset innenfor de angitte områdene etter at effekt av tiltak er vurdert. (Sorte firkanter med hvit tekst).

