



Styresak 060-2017

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2016

Saksbehandler: Paul Martin Strand, Beate Sørslett Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen m.fl
Dato dok: 13.06.2017
Møtedato: 19.06.2017
Vår ref: 2011/1897

Vedlegg (t): Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket med risikomatrixe

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 2017 – 2018.

Bakgrunn:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har som formålet å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring i Nordlandssykehuset HF beskriver hvordan foretaket styres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for virksomheten har etablert et styringssystem og at systematisk styring gjennomfører i tråd med forskriften. Når det gjelder gjennomføringen og etterlevelse av styringssystemet så er myndighet delegert i lederlinjen.

Styringssystemet er bygget opp rundt prinsippet om kontinuerlig forbedring som beskrevet i «Demings sirkel» med de fire fasene: Planlegg, utfør, evaluer og korriger

Nordlandssykehusets styringssystemet 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 kvalitet, pasientsikkerhets- og aktivitetsmål
- Risikovurderinger knyttet til foretakets måloppnåelse og tiltak for å sikre måloppnåelse.

I henhold til Nordlandssykehusets retningslinjer skal foretakets øverste leder en gang i året (ledelsens gjennomgang DS3431) systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. 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:

Ledelsens gjennomgang skal legge grunnlag for at ledelseslinjen, og administrerende Direktør ovenfor Nordlandssykehuset 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-mai 2017 hatt egne møter med alle klinikksjefer, senterledere og ledere for de største stabene.

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. Vedlagte rapport «Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket med risikomatrikse» beskriver nærmere om spesielle utfordringer innen områdene/sektorene i kjernevirksomheten.

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

Særlige forhold fra driften som ønskes løftet fram i denne saken er:

2016 har vært et godt år med hensyn til utvikling på ventetid, fristbrudd og forbedring på ulike andre kvalitetsindikatorer. Gjennomgangen har vist at det jobbes godt og systematisk i foretaket med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Det sentrale utfordringsbildet for det kirurgiske operative område er at rokaden i Bodø fortsetter og gir et redusert antall døgnplasser tilgjengelig. Det reiser særlige utfordringer knyttet til elektiv operativ aktivitet, som igjen bidrar negativt til den eksisterende utfordrende økonomiske situasjonen.

Innenfor anestesi har vi vedvarende utfordring med å dekke opp de totalt 6 vaktlinjene vi har (Lofoten, Vesterålen, helikopter, fly, forvakt Bodø og bakvakt Bodø)
Vi har fortsatt forbedringspotensiale i forhold til drift og utnyttelse av våre operasjonsstuer.

For prehospital klinikk er realisering av ambulanseplan en sentral utfordring. Det har nasjonalt vært problematisert at de minst erfarne legene bemanner akuttmottaket. Mangel på erfaring og beslutningskompetanse hos unge leger kan føre til flere innleggelser og forsinket avklaring av pasienters tilstand, noe som kan føre til opphopning av pasienter i akuttmottak Et sentralt tiltak i 2017 er etablering av lege i front med erfaren lis eller overlege dagtid Bodø. Vi vil dra erfaringer herfra for hvordan våre øvrige akuttmottak kan driftes på en bedre måte.

Medisinsk klinikk har gjennom flere år hatt utfordringer med lange ventelister, fristbrudd og stor ubalanse i forhold til de gitte økonomiske rammene. Med denne bakgrunn ble det iverksatt en omfattende omorganiseringsprosess i 2016. Vi ser tydelige forbedringer i klinikkens leveranse på kvalitet og effektivitet, og framover vil det være særs viktig at ny organisasjonsstruktur konsolideres på en god måte.

Hode bevegelse klinikken har på grunn av rocade og renovering av AB-fløya i Bodø flyttet sengeenheten til R2 og drifter nå med fire fagområde på et noe uhensiktsmessig areal. En annen utfordring framover for klinikken sammen med medisinsk klinikk er etablering av døgnbasert rehabilitering i Vesterålen.

Aldersgrense for barneavdelingen vil bli tema i strategisk utviklingsplan. Det har over år vært ønskelig med styrking av psykiatritilbudet for barn tilknyttet barneavdelingen. Hvordan denne styrkingen skulle gjennomføres har vært diskutert i 2016 og konkretisering påbegynt januar 2017.

Maskinparken innenfor laboratorie- og billediagnostikk har flere steder nådd en høy alder. Styret har gitt sin tilslutning til modernisering av laboratoriet i Bodø. Mangel på fagpersonell som bioingeniører og radiologer er fortsatt en utfordring for diagnostisk klinikk.

Vi har over tid hatt fokus på smittevern, og har nå på plass smittevernlege som kan bidra til å føre dette arbeidet videre fremover. Et viktig fokusområde vil i tillegg til fortsatt reduksjon av helsetjeneste assosierte infeksjoner være riktig bruk av antibiotika for å unngå ytterligere resistensutvikling.

Innen psykiatri rus området er de to største hovedutfordringen mangel på spesialister innen rus og psykiatri, og at sentralinstitusjonen lokalisert Rønvik Bodø mangler tidsriktige bygg.

Andre områder

Høst 2016 ble det opprettet Senter for klinisk støtte og dokumentasjon. Dette har så langt vist seg være et vellykket grep.

Det er fortsatt slik at det er krevende for Nordlandssykehuset å rekruttere spesialister innenfor enkelte områder, men vi synes å merke en forbedring, særlig innenfor de operative fag. Målsetning om sykefravær under 7,5% er videreført, og har igangsatt et nærværprosjekt med målsetning om økt nærvær og redusert sykefravær i Prehospital klinikk og imøteser læring fra dette prosjektet.

Innenfor pasientsikkerhet jobbes det mye med nasjonale tiltakspakker. I tillegg har vi pilotert hendelsesanalyser, som vi tror er en konstruktiv arbeidsform for gjennomgang av uønskede pasienthendelser.

Samarbeidet med brukerorganisasjoner og kommunale samarbeidsorgan oppleves å fungere godt.

Måloppålsen i forhold til de av Helse Nord sine områder for risikostyring var generelt god i 2016.

En sentral og stor prosjektoppgave for 2017 og 2018 vil være innføring av elektronisk medikasjon og kurve.

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2016

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
2. Kirurgiske/operative området.	6
Utfordringsbildet/ utviklingstrekk.....	6
Området har, og må ha en høy omstillingstakt knyttet til fortløpende modernisering av kirurgiske pasientforløp.....	6
Rokade – nye sengeposter.....	6
Kvalitetsregistreringer:.....	7
Avdelingsoverlegefunksjon anestesi og omorganisering i operasjonsområdene:.....	7
Økonomiske utfordringer.....	7
3. Prehospital/Akuttmottak området.	7
Ambulanseplan.....	7
Mottakelse og overvåkning Lofoten og Vesterålen	8
4. Medisinske området.	8
5. Hode og bevegelsesklinikken.....	10
Hode bevegelse klinikken - Sengeenhet	10
Spesialistdekning innen klinisk nevrofysiologi	10
Utvikling av døgnbasert, spesialisert rehabilitering i NLSH	10
Spesialistdekning innen habilitering	11
6. Kvinne/barn/ungdom området	11
Beredskap for akutte keisersnitt i Lofoten	11
Fødselsomsorg	11
Ungdomsmedisin	12
Konsultasjon-Liasjon tilbud (psykiatrisk tilbud på barneavdelingen)	13
Manglende oppfølging av barn innlagt i sykehus	13
7. Diagnostikk og smittevern	13
8. Psykisk helse- og rus området.....	14
9. Merkantile støttetjenester somatikk	15
10. Personell, bemanning og rekruttering	16
Rekruttering	16
Mobilisering av personell – redusere sykefravær	16
Lederutvikling og rekruttering	17
11. Pasientsikkerhet	17
12. Brukermedvirkning og Samhandling	18
Brukermedvirkningen	18

Samhandling med kommunene	19
13. Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og Ytre miljø....	19
Internkontroll og internrevisjons aktivitet.....	19
Risikovurderinger og Risikostyring	21
Informasjonssikkerhet	25
Ytre miljø	26
14. IKT og e-helse.....	26
Lokal og regional systemforvaltning	26
Bortfall av kliniske systemer.....	27
Systemopplæring og e-læring	27
Elektronisk samhandling.....	28
Prosjekter	28
15. Forskning	29
16. Bygg og infrastruktur	29
17. Økonomi og rapportering	30
18. Utbyggingsprosjekt i Bodø	31
19. Risikovurderinger.....	33
Risiko 2017 – Risikofaktorer	33
Risiko 2017 – Risikomatrise før tiltak	35
Risiko 2017 – Risikomatrise etter tiltak.....	35

1. Innledning

Rapporten er laget som vedlegg til styresak om gjennomføring av ledelsens gjennomgang ved Nordlandssykehuset for 2016 og beskriver utfordringer innen de ulike områdene/sektorene i kjernevirksomheten.

2. Kirurgiske/operative området.

Utfordringsbildet/ utviklingstrekk

Utviklingstrekk i befolkningens etterspørsel etter spesialisthelsetjeneste er at det særlig er innenfor de indremedisinske tilstander hvor det forventes en økning i døgnforbruket, pga stadig høyere levealder og store grupper med kronisk syke. Innen det kirurgiske operative området er forventninger fra befolkningen en dreining fra døgn til dag og kirurgiske metoder som er mindre invasive, som reduserer oppholdstid, tid for rekonvalesens/rehabilitering og risiko for komplikasjoner.

Foretaket har ansett det viktig å klare og følge opp utviklingen, og anskaffelse av operasjonsrobot i 2016 er således et viktig strategisk grep.

Området har, og må ha en høy omstillingstakt knyttet til fortløpende modernisering av kirurgiske pasientforløp.

Som følge av tiltaket samkjøring av budsjettansvar mellom Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT) og Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) gjennomføres det regelmessige møter mellom klinikkene der en går gjennom gjennomført aktivitet sett opp mot plantall og DRG-inntjening. Andel strykninger blir også gjennomgått, samt årsaker til disse.

Rokade – nye sengeposter

I forbindelse med renoveringen av høyblokka er det etablert tettere samarbeid med andre klinikker for å unngå unødvendige innleggelse i Kir ort sine sengeposter:

- For å frigjøre sengeareal i ortopedisk sengepost og for å bidra til å samle inneliggende barn ved en enhet, ble det inngått avtale med Kvinne-Barn klinikken om at ortopediske barn til og med 14 år fom 11 november 2016 skal ivaretas av personell ved barneavdelingen. Ortopediske leger har det medisinske ansvaret for disse pasientene og skal gå daglig visitt når ortopediske barn er innlagt. Lønnsmidler til 50 % sykepleier stilling ble overført fra ortopedien (1203) til barneavdelingen.
- I samarbeid med Prehospital klinikk er det etablert en prosedyre for å unngå at pasienter med kort forventet observasjonstid blir innlagt i sengepostene i Bodø (PR42411). Prosedyren gjelder for tidsperioden som kirurgisk sengeområde er i rokade.
- I samarbeid med Medisinsk klinikk og Hode Bevegelse klinikken er rutinen for åpen innleggelse (RL1105) revidert.
- Det er gjennomført oppdatering av prosedyrer som skal hindre unødvendige og ikke-planlagte innleggelser av dagpasienter i våre sengeposter. Omgjøring av operasjonspasienter fra dag til inneliggende må begrenses til kun der det er medisinsk indikasjon, og der overføring til sengepost er nødvendig må pasientene må beholdes i Kirurgisk mottak fram til stengetid.

Kvalitetsregistreringer:

Kirurgisk ortopedisk klinikk ønsker å kvalitetssikre og evaluere egen virksomhet ved alle lokalisasjoner. Ved å sette kvalitetsregistrering i system, kan klinikken kvalitetssikre det som gjøres og samtidig få bedre oversikt over egen virksomhet. Klinikken har fom mars 2016 etablert prosjektstillinger som kvalitetsregistratorer for klinikken (inkl. Lofoten og Vesterålen). Disse skal i nær dialog og nært samarbeid med legene bidra til å etablere registrer som systematiserer data om pasientbehandling og pasientoppfølging.

Følgende registrering er så langt utført: Ortopedi har fått igangsatt interne hofte- og kneprotese registrer. Kirurgi gjennomfører registrering Norcar, NorGast og Soreg (fedme). Urologi har egen, intern kvalitetsregistrering.

Avdelingsoverlegefunksjon anestesi og omorganisering i operasjonsområdene:

Akuttmedisinsk klinikk har etablert avdelingsoverlegefunksjoner i operasjonsområdene slik at det skal være økt fokus og gjennomføringskraft i forhold til å gjennomføre preoperativt anestesilogisk tilsyn, forutsigbarhet i planlegging, oppdatert prosedyreverk, sikre at opplæring gjennomføres i henhold til krav, delta i planlegging, ressursstyring av legegruppen og gjennomføring av avtalt program.

På bakgrunn av OU-arbeidet inn mot ferdigstilt ny K-fløy er det gjennomført omorganisering i operasjonsområdene K2 og K8 for å skape god ledelse, nødvendig forutsigbarhet, stabilitet og fleksibilitet i driften.

Klinikken samarbeider med HR for å sikre rekruttering til utdanning som spesialsykepleiere særlig innen operasjonssykepleie. Rekruttering er vanskeligst til Lofoten og Bodø.

Nye kompetansekrav til ansatte i sterilforsyning gjør at klinikken i samarbeid med HR nå er inne i arbeid med å legge til rette for at kompetansen kommer på plass.

Økonomiske utfordringer

Det har både i 2016 og 2017 vært store økonomiske utfordringer knyttet til det operative området. Noe av dette skyldes at Kirurgisk ortopedisk klinikk på grunn av pågående ombygging i Bodø har hatt en utfordrende driftssituasjon.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Etablert samarbeidsarena og felles budsjettansvar mellom AKUM og kirurgisk ortopedisk klinikk

3. Prehospital/Akuttmottak området.

Ambulanseplan

Det ble i 2015 utarbeidet og vedtatt ny ambulanseplan. Faglige og økonomiske gevinster er avhengig av at innføringen gjennomføres i hele opptaksområdet. Implementeringen startet i Lofoten og vellykket implementering er kritisk for å oppnå en fremtidsrettet ambulansetjeneste. Utrullingen av ambulanseplan stoppet litt opp i Vesterålen etter at en bil ble tatt ut av beredskap på Sortland ihht ambulanseplanen. Det lyktes ikke å oppnå enighet om ny arbeidstidsordning fra 1. januar, og klinikken har brukt våren på å drøfte og forhandle frem ny avtale. I april ble det oppnådd enighet med forbundene, og 8. mai var ny arbeidsplan iverksatt.

Ettersom Sortland skulle danne «mal» for de øvrige områdene, er implementering av ny ambulanseplan i disse forsinket.

I Vesterålen ble det startet med liggende pasienttransport sommeren 2016. Dette har vært en suksess, og har frigjort beredskapstimer for tjenesten.

Mottakelse og overvåkning Lofoten og Vesterålen

Mottakelse og overvåkingen i Lofoten er organisert i en felles enhet i AKUM

Det er utfordringer med lokalitetenes størrelse og hensiktsmessighet i forhold til å drive moderne akuttmottaksfunksjoner. Det er også utfordringer mht. gjennomføring av triagering av pasientene, ivaretagelse av informasjonssikkerhet, ivaretagelse av pårørende. Her foreligger det en plan for utbedringer som er skjøvet noe ut i tid i forhold til det perspektiv man hadde i 2015.

Det rapporteres om lang liggetid i mottaket og ønske om å få inn konseptet «kompetanse i front».

Mottakelse og overvåkingen i Vesterålen er organisert i en felles enhet i AKUM

Bemanningsavtalen med interkommunal legevakt er nå avsluttet.

Sykehuset leier ut lokaliteter til legevakta lokalisert inn mot akuttmottaket. Det gjøres bygningsmessige endringer for å sikre for at det blir tilrettelagt mht diskresjon/informasjonssikkerhet/undersøkelsesrom/utstyr/rekvisita osv.

Det rapporteres om lang liggetid i mottaket og ønske om å få inn konseptet «kompetanse i front». Pasienter blir liggende som OBS-pasienter i påvente av beslutning om videre diagnostikk, behandling og evt. innleggelse. Det er ikke driftsmessig etablert OBS-senger i Vesterålen slik det bygningsmessig er lagt til rette for.

4. Medisinske området.

Organisering

Medisinsk klinikk har gjennom flere år hatt utfordringer med lange ventelister, fristbrudd og stor ubalanse i forhold til de gitte økonomiske rammene. Med denne bakgrunn ble det iverksatt en omfattende omorganiseringsprosess i 2016.

Ny organisasjonsstruktur med syv avdelinger ble etablert primo 2017, og klinikken består nå av fem avdelinger i Bodø, en i Lofoten og en i Vesterålen. Målsetninger fremover er en lederstruktur i klinikken som kan vise handlekraft, inneha nødvendig kompetanse og vilje til å forstå. Det skal være kultur og struktur for samhandling tverrfaglig og beste argument skal vinne frem.

Avdelingslederne deltar på Nordlandssykehusets lederutviklingsprogram med dertil veiledning i ett år etter avsluttet kurs. Alle enhetsledere (nivå 4 ledere) skal obligatorisk delta på

Nordlandssykehusets lederkurs for dette nivået, og med påfølgende veiledning i ett år.

Klinikkens ledergruppe har behov for å styrke samarbeidet mellom avdelingene og lokasjonen for å trygge kunnskap og kjennskap til de utfordringer klinikken står i. Det vil gi bedre kvalitet og ideer til et teamarbeid som sikrer styring og forutsigbarhet.

Rekruttering

Klinikken har fortsatt utfordringer med å få tak i spesialister innenfor enkelte fagområder i Bodø, og å få rekruttert overleger til permanent virke i Lofoten. Medisinsk avdeling Lofoten har fått muntlig beskjed om at tellende tid i spesialisering vil øke til 3,5 år. Dette vil kunne bidra positivt for stabilitet av leger i spesialisering og på sikt overleger. Pr nå er alle overlegestillingene i Vesterålen besatt, men vi vil ha behov for rekruttering fordi flere av overlegene nærmer seg pensjonsalder.

Endokrinologi

Det er kun en endokrinolog i Bodø. Det leies derfor inn lege fra helsepersonellfirma – eller andre vikaravtaler. Ved fravær av endokrinolog er utfordringen blant annet å nå kvalitetsmålene som vurdering av henvisninger innen 10 dager og time innen 60 dager. Ved fravær har vi fått bistand fra Tromsø for vurdering av henvisninger.

L - RSSO (lokalt og - regionalt senter for sykkelig overvekt)

Lav og ustabil legeressurs i 2016. Det ble tilført legeressurs tilsvarende 1,8 årsverk. Med det dekkes behovet innenfor lokalt og regionalt arbeid. Det er også økt noe på sykepleier og merkantil ressurs.

Det har vært jobbet på systemnivå, blant annet med vurdering av henvisninger fra de lokale tilbudene og etablert klare kriterier for dette. Det har vært systematisk gjennomgang av ventelister, og utredningsforløpene er endret. Fra å ha 223 pasienter på venteliste er det nå nede i under 100 til kirurgisk forløp. Ventetiden er fortsatt for høy, men denne skal ytterligere ned i løpet av 2017.

Hud – Her er det fortsatt vakant hudlege stilling. Ingen søkere på utlyst overlegestilling. Har innleie fra firma og avtale med dansk hudlege for 1 år fremover.

Ambulering

Klinikken har hele tiden fokus på mulighet for ambulering for å gi behandlingstilbud til pasienter nærmest mulig deres bosted - både for å spare pasientene for belastning ved reise og for å redusere pasientreiseutgifter for helseforetaket. Klinikken har legespesialister som ambulerer innen fagområdene nyre, hjerte, lunge og infeksjon. Det jobbes også med å få opprettet avtale med Helgelandssykehuset om ambulering innen dialyse.

Fristbrudd

Avdelingen jobber strukturert med SAS portalen og fortsetter med dette i forhold til å følge opp fristbrudd og truende fristbrudd. Godt tverrfaglig samarbeid mellom ledere, leger, sykepleiere og merkantilt personell. Klinikken har fokus på opplæring i DIPS i forhold til rett registrering og planleggingshorisont. Avtalespesialistene og Helfo brukes der vi ser vi ikke klarer å overholde fristen.

Pakkeforløp

Inkluderte pasienter i pakkeforløp i 2016 var ved NLSH 70 % (landet 78 %). Andel behandlet innen standard forløpstid – alle behandlingsformer var ved NLSH 68 % (landet 70 %). Det er stor variasjon fra pakkeforløp til pakkeforløp.

Kreftkoordinatorerne er nå samlokalisert i W-fløya, men er trukket ut av fagmiljøene ved sykehuset – noe som er ugunstig.

Pakkeforløp innen klinikken for perioden jan -16 tom des-16;

	<i>Inkludert (landet)</i>	<i>Andel behandlet innen standard forløpstid (landet)</i>
Lunge	84% (83%)	54% (63%)
Lymfom	91% (71%)	46% (60%)
Myelomatose	75 % (52%)	100% (93%)
Tykk/endetarmskreft	86% (84%)	71% (76%)

Bruk av personell

Alle arbeidsplaner er lagt inn i GAT. Det jobbes med langtidsplanlegging. Det er allerede laget oversikt over hvilke leger som har søkt på obligatoriske kurs til høsten 2017.

5. Hode og bevegelsesklinikken

Hode bevegelse klinikken - Sengeenhet

Hode bevegelse klinikken (HBEV) flyttet sengeenheten til R2 i oktober 2016 som en del av rokadene i forbindelse med ombygging/renovering av høyblokken. Lokalene ble noe tilpasset enhetens behov og relevant innbo og utstyr ble tatt med fra AB4, alternativt anskaffet. Lokalene i R2 er ikke helt optimale ift drift av sengeposten, men tilrettelegginger er gjort så langt mulig. Sengetallet er nå 23 for 4 ulike spesialiteter og det innebærer driftsmessige utfordringer for en post som i all hovedsak er en akuttpost. Nye lokaler er tidligst ferdige i 2019.

Administrativt vedtatt tiltak/vurdering av tiltak:

- Utviklingen i driften av sengeenheten følges tett opp.
- Avklaring ift ØNH/Øye-senger i kirurgisk område når renovert bygg tas i bruk

Spesialistdekning innen klinisk neurofysiologi

Klinisk neurofysiologi (KNF) er et utfordrende område med spesialistmangel i landet. KNF er en viktig spesialitet for utredninger av pasienter i mange fagområder og dekker pasientgrupper innen allmennmedisin, barnesykdommer, nevrologi, ortopedi, indremedisin og psykiatri. Det ble i 2016 initiert en utredning i regi av Helse Nord ift spesialiteten og det ble utarbeidet en regional handlingsplan for KNF.

Vi har ikke hatt denne spesialiteten i foretaket, men ser behov for å etablere det.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Videre aktiv rekruttering og utvikling av KNF-miljø i foretaket i tråd med regionale anbefalinger.

Utvikling av døgnbasert, spesialisert rehabilitering i NLSH

Det var planlagt etablert 4 senger for døgnbasert spesialisert rehabilitering i sykehuset i Vesterålen fra 2014. Sengene skulle integreres i medisinsk sengepost i et samarbeid med HBEV som skulle ha øvrige faggrupper i tverrfaglig team. Det har tatt tid å få utviklet rehabiliteringstilbudet. Ved oppstart hadde ikke HBEV et fullverdig team for å drive spesialisert døgnbasert rehabilitering og medisinsk sengepost hadde heller ikke tilstrekkelige pleieressurser. Enheten i Vesterålen har derfor ikke fått tatt ut det potensiale de har hatt for å drive døgnbasert rehabilitering. En stor del av NLSH's pasienter har i stedet fått tilbud ved UNN Harstad, (kjøp av plasser) og ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Styret i Nordlandssykehuset vedtok i desember 2016 at tilbudet om døgnbasert rehabilitering i Vesterålen skulle trappes opp slik at sykehuset i vesentlig grad skal kunne utføre sykehusrehabilitering i egen regi og det ble etablert en prosjektgruppe med mandat å få det døgnbaserte tilbudet vitalisert. Prosjektgruppens arbeid var ferdig i månedsskiftet april 2017.

Det etableres nå et tverrfaglig team med 6 faggrupper i Vesterålen – legespesialist, rehabiliteringssykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og sosionom – for å drive spesialisert rehabilitering. Klinikken fikk kvalifiserte søkere til spesialiststillingen. Fysioterapiressursen må styrkes, foreløpig er dette løst ved vikar. Medisinsk klinikk får styrket pleiebemanningen med dedikert personale til rehabilitering.

Det må tas stilling til hvordan Nordlandssykehuset skal dekke merbehovet for døgnbasert spesialisert rehabilitering etter 2017 når avtalen med UNN Harstad utløper. Erfaringene i 2016 tilsier

jevnt over samlet 5-6 plasser i bruk. Dette underbygges av Sykehusbygg HF's rapport. Sykehusbygg gjorde i 2016 en analyse av rehabiliteringsaktiviteten for NLSH, samt framskrivning av foretakets behov for døgnplasser innen spesialisert rehabilitering frem mot 2030. Det antas å være et udekket behov tilsvarende 7 senger i 2030 som må håndteres av Nordlandssykehuset. Da bl.a. forutsatt gjeldende funksjonsfordeling og at befolkningen har et forbruk av primær rehabilitering og en demografisk vekstrate tilsvarende landsgjennomsnittet.

Administrative vedtatte tiltak/tiltak til vurdering

- Det arbeides videre med å følge opp godkjent plan for videreutvikling av Rehabiliteringsenheten, fase 1 og 2.
- Det må etableres løsninger for å dekke restbehovet for døgnbasert spesialisert rehabilitering fra 2018.

Spesialistdekning innen habilitering

Habiliteringsteamet for voksne og ambulant rehabiliteringsteam (ART) og habiliteringsteamet i Vesterålen og Lofoten har slitt med manglende spesialistdekning når det gjelder psykiater og medisiner. Spesielt innenfor habilitering har utfordringene vært store. Muligheten for å få rekruttert og finansiert spesialist er utredet i 2016. Spesialiststilling er lyst ut i 2017.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Rekruttere og sikre spesialistressurs vil kunne dekke opp behovet for medisinskfaglig vurdering og behandling av pasienter i habiliteringsfeltet i NLSH, alle 3 lokasjoner.

6. 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 nå besatt av gynekolog i full stilling.

Sommeren 2016 ble det gjennomført sommerdrift i Lofoten. I 4 uker var det ikke beredskap med gynekolog og heller ikke åpent for planlagte fødsler. Sommerdriften ble gjennomført med tilfredsstillende resultat.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Videreføre sommerdrift i 4 uker for 2017

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 avvikshåndtering og forbedringsarbeid hadde klinikken følgende fokusområder i 2016; andel keisersnitt i Vesterålen,

reduksjon av Oxytocinbruk, reduksjon fødselsrifter og metode for gjennomføring av kontinuerlig risikovurdering under fødsel. Dette arbeidet videreføres i 2017 med prosjektet «Trygge fødsler»

Målgruppen er leger og jordmødre ved Nordlandssykehuset-Bodø, men prosjektets prosedyrer/sjekklister presenteres for alle fødeenhetene i klinikken. I felles fagråd gjennomgås nye prosedyrer og erfaringer deles gjennom undervisning på felles akuttkurs. Det gjøres lokale tilpasninger da vi har forskjellig pasientgrunnlag.

Utfordring/problem

Interne avviksmeldinger, risikovurdering av fødetilbudet i Helse Nord og Helsetilsynssaker har avdekket behov for forbedring når det gjelder seleksjon av fødende og kommunikasjon mellom leger og jordmødre under fødsel.

Det er flere risikoområder som påvirker fødselsforløpene og som har medført avviksmeldinger og tilsynssaker. Utfordringene er kommunikasjon mellom leger og jordmødre, manglende implementering av interne prosedyrer, bruk av ansvarsjordmor, CTG tolkning, seleksjon av fødende ved innkomst og risikovurdering under fødsel.

Tiltak: innføre sjekklister under fødsel.

Resultatmål; 50 % reduksjon i antall barn med Apgar score <7 etter 5 minutt der dette kan relateres til fødselsasfyksi. 100 % av de fødende skal ha gjennomgått sjekklister under fødsel innen 15. mai 2017.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Videreføre arbeidet med kompetansehevende tiltak, inklusive CIM trening med barnelege/anestesipersonell

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. 2015: 32 turer, 2016: 52 turer. Dette vil sees nærmere på i forbindelse med foretakets arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan og strategisk utviklingsplan

Tertiærvakt på helg

Dagens situasjon er at når nyfødtkompetent barnelege har vakt, er det ikke satt opp tertiær vakt. Når det blir behov for barnelege i henteteam gir dette utfordringer for vaktberedskap for barnelege. I dag blir barnelege som har fri i beordret på vakt.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Etablering av tertiærvakt på helg

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. Det er ønskelig å øke aldersgrensen til 16 år, eventuelt videre til 18 år.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I strategisk utviklingsplan vurdere aldersgrenser for barneavdeling

Konsultasjon-Liasjon tilbud (psykiatrisk tilbud på barneavdelingen)

Den barnepsykiatriske tjeneste som i dag tilbys pasienter og avdelinger i Nordlandssykehuset HF, Bodø Somatikk bør styrkes.

Nasjonalt er det økt fokus på barne- og ungdomsavdelinger med samordnet tilbud innen somatikk, BUP og barnehabilitering. Barneavdelingene ser mer sammensatte lidelser hvor både psykisk og fysisk helse samspiller. Det er flere barn som må gjennom unødvendige somatiske undersøkelser før noen oppdager at det er psykososiale forhold som har utløst eller er med på å vedlikeholde barnets symptomer. Dette er ikke god praksis og det er ikke god bruk av ressurser. Ett Konsultasjon-Liasjon tilbud vil være et bidrag for sammen med barneavdelingens kompetanse å kunne gi disse pasientene og familiene deres et mer helhetlig behandlingstilbud.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Arbeid igangsettes fra januar 2017. Rapport leveres før påske 2017. Planlagt oppstart september.

Manglende oppfølging av barn innlagt i sykehus

Kapittel 4. Aktivisering/undervisning

§ 12. Barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-3. Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.

Barn må få mulighet til aktiviteter tilpasset deres alder og utvikling.

Ansatt spesialpedagog har ikke mulighet til å ivareta dette da vedkommendes kompetanse må prioriteres til utredning og behandling.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Det tilsettes barne- og ungdomsarbeider i 50% stilling

7. Diagnostikk og smittevern

Mangel på fagpersonell, som radiologer og bioingeniører, er fortsatt en utfordring for diagnostisk klinikk. I påvente av at læringsmål for ny spesialistgodkjenning for radiologi skal bli vedtatt, er søknad om å få status som utdanningsinstitusjon for hele spesialiseringsforløpet fullført så langt det er hensiktsmessig for øyeblikket.

Utskifting av ledere og midlertidige ledere gitt høy arbeidsbelastning. Diagnostisk klinikk har derfor satset tungt på et lederutviklingsprogram tilpasset utfordringene i klinikken. Lederutviklingsprogrammet er planlagt frem til sommeren 2018.

Klinikken har et kontinuerlig behov for å utvikle og forbedre rutiner og prosedyrer, og gjennomfører hvert år et avansert og målrettet internrevisjonsprogram. En revisjon i en enhet legger

føringer for egeninspeksjoner i alle andre enheter, der disse må kontrollere om de har tilsvarende avvik.

Klinikken er svært utstyrstung, og både innenfor laboratoriefag og bildediagnostikk er det mye gammelt og slitt utstyr som forårsaker hyppige driftsstanser og vanskelige driftsforhold. Alle avdelinger har gjennomført mulighetsstudier for å vurdere behov for nye diagnostiske tjenester og ny arbeidsform. Formålet med mulighetsstudiene er å sikre at tunge utstyrsinvesteringer gir en fleksibilitet og effektivitet som er tilpasset fremtidens behov, og at man unngår at gamle arbeidsvaner opprettholdes med ny teknologi.

Informasjonssikkerhet og IKT-løsninger

Dagens datakommunikasjonsløsninger oppleves som usammenhengende, og laboratorieavdelingene har fremdeles en del manuelle og tungvinte løsninger med fare for menneskelige feil.

Elektronisk rekvirering av laboratorieanalyser (ERL) er implementert i de fleste av legekantorene vi mottar blodprøver fra, men mange ulike IT-system, ulike versjoner og forskjeller i konfigurering forårsaker en del problemer. Overgangen til ERL har gitt forbedringer i form av mindre preanalytiske feil, og ny teknologi vil bidra til ytterligere forbedring.

Felles forvaltningssystem for fagsystemer i Helse Nord er ikke fullstendig på plass. Dette skaper utfordringer i arbeidshverdagen.

Smittevern, antibiotika styringsprogram, infeksjonsmedisin

Personellsituasjonen innenfor smittevern er nå i en positiv utvikling. Smittevernlege og ny leder er ansatt, og personellsituasjonen innen fagområdet er forbedret.

Resultatene fra NOIS (Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner) registrert i Bodø ligger over landsgjennomsnitt bortsett fra totalprotese hofte og kolecystektomi (fjerning av galleblære).

Bruk av bredspektret antibiotika er for høyt i foretaket. Antibiotikastyringsprogram er nå etablert, og vi forventer at den tette oppfølgingen vil påvirke antibiotikaforbruket i tiden fremover.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Fortsette rekrutteringsarbeid.
- Lederutviklingsprogram i Diagnostisk klinikk gjennomføres fra høsten 2016 til sommeren 2018.
- Etablere bedre oppgavefordeling mellom faggrupper, ledere og støttefunksjoner.
- Ny instrumentering, standardisering og forbedring av arbeidsprosesser i alle avdelinger.
- Verifisering av nye metoder innen patologi og laboratoriemedisin.

8. Psykisk helse- og rus området

Psykisk helse og Rusklinikken har kapasitetsutfordringer på flere områder, både knyttet til døgnbehandling, poliklinikk og TSB. Situasjonen i sykehusavdelingene er fortsatt utfordrende med høyt belegg både på Sikkerhetsenheten og Akuttpsykiatrisk avdeling. Endringer i Lov om Psykisk helsevern, som trer i kraft 01.09.17 vil kunne utfordre disse enheter ytterligere.

Kapasiteten for døgnbehandling for rusavhengige er liten og NLSH må kjøpe plasser av de private institusjonene. Den nye spesialiteten Rus- og avhengighetsmedisin fordrer at det er egne senger for akutt avrusning i klinikken dersom en skal kunne utdanne spesialister. Det er ikke mulig i dag å

etablere akuttsenger uten å redusere den allerede sårbare kapasiteten innen TSB. Det betyr at klinikken ikke oppfyller krav til hele spesialistløpet innen klinikken, noe som kan utgjøre en risiko for å miste LIS når de må reise bort for å få ferdigstilt spesialiteten.

Poliklinikkene sliter med økt etterspørsel, og omlegging til ISF-finansiering har vært utfordrende pga manglende kodeverk i DIPS og usikker kodekvalitet. Dette gir uforutsigbarhet for inntektsbudsjettet i 2017.

Mest bekymringsfull er imidlertid den store mangelen på spesialister innen psykisk helsevern og rusomsorgen. Klinikken mangler både lege- og psykologspesialister på de fleste avdelinger. Det er også utfordringer med rekruttering av erfarne sykepleiere og ledere. Mangelen på spesialister i distriktet, ved DPS Lofoten og Vesterålen er svært utfordrende for klinikkens beredskap for ivaretagelse av akutte kriser på ettermiddag/kveld/natt. Det er heller ikke mulig å leie inn legespesialister da også innleieleger i spesialitetene våre er mangelvare.

Bygningsmessige utfordringer:

PHR- klinikken holder til i lokaler som varierer i kvalitet. Klinikken har med bakgrunn i de økonomiske forholdene i Nordlandssykehuset opparbeidet seg et ikke ubetydelig etterslep på vedlikehold og modernisering. Dette er sist omtalt i Helse Nord sin revisjon vedrørende «gjennomføring av tvunget psykisk helsevern i Nordlandssykehuset». De anbefaler flere bygningsmessige forbedringer - herunder tidsriktige lokaler med bad /dusj på alle rom.

Enheter som kan (ikke utfyllende) nevnes er Akuttenhet Nord, Akuttenhet Sør, Regional enhet for psykose 1 og Alderspsykiatrisk enhet. Ved Vesterålen DPS er det meldt inn helsefarlige arbeidsforhold, og til nå er fire kontorer avstengt på poliklinikkene. Styret ved Nordlandssykehuset har derfor godkjent full rehabilitering av bygget. Døgnetenheten på Stokmarknes, som nå også tar inn pasienter fra Lofoten, ser ut til å få stor utfordring med kapasiteten i de åtte sengene de drifter. Omstilling og utvikling av tjenestetilbud medfører ofte behov for tilpasning og omrokninger. Dette er vanskelig å få gjennomført. Generelt er det stort press på akseptable kontorer for ansatte. I ytterste fall må vi sette ønsket utvikling på vent med begrunnelse i manglende lokaliteter.

IKT:

Dagens, og ikke minst morgendagens helsetjenester, fordrer god tilgang på nett for pasienter, besøkende og ansatte. Det er stedvis dårlig mobilsignaldekning, og klinikken har i variert grad et utbygd trådløstnett. Dette etterlyses av våre pasienter, besøkende og ansatte.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Trådløstnettet ved NLSH-Rønvik utbygges/utbedres i 2017 og 2018
- Klinikken har bedt om ressurser for utredning av bygningsmessige utbedringer og utvidelser.
- Rehabilitering av bygget til Vesterålen DPS

9. Merkantile støttetjenester somatikk

Høsten 2016 ble det etter anbefaling fra arbeidsgruppe opprettet et Senter for klinisk støtte og dokumentasjon, i direkte linje under administrerende direktør. Senterets oppgave er å lage gode og strukturerte planer for opplæring for slik å øke kvalitet og kapasitet på de merkantile arbeidsoppgaver innenfor foretakets økonomiske rammer. Ved å samle alt merkantilt personell i én enhet vil man skape en mer robust organisasjon som er mindre sårbar og i større grad mer fleksibel enn den har vært tidligere. For å kunne nå målene om større grad av kvalitet og kapasitet vil man

etablere arbeidsrutiner som samler og standardiserer oppgaver der det er hensiktsmessig, og med bakgrunn i dette kunne hente ut eventuelle stordriftsfordeler.

Senteret består av to avdelinger: Avdeling for post og dokumentasjon, som er overført fra drift og Eiendom og Avdeling for klinisk støtte. Avdelingene skal jobbe tett sammen om oppgaveporteføljen og utarbeide rutiner for gjennomføring av arbeidsoppgaver der det er mest hensiktsmessig.

Administrativt vedtatte tiltak og tiltak til administrativ vurdering:

- Arbeide videre med plan for felles henvisningsmottak
- Overføre alt merkantilt personell i somatisk tjeneste ila 2017
- Utarbeide felles rutine for utlevering av pasientdokumentasjon til eksterne instanser. Eks NPE saker, journalutskrift forsikringsselskap mm.

10. Personell, bemanning og rekruttering

Rekruttering

Det ble i 2016 besluttet å tilsette HR- rådgivere ved sykehusene i Lofoten og i Vesterålen. Disse knyttes organisatorisk til HR- sjefen og det påregnes at begge medarbeiderne vil være på plass over sommeren 2017.

Nordlandssykehusets rekrutteringsstrategi 2016-2020 ble ferdigstilt og vedtatt av styret i 2016. Denne anses som en delstrategi til en fremtidig strategisk kompetanseplan. I tillegg kartlegges rekrutteringsbehov som til enhver tid foreligger i foretaket, og HR-avdelingen ved Seksjon for kunnskapsbygging og rekruttering bistår klinikkene der det fremsettes behov for det.

Administrativt vedtatte tiltak:

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.

Mobilisering av personell – redusere sykefravær

Generelt:

Nordlandssykehuset har ikke nådd målsettingen om å ha et sykefravær på 7,5 % eller mindre. HR-avdelingen v/HMS-seksjonen vil bistå enheter og avdelinger med høyt sykefravær og starter opp med særlig fokus på enheter/avdelinger med flere enn 10 ansatte og et sykefravær høyere enn 10 %. Arbeidsmiljøkonferanse, for å motivere og inspirere og gi økt fokus på og kunnskap om arbeidsmiljøarbeidet, skal gjennomføres 25. oktober 2017.

Økt fokus på forebygging av vold og trusler om vold på arbeidsplassen. Her skal omfanget kartlegges og planer for beredskap og forebygging utarbeides.

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 er under renovering og bygges ut før byggeprosjektet Sentrum skal stå ferdig i 2019/2020. Det er 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)
- Gjennomføre ukentlig samhandlingsmøter og vernerunder
- Gjennomfører PSI-kurs for alle håndverkere som skal inn i sykehuset (med fokus på krav til hygiene, smittevern og taushetsplikt mm).

Lederutvikling og rekruttering

Lederopplæring og lederutvikling i Nordlandssykehuset HF skal basere seg på en langsiktig strategisk tenkning. Tiltak og programmer skal tilrettelegge for rekruttering av ledere (ledermobilisering), for introduksjon av ledere slik at ledere får god start på sin lederjobb (introduksjonsprogram), ivaretagelse av nye ledere (lederopplæring), og sist men ikke minst utvikle eksisterende ledere i den retning NLSH ønsker (lederutvikling). Bevisste og planlagte lederskifter og det å gå ut av lederstilling (avgang) skal også være en del av vår strategiske tenkning.

Nordlandssykehuset HF utviklet i 2016 en verktøykasse for lederrekruttering og utvikling. Denne har ulike kurs for ulike målgrupper.

11. Pasientsikkerhet

Nordlandssykehuset har siden høsten 2010 hatt et sterkt fokus på systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Kartlegging av pasientskader ved GTT-metoden var blant de første tiltakene som ble iverksatt, og resultatene viser så langt en reduksjon over pasientskader de 7 årene arbeidet har pågått. Erfaringene man har opparbeidet seg har ført til at Nordlandssykehuset har vært en sentral aktør i utviklingen av ny GTT-portal i 2016 og videre spredning i regionen.

Skader og komplikasjoner vil ramme pasienter i Nordlandssykehuset. Svært ofte fører det til en personlig påkjenning for alle involverte, både pasienter, pårørende og helsepersonell. Foretaket må ha systemer på plass for å håndtere slik at hendelsene inngår som en kilde til læring. I 2016 piloterte derfor Nordlandssykehuset «Hendelsesanalyse», etter metode fra Sverige. Piloten ga nyttig kjennskap til hvordan metoden kan brukes til læring av hendelser i foretaket, og det vil jobbes videre for å integrere dette arbeidet i eksisterende strukturer for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Nordlandssykehuset står også i spissen for opplæring av metoden nasjonalt, og skal lede et regionalt nettverk.

Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er tatt i bruk ved alle relevante enheter. I hvilken grad man bruker målinger aktivt til forbedringsarbeid er varierende, men fokuset på systematisk pasientsikkerhetsarbeid i klinikkene er økende. Flere enheter har også pågående kvalitets- og pasientsikkerhetsprosjekter utover programmets tiltakspakker.

Kunnskap om forbedringsarbeid har inntil nylig ikke inngått i helsepersonells grunnutdanning, og kurs i kvalitetsforbedring har vært prosjektbasert for noen utvalgte medarbeidere. Dersom Nordlandssykehuset skal bli en lærende organisasjon der pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en del av hverdagen må opplæringen settes i system i hele organisasjonen. Det hjelper imidlertid ikke å vite hvor skoen trykker, hvis man ikke kjenner til hvordan man kan gjøre noe med det. Man trenger et felles språk og gode verktøy for å forbedre tjenestene på en måte som er virksom, effektiv og legger til rette for at gode løsninger kan spres over faglige og organisatoriske grenser.

Administrative vedtatte tiltak:

- Hendelsesanalyse integreres i eksisterende strukturer for kvalitet- og pasientsikkerhet
- Foretaket deltar i arbeidet med å lage en regional kvalitetsforbedringsutdanning

12. Brukermedvirkning og Samhandling

Brukermedvirkningen

Nordlandssykehuset HF har et brukerutvalg oppnevnt av Styret, og med 2 års valgperiode. Utvalget består av 9 medlemmer som er 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 hadde i 2016 8 møter og behandlet 102 saker.

Klinikkene og stabene som utfører ulike prosjekt/utredninger hvor brukerrepresentasjon er viktig, henvender seg til brukerutvalget som deretter oppnevner representanter. Ansatte i helseforetaket kan ikke være brukerrepresentant.

Styresaker med interesse for brukerne, behandles i brukerutvalget før styrebehandling.

Administrativt vedtatte tiltak:

- I forbindelse med planarbeidet som følge av Nasjonal Helse og Sykehusplan må god brukermedvirkning sikres i alle ledd og utredninger.
- Oppdragsdokument 2017 forutsetter etablering av eget Ungdomsråd. Dette er under etablering med første møte 19.06.17.

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 kjerneområdet.
Det er inngått 13 tjenesteavtaler med hver av disse kommunene.

Foretaket har egen samhandlingsavdeling som ivaretar det administrative samhandlingsarbeidet. Samhandlingsavdelingen følger også opp meldte samhandlingsavvik.

Det er etablert et overordnet samarbeidsorgan (OSO) med 7 representanter fra hver av partene.
Det avvikles 5-6 møter pr år.

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 har 2 heltidsstillinger samt deltidsstillinger (3 x 20 %) for praksiskonsulenter og 20 % for praksissykepleier i Vesterålen. Avdelingen har regelmessige møter med kommunene og fast avvikles det 2 årlige erfaringsmøter for alle kommunene. Avdelingen avvikler ulike kurs og fagdager for kommunalt og eget personell.

Elektronisk samhandling via PLO og andre meldesystemer utvikles.

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

Internkontroll og internrevisjons aktivitet.

Nordlandssykehuset HF har bygget opp sin styring av foretaket etter forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Denne ble fra 01.01.2017 erstattet av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften er bygget opp etter prinsippene fra Demings sirkel der elementene planlegge, utføre, kontrollere og korrigere/forbedre er bærende i oppbyggingen. Avdeling for kvalitet, internkontroll og prosessstøtte (KIP) har revidert RL2341 Internkontrollsystemet i NLSH og vil sørge for at foretakets retningslinjer for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er i tråd med den nye forskriften. Revisjonen av prosedyren viser så langt at det er noen punkter i den nye forskriften som vi i dag ikke dekker godt nok opp. Der vi har mangler eller der vi ikke dekker godt nok er det satt i gang et arbeid for å tilfredsstille forskriftskrav (oversikt på kompetanse og systematisk kontinuerlig forbedring).

Utkast til ny retningslinje for ledelse og kvalitetsforbedring er sendt ut til høring i foretaket og vi forventer at den innen 15.06.2017 vil være godkjent. Når den nye retningslinjen er godkjent vil vi sørge for at den gjøres kjent for alle ansatte i foretaket.

Alle enkeltelementene i et internkontrollsystem er hver for seg betydningsfulle, 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 et meget godt virkemiddel for oppfølging av om helhet i kontrollsystemet er ivarettatt 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.

Det legges ned et betydelig revisjonsarbeid i foretaket og i 2016 ble det totalt gjennomført 67 internrevisjoner. Det er krevende å kunne opprettholde dette omfanget. Vi har etter hvert fått mange dyktige kollegaer som legger ned en solid instans for at dette kan gjennomføres. KIP gjennomfører mange revisjoner selv, i tillegg bidrar vi med kompetanse og bistand til klinikkene og stabene.

KIP har i 2016 hatt stor fokus på bidra til å øke kvaliteten på revisjonsrapportene. Dette er gjort gjennom endring og forbedring av rapportmalen og tydeliggjøre hva en rapport skal inneholde. I utgangspunktet så er de revisjonene vi gjør internt ikke offentlige, men ved de aller fleste tilsyn/eksterne revisjoner blir vi bedt om å sende over internrevisjonsrapporter dersom det er utført for revidert område.

På bakgrunn av dette og en kontinuerlig forbedringsprosess har vi gjort noen endringer i forhold praktisk gjennomføring av selve revisjonene. Tidligere var det større fokus på å ha klar en foreløpig rapport til sluttmøtet. Vi registrerte imidlertid da at kvaliteten på rapportene i enkelte tilfeller ble for dårlig. Det ble derfor tatt grep og endret slik at det i dag kun skal legges frem en oppsummering av funn på sluttmøtet, så skrives rapporten i etterkant. Målet med endring i rapportmalen og tidspunkt for når rapporten skal skrives er å heve kvaliteten på sluttrapporten.

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.

Arbeidet med internrevisjon i foretaket er solid fundamentert og de aller fleste av klinikkene og stabene har på plass og følger de planer som er lagt. Vi ser derimot at det er noen få som henger litt etter og ikke bruker dette systematisk i sitt kvalitetsarbeid. KIP vil bistå og følge dem opp slik at de får på plass planer i henhold til krav og sist men ikke minst gjennomfører det som er planlagt.

Eksterne tilsyn og revisjoner i foretaket

KIP har ansvaret for at alle eksterne tilsyn og revisjoner som blir varslet til foretaket blir håndtert korrekt. Det innebærer at KIP da må peke ut kontaktpersoner for de ulike tilsyn og revisjoner som skal gjennomføres i foretaket. Utnevnelsen av kontaktpersoner gjøres i nært samarbeid med foretaksledelse og ledere for klinikk/fagområde som revideres. Større tilsyn/revisjoner som ofte involverer flere klinikker fasiliteters i all hovedsak av KIP og HR. Dersom tilsynet/revisjonen er avgrenset til en klinikk/stab eller et bestemte og avgrenset fagområde så vil det oftest fasiliteters av den klinikken/staben som er omfattet av tilsyn/revisjon.

Omfang og størrelse på de ulike eksterne tilsyn og revisjonene varierer men felles er at det er ressurskrevende. De involverer mange ansatte på ulike måter fra vi får varsel om tilsyn/revisjon til at de er lukket og styret er informert.

Kompetanseheving

Opplæring av ansatte i forhold til det kunne melde forbedringer og avvik, saksbehandle dem og i tillegg lukke dem på en forsvarlig måte er en kontinuerlig prosess. Det er nå ca. 4 år siden vi hadde en gjennomgang med alle ansatte i forhold til endringen i meldeordningen som trådte i kraft i juli 2012. I den travle hverdagen våre ansatte står i er det viktig at de kjapt og enkelt kan melde forbedringer og avvik.

KIP ser behov for å kjøre en ny runde med kompetansebygging for følgende områder:

- Bidra til at avvik og forbedringer blir meldt og riktig flyt i avvikssystemet.

- Pasienthendelser
- Avvik i egen og andre avdeling
- ISO 14001 Ytre Miljø/Miljøavvik
- Informasjonssikkerhet

For å få dette til vil det i løpet av våren 2017 bli laget et forslag til et mini-seminar (ca. 3 timer) der de skisserte fagområdene vil inngå. Utkastet til plan vil bli lagt frem for ledergruppen og dersom det er enighet for at dette skal gjennomføres vil dette bli iverksatt høsten 2017.

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 2 målområder for risikostyring i foretakene i 2016 (Styresak 141-2015):

Helse Nords mål 1 for 2016

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 %

Måloppnåelse i forhold til krav:

Delmål 1:

Nordlandssykehuset HF nådde styringskravet ved utgangen av desember 2016, og hadde da gjennomsnittlig ventetid for avviklede på 62 dager.

Delmål 2:

Nordlandssykehuset HF nådde ikke styringskravet om ingen fristbrudd i 2016. Vi oppnådde en betydelig reduksjon fram til oktober/november 2016 hvor kapasiteten spesielt i medisinsk klinikk ble redusert pga uttak av leger i streik.

Delmål 3:

Andel kreftpasienter i definert pakkeforløp var 68% samlet for Nordlandssykehuset HF, men vi vil arbeide for å oppnå styringskravet i 2017.

Delmål 4 til 6 ser nærmere på variasjon. Helse Nord RHF skulle komme tilbake med en spesifisering av hvilke indikatorer og fagområder som er relevante innen utgangen av mars 2016. Denne spesifiseringen har vi ikke fått.

Delmål 7:

Spredningsplanen for innsatsområdene er under revisjon, noe som i løpet av 2017 vil kunne føre til endringer i hvilke enheter som skal innføre hvilke innsatsområder. Generelt jobbes det systematisk med tiltak på hvert innsatsområde, og alle relevante enheter jobber på ulikt nivå med sine tiltakspakker. Det er fremdeles praktiske utfordringer knyttet til implementering av enkelte tiltak, som f.eks. legemiddelgjennomgang for alle pasienter med fallrisiko. Generelt jobbes det systematisk med tiltak på hvert innsatsområde, og alle relevante enheter jobber på ulikt nivå med sine tiltakspakker. Status for innføring av tiltakspakkene følges opp av styret gjennom dashbordet som legges fram to ganger årlig. I forkant av dette gjennomføres en kartlegging av status i alle enheter som omfattes av spredningsplanen for innsatsområdene. Aktuelle utfordringer og fokusområder rapporteres i månedlig virksomhetsrapport.

Delmål 8:

Andel kreftpakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid var 67% og således under styringskravet. Vi vil nå fokusere på de forløpene med lavest gjennomføringsgrad innen standard forløpstid for å finne flaskehalsen.

Delmål

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Måloppnåelse i forhold til krav:

Delmål 1:

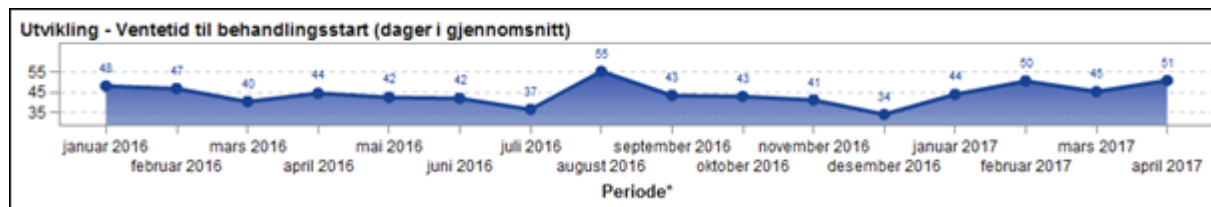
I Nordlandssykehuset HF har kostnadsutviklingen gjennom de siste årene vært noe lavere innenfor psykisk helse og rus enn for somatikk, med et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Dette er en direkte følge av effektene av den regionale inntektsfordelingsmodellen for psykiatri og rus, der finansieringen skal følge pasienten. Finansiering som følger pasientene medfører at endring i forhold til behandlingssted flytter budsjettmidler mellom foretakene i Helse Nord. Dersom kostnadsutviklingen i Nordlandssykehuset HF justeres i forhold til reduksjon i foretakets andel av den regionale inntektsfordelingen fra RHF, har det isolert sett vært kostnadsvekst.

Delmål 2:

Antall og andel tvangsinnleggelses (§ 3-2 og 3-3, § 3-5-1) pr 1000 voksne innbyggere i opptaksområdet, fra 295 innleggelses (2,73 %) i 2015 til 279 (2,54 %) i 2016.

Delmål 3:

Klinikken arbeider med økning av antallet årsverk i DPSene, men på kort sikt vurderes det utfordrende å få rekruttert spesialister til dette området. På lengre sikt forventes rekrutteringssituasjonen å bli bedre, da tilgangen på LIS pr i dag er god.



Ventetidene for pasienter i psykisk helse og rus klinikken er på nivå med 1. tertial 2016, og er godt innenfor kravet om 60 dager.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helse er noe redusert fra 2016, mens det innenfor rus har vært en vekst på hele 41 %. Aktiviteten forventes å øke ut over høsten, slik at samlet aktivitet for 2017 antas å ligge på nivå med 2016 og ihht plan

Delmål:

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

Måloppnåelse i forhold til krav:

Delmål 1 og 2:

Vi har ikke lyktes å unngå sykehuspåførte infeksjoner i 2016, men jobber med NOIS registreringer for å følge egen insidens og prevalens innen sykehusassosierte infeksjoner. Ved siste publiserte prevalensmåling var andel pasienter med helsetjenesteassosiert infeksjon i foretaket 1,5 %.

Delmål 3:

Vi lykkes ikke med å oppnå kravet om ingen korridorpasienter, og tror for somatikk Bodø vil det sannsynligvis være et vedvarende problem fram til renovering av AB fløya er ferdigstilt.

Helse Nord's mål 2

Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

Delmål:

- Et sykefravær under 7,5 % for 2016

Måloppnåelse i forhold til krav:

Arbeidet med å redusere sykefraværet foregår på 3 nivå; det helsefremmende, det forebyggende og det reagerende arbeidet. Det går fortsatt med mye ressurser til det reagerende arbeidet, i form av oppfølging av sykmeldte. Dette er arbeid som ikke kan legges bort – når man først har fått sykmeldte. Dersom vi klarer å gjennomføre de gode tiltakene på det forebyggende og

helsefremmende området, har vi imidlertid tro på at det skal redusere behovet for oppfølgingsarbeid noe.

Nordlandssykehuset har tro på at systematisk og langsiktige arbeid innenfor HMS skal gi resultater i form av redusert sykefravær. For å sikre det spesifikke fokuset, ble det i 2015 utarbeidet strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2015-2018. I tillegg lages det årlige tiltaksplaner. Den strategiske planen har åtte satsingsområder:

1. Forankring, gode rutiner, samhandling og kompetansebygging.
2. God oversikt og analyse av sykefravær og årsaker til avgang.
3. Utvikle helsefremmende arbeidsplasser.
4. Forebygge helseplager, sykdom og skader gjennom godt systematisk HMS-arbeid.
5. Komme i forkant av sykemelding.
6. Seniorpolitikk.
7. God og tett oppfølging av sykemeldte.
8. Håndtere og forebygge konflikter og brudd på AML.

Det er i de årlige tiltaksplanene utarbeidet tiltak for alle satsingsområdene. For 2017 videreføres de fleste tiltakene fra tidligere planer. I tillegg kommer noen nye.

Nye tiltak i IA-tiltaksplan for 2017 er:

- Oppfølging av **Medarbeiderundersøkelse** gjennomført nov 2016. Rapportering på tiltak fra klinikkene skal forelegges AMU i juni 2017.
- **Arbeidsmiljøkonferanse** for å motivere og inspirere og gi øket fokus på og kunnskap om arbeidsmiljøarbeidet, skal gjennomføres 25. oktober 2017
- **Nærværprosjekt** med målsetting om øket nærvær og redusert sykefravær startes opp i Prehospital klinikk. Det er utarbeidet egen styresak om dette prosjektet.
- Øket fokus på **vold og trusler** mot ansatte og pasienter. Her skal omfanget kartlegges og planer for beredskap og forebygging skal utarbeides. Systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser skal sikres. Egen sak for dette ble behandlet i AMU og april 2017. I Psykisk Helse og Rusklinikken er det blant annet satt av midler til å utdanne flere TERMA-instruktører.

Resultater

Sykefravær per klinikk/stabsavdeling; sum for perioden april 2016-mars 2017

Klinikk ▲	Sum % sykefravær	Sykeda ger	Gjsnit aktive ansatte	Mulige dagsverk	Syk 1-16 dager	% syk 1-16 dager	Syk over 16 dager	% syk over 16 dager	Egenm eldte dager
AFFP	7,0 %	476	30	6 764	51	0,8 %	426	6,3 %	41
AKUM	8,6 %	5 209	270	60 760	1 564	2,6 %	3 645	6,0 %	966
Andre	5,8 %	283	21	4 878	95	1,9 %	188	3,9 %	43
DIAG	8,5 %	5 453	281	63 902	1 634	2,6 %	3 819	6,0 %	1 037
DTEK	10,9 %	4 571	184	42 020	892	2,1 %	3 679	8,8 %	545
HBEV	7,4 %	3 984	234	53 882	1 215	2,3 %	2 769	5,1 %	816
HR	7,5 %	1 065	60	14 195	271	1,9 %	794	5,6 %	175
IBYGG	11,9 %	266	9	2 231	88	4,0 %	177	7,9 %	44
KBARN	6,5 %	2 920	198	44 801	912	2,0 %	2 008	4,5 %	527
KIP	7,0 %	312	20	4 479	52	1,2 %	260	5,8 %	44
KIROT	7,0 %	4 055	257	58 168	1 147	2,0 %	2 908	5,0 %	703
MED	8,2 %	8 663	474	105 548	2 387	2,3 %	6 276	5,9 %	1 491
ØKON	9,5 %	1 830	84	19 298	578	3,0 %	1 252	6,5 %	369
PHR	9,2 %	14 614	698	158 108	4 228	2,7 %	10 387	6,6 %	2 658
PREH	12,7 %	7 231	250	57 077	1 322	2,3 %	5 909	10,4 %	668
Sum	8,8 %	60 930	3 070	696 111	16 435	2,4 %	44 495	6,4 %	10 128

Som det framgår av tabellen over, så er sykefraværet varierende i de ulike klinikkene, sentrene og stabsavdelingene. Kirurgisk Ortopedisk klinikk, Hode og Bevegelse klinikken, Kvinne Barn klinikken og avdelingene AFFP, Andre, HR og KIP ligger alle på eller under 7,5 % fravær. Akuttmedisinsk klinikk, Diagnostisk klinikk og Medisinsk klinikk ligger ca. ett prosentpoeng over måltallet.

Prehospital klinikk er fortsatt den klinikken som har det høyeste fraværet, og det er derfor naturlig at det nye nærværprosjektet startes opp der.

Informasjonssikkerhet

Helse Nord RHF fremmet en bestilling i november 2015 på gjennomføring av risikovurderingen innenfor informasjonssikkerhet. Arbeidet med risikoanalysene har blitt utført løpende siden bestillingen ble fremmet. I 2016 er det gjennomført risikovurderinger av de største journalsystemene i foretaket samt røntgen -og laboratoriesystemene.

Det skal i 2017 fortsatt gjennomføres risikovurderinger på Medisinsk utstyr samt de mindre systemene. 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:

- Fortsette arbeidet med risikoanalyser med MTU og de mindre system og registre.

Ytre miljø.

Nordlandssykehuset HF ble i Januar 2016 (uke 4) resertifisert av NEMKO etter NS-EN ISO14001:2004.

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 og tiltak og sertifikat ble videreført.

Nordlandssykehuset viderefører arbeidet vedrørende «ytre Miljø» i 2017 fram mot ny resertifisering i forhold til oppdatert standard ISO14001:2015 i april 2017. I løpet av 2016 ble det i Helse Nord regi gjennomført en anbudsprosess i forhold til framtidig sertifisering. Fra 2017 vil resertifisering bli ivaretatt av DNV-GL

Administrativt vedtatt tiltak:

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

14. IKT og e-helse

Lokal og regional systemforvaltning

Den lokale systemforvaltningsrolle har vært i endring gjennom Harmonisering, optimalisering og sammenslåing av DIPS (HOS)/Felles innføring kliniske systemer (FIKS) prosjektet og etablering av regionale forvaltningssentre for elektronisk pasientjournal (EPJ), Radiologi- og Laboratoriesystemer (2017). Vi er involvert i mange saker som meldes til Helse Nord IKT eller at det meldes saker og endringsønsker direkte til oss som tas med Helse Nord IKT eller med forvaltningssentrene. Det gjennomføres løpende (ukentlig, hver 14. dag og månedlig) drifts og leverandørmøter med forvaltningssentrene og med ulike avdelinger i Helse Nord IKT. I dette ivaretas også bestillerrollen.

Helse Nord IKT er etablert som eget helseforetak. Det gjøres en gjennomgang og økt profesjonalisering av det eksisterende avtaleverket mellom foretaket og HN IKT.

FIKS programmet representerer en vesentlig utfordring både for 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. 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.

Problemstillinger:

- Det endrede leverandør grensesnitt, ved at funksjonell forvaltning som tidligere for NLSH HF var ivaretatt av HN IKT framover vil bli ivaretatt av Universitetssykehuset (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 Helse Nord IKT i dag på om lag 180 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:

- Sikre gode oppfølging, møteplasser og rapportering på tjenesteleveranser, framdrift og økonomi fra samarbeidspartnere og leverandører.
- Søke å begrense den samlede kostnadsøkning for de totale regionale forvaltningsoppgaver til nødvendige minimum, samt å få tydeliggjort skillet mellom en regional serviceorganisasjon for funksjonell systemforvaltning og sikre de regionale organer som skal treffe beslutninger for regionale oppsett og arbeidsprosesser.
- Ivareta, videreutvikle og forsterke den kompetanse som foretaket i dag har i KIP.

Bortfall av kliniske systemer

Det har vært gjennomført lokal katastrofeøvelse med scenario bortfall av DIPS ved sengepost, og en regional katastrofeøvelse med bortfall av dataoverføring Tromsø-Bodø. Begge øvelsene viste tidskritisk sårbarhet i forhold til tilgang til pasientinformasjon etablert før katastrofe situasjonen. Øvelsene viste behov for på en tydeligere og mer forpliktende regulering av 'på hvilket vis og innen hvilke tidsintervaller Nordlandssykehuset skal kunne få reetablert lokal tilgang til lagrede kliniske data' ved bortfall av regionale datasenter eller regional infrastruktur.

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 Helse Nord IKT.

Tiltak for området har vært etterspurt fra Helse Nord IKT og Helse Nord RHF, men i avvente på prosjekt for helhetlig informasjonssikkerhet har arbeidet med å sikre dagens fallbackløsninger ikke blitt gjennomført.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Foretaket skal søke å oppnå en tydeligere og mer forpliktende regulering med Helse Nord 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.
- Formalisere krav overfor leverandør for tiltak for bedre informasjonssikkerhet og reserveløsninger ved bortfall av IKT infrastruktur.

Systemopplæring og e-læring

Avdelingen har etablert opplæringskoordinator for Nordlandssykehuset og har ansvaret for forvaltning, vedlikehold og utvikling av e-læring og hjelpfunksjoner. Det er utarbeidet en opplæringsstrategi for det arbeidet avdelingen gjør for koordinering, planlegging og oppfølging av systemopplæring på kliniske og administrative systemer.

Det samarbeides tett med de regionale forvaltninger gjennom HOS og FSE (Funksjonell forvaltning for EPJ) med løpende regionale opplæringsmøter hver 14. dag. I tillegg til e-læring gjennomføres holdes kurs i DIPS for spesifikke områder.

Campus kan levere rapporter på hvem som har påbegynt og/eller fullført e-læringskurs for alle DIPS ASA kurs og HOS e-læringskurs. Klinikken følger opp dette selv.

Avdelingen har et regionalt ansvar for e-læring med et regionalt e-læringsnettverk for Helse Nord og gjør løpende support og opplæring. Det er en stor utvikling i bruk av e-læring med 20 000 gjennomførte kurs 2015 mens det er økt til 50 000 gjennomførte kurs i 2016. Det er også utviklet 7 nye regionale kurs. Vår regionale ansvarlige representerer Helse Nord i nasjonalt e-læringsnettverk og LRS (Learning Record Store).

Elektronisk samhandling

Avdelingen bidrar til å sørge for at våre løsninger for samhandling med kommuner fungerer godt og effektivt for sikre pasientforløp gjennom PLO forvaltning (DIPS), overvåking arbeidsflyt, testing og bruker støtte samt oppfølging saker med Helse Nord IKT.

Arbeidet innebærer også bidrag i samarbeidsnettverk med kommuner med utfordringer der. Og det gis faglige innlegg om Pleie- og omsorgs- (PLO-) meldinger og samhandlingsteknologi (muligheter og begrensninger) internt i sykehuset og eksternt mot kommunene på fagdager/kursdager.

Det er utviklet opplæringsmaterieell for tjenestebasert adressering, deltatt i regionalt nettverk og med regional informasjon i intranettet for å styrke kvaliteten på PLO-meldingene. Samhandlingsansvarlig i avdelingen gir opplæring kontinuerlig ute i klinikkene/sengeposter. Dette er etterspørselsbasert, og det gis ca. ett kurs per dag.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Delta i Nasjonalt nettverk for teknologiutvikling i samhandling gjennom KOMUT (arvtaker til FUNKe)
- Oppstart av prosjekt for Dialogmeldinger med fastleger (2017)

Prosjekter

Avdelingen har kjørt flere prosjekter med stor deltakelse fra foretaket, samt bidratt tungt i regionale prosjekter og styringsgrupper. Fokus for 2016 for våre prosjekter på Nordlandssykehuset har vært:

- Talegjenkjenning med Max Manus, innføring og utrulling. Avtale HN IKT og Max Manus.
- Kjernejournal
- eResept

Avdelingen har bidratt med faglig tyngde i det regionale prosjektet for Elektronisk medikasjon og kurve med konfigurering og utvikling av løsningen. Det er en viktig erfaring å ha med inn i implementeringsprosjektet som startes opp høsten 2017 for Nordlandssykehuset.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Oppstart av innføringsprosjekt for Elektronisk medikasjon og kurve ved Nordlandssykehuset.

15. Forskning

Forskningen ved Nordlandssykehuset er organisert i Seksjon for forskning i Avdeling for forskning og pasientsikkerhet. Forskningslaboratoriet ved Nordlandssykehuset HF er organisatorisk underlagt nevnte seksjon.

Ved årsskiftet 2014/2015 fikk Nordlandssykehuset introdusert et nytt prosedyreverk for ivaretagelse av Helseforskningsloven og annet relevant lovverk. Prosedyrene sikrer faste rutiner rundt alle aspekter ved forskningsprosjekter og dets ulike faser (oppstart, drift og avslutning). Dette inkluderer også økonomiske forhold og oppgaver/ansvar knyttet til foretakets linjestyring. I 2015 startet også arbeidet med å få på plass et system for sikker datalagring som tilfredsstillende myndighetskravene. En egen server med tilgangsstyring for prosjekter som behandler sensitiv informasjon kom på plass våren 2016. Forskningen ved Nordlandssykehuset HF skal nå være i henhold til gjeldende lovverk og myndighetskrav. For å sikre at det ikke er huller i systemet, ble det i mai/juni 2016 gjennomført internrevisjon av tre forskningsprosjekter i ulike faser (oppstart, gjennomføring og avslutning). Sluttrapportene fra disse revisjonene viste at man ikke hadde noen avvik. Våren 2016 ble også retningslinjer og prosedyrer for innovasjonsprosjekter innført. I denne sammenheng er det snakk om forskningsbasert innovasjon hvor foretaket kan ha kommersielle interesser.

Selv om antallet publikasjoner gikk noe ned i 2016 sammenlignet med 2015 (fra 83 til 76), kan foretaket over flere år vise til jevn vekst med et stadig økende antall publikasjoner, økning i antall forskningspoeng, flere ansatte med ph.d. og flere ansatte i ph.d.-løp. Det har parallelt med dette blitt jobbet med å synliggjøre forskningsaktiviteten i foretaket, blant annet gjennom styresaker, årsrapporter, populærvitenskapelige arrangementer (herunder de årlige Forskningsdagene) og oppfølging av samarbeidspartnere. Spesielt har man vektlagt et bedre og tettere samarbeid med Nord universitet.

Til tross for den positive utviklingen er det viktig å merke seg at forskning i foretaket er underfinansiert i forhold til økningen i forskningsproduksjonen målt i forskningspoeng. Samtidig kom foretaket svært dårlig ut av den regionale tildelingen av forskningsmidler høsten 2016. Samlet utgjør de økonomiske rammevilkårene for forskning en viktig utfordring med tanke på den videre veksten innen forskning man har ambisjoner om og som er nedfelt i foretakets forskningsstrategi for perioden 2015-2025.

Administrativt vedtatt tiltak:

- Finne ut av hvorvidt Nordlandssykehuset får riktig betaling for forskningsproduksjonen.
- Sørge for at foretakets kommer bedre ut av den årlige utlysningen fra Helse Nord RHF (flere søknader som holder høyere kvalitet)

16. Bygg og infrastruktur

Senter for Drift og eiendom driver en forsvarlig virksomhet, men ikke uten forbedringsområder. Det er svært få anmerkninger eller avvik i forbindelse med interne og eksterne gjennomganger, og organisasjonen har god evne til å lukke disse.

Det arbeides fortsatt godt med brann og beredskap for bortfall av kritisk infrastruktur og øvrig planverk, både innad i Drift og Eiendom og på vegne av foretaket, og dette arbeidet har løftet Nordlandssykehuset. Dette bekreftes av etterspørsel fra andre foretak hvor de ønsker oversendt både rutiner og innsikt i metode.

Utbygging av Bodø, og gjennomførte nybygg i Vesterålen, med innføring av nytt utstyr henter inn store deler av vedlikeholdsetterslepet selv om det er et omfattende behov i øvrig bygningsmasse. Man kunne ønske en noe bedre tilgang på vedlikeholdsressurser for å oppnå et preventiv og planbasert vedlikehold fremfor «havaribasert». Imidlertid går den ordinære driften godt, med høy oppetid på tross av omfattende påvirkning fra utbyggingsaktiviteten. Et positivt tiltak innenfor eksisterende bygningsmasse er nye fasader og vinduer i Lofoten som ikke minst bedrer inn klima og bygningskropp, men også det visuelle inntrykk i omgivelsene.

Det er noe høyere forventninger til respons og leveranser i klinisk virksomhet enn Drift og eiendom klarer å svare opp med de ressurser de er gitt, men dette er ikke forhold som vi oppfatter er virksomhetskritiske. Slike løfter umiddelbart for avklaring knyttet til ressurs og gjennomføring.

17. Økonomi og rapportering

Plan for håndtering av foretakets bærekraftsutfordring er redegjort for i styresak 111-2016 Budsjett 2017 og i styresak 019-2017 Rullering av plan for drift og investering 2018-2025 inkl oppdatert bærekraftsanalyse.

Nordlandssykehusets økonomiske utfordring er i all hovedsak knyttet til kapitalkostnadene som følge av 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 %). Kravet til omstilling i årene fremover vil være økende, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet. Det har vært en sentral forutsetning for gjennomføring av byggeprosjektene i Bodø og Vesterålen at nye bygg, i tillegg til nødvendig oppgradering av arealer og utstyr til pasientbehandling, skal bidra til bedre ressursutnyttelse både når det gjelder personell og utstyr. Dette vil være særlig utfordrende i de årene utbyggingen pågår. Som kjent står Nordlandssykehuset nå foran tre år med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette vil kapasiteten i høyblokka være halvert i byggeperioden.

Klinikker og staber har gjennom de siste årene arbeidet kontinuerlig med omstilling og effektivisering. I perioden 2010-2016 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 budsjettoppdraget for 2017 ble det opprinnelig lagt til grunn forutsetning om ytterligere effektivisering med 117 mill kr. Denne er senere redusert til 90 mill kr, da inngangsfarten i 2017 ble lavere enn antatt.

Tiltakene for budsjett 2017 ble ved inngangen av året vurdert som realiserbare ut fra risikovurderingene som har vært gjort underveis. Eventuell usikkerhet mht realisering av gevinst ved enkelte tiltak var i størst grad knyttet til behovet for lederstøtte/oppfølgingsstøtte i realiseringen, og ikke uttrykk for sannsynlighet for realisering. Tiltak i «gul» og «rød» sone har vært fulgt opp gjennom ytterligere konkretisering og utarbeidelse/oppfølging av klinikkvise handlingsplaner med milepæler. Statusoppdatering pr utgangen av april viste at fremdriften innenfor enkelte klinikker er forsinket, og estimert effekt av vedtatte tiltak er justert til 71 mill kr, det vil si 19 mill kr lavere enn justert omstillingsutfordring for 2017. Det er særlig tiltaksgjennomføringen innenfor medisinsk klinikk og prehospital klinikk som ligger bak plan. Videre gjenstår fortsatt arbeid knyttet til flere gjennomgående tiltak som forventes å gi effekt på tvers av klinikkene, men som må implementeres over tid. De gjennomgående tiltakene omfatter blant annet tiltak knyttet til effektivisering av pasientlogistikk internt og mellom sykehus, tiltak for reduksjon i fristbrudd, gjestepasientkostnader og pasientreiser, aktivitetsstyrt ressursplanlegging, tiltak for bedring av kodekvalitet/økte inntekter og sykefraværstiltak.

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.

Parallelt med omstillingsarbeidet i foretaket avventes prosess knyttet til revisjon av inntektsfordelingsmodell somatikk i Helse Nord. Nordlandssykehuset sendte i mars, etter invitasjon fra det regionale helseforetaket, sine innspill til justering av inntektsmodellen. Det er flere forhold særlig knyttet til kostnadskomponenten i modellen Nordlandssykehuset mener må endres for at modellen skal oppfylle intensjonen om «likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge». Dette omfatter korreksjon av feil i reisetid for beregning av kostnadsulempe i kostnadskomponenten, mangler/urimeligheter ved vekting av kostnadsulempene «forskning» og «langtidsliggedager» i kostnadskomponenten, feil/mangler ved finansiering av høyspesialiserte funksjoner i kostnadskomponenten (herunder ikke-finansierte sentralsykehusfunksjoner, underfinansierte regionale funksjoner og finansiering av utdanningsaktiviteter) og feil/mangler i prinsipp for betaling for gjestepasienter gjennom mobilitetskomponent. Korreksjon av identifiserte feil og mangler vil innebære økt finansiering av dagens aktiviteter i Nordlandssykehuset, og være et viktig bidrag i arbeidet med stabilisering av økonomien i den videre omstilling og modernisering av foretaket.

Administrativt vedtatte tiltak:

- Videreføre den tette oppfølgingen av klinikker og staber med å iverksette nødvendige tiltak for styrking av bærekraften i 2017 og årene fremover.
- Videreføre arbeidet med gjennomgående tiltak med langsiktig økonomisk effekt for foretaket.
- Delta i arbeidet med revisjon av inntektsfordelingsmodell somatikk og bidra til at feil og mangler i dagens modell korrigeres.

18. Utbyggingsprosjekt i Bodø

Fase 2 i byggetrinn 2 for Utbyggingsprosjektet ble ferdigstilt i 2016. Dette ved at den gamle H-N fløyen, som da var ferdig renoveret og påbygd en etasje, var ferdig innflyttet i september. Ombyggingen av H-N fløyen innebar også at hovedinngangen ble flyttet fra nordsiden av sykehusbyggene til sørsiden. Det er etablert en ny parkeringsplass ved den nye hovedinngangen og dette har bedret parkeringsforholdene for pasienter og besøkende. Endringene i trafikkmønsteret rundt sykehuset er imidlertid enda ikke fulgt opp med endring av busstraseen for de regionale bussene, noe som gjør at avstanden fra busstopp til hovedinngangen blir for stor. Men Bodø kommune arbeider med nødvendige endringer av busstraseen.

Planlagt oppstart av byggearbeidene for fase 3 i byggetrinn 2, som i hovedsak består av ombygging og påbygg for A-B fløyen, ble holdt igjen sommeren 2016. Dette fordi det da ikke forelå tilfredsstillende tilbud på de bygningsmessige arbeidene selv etter flere varianter av konkurranse for hovedentreprise/totalentreprise. For de tekniske fag (dvs rør, ventilasjon og elektro) forelå akseptable tilbud. Det måtte derfor gjennomføres en ny tilbudskonkurranse med en annen organisering av anbudspakkene for de bygningsmessige arbeider. I stedet for å prøve å få til en hovedentreprise ble disse arbeidene delt i 7 sidestilte fagentrepriser. Det ble sommeren 2016 avholdt tilbudskonkurranse for de største av disse fagentreprisene. Selv om de nye tilbudene var nærmere våre kalkyler ble det klart at markedssituasjonen gjorde at det var nødvendig å øke budsjettrammen for de gjenstående arbeidene. I desember 2016 økte styret i Helse Nord RHF investeringsrammen med 99 mill kr slik at den totale investeringsrammen for byggetrinn 2 er på 3 673,9 mill kr. Høsten 2016 ble de gjenstående arbeider for å klargjøre for utflytting av A-fløyen utført. Renoveringsarbeidene på A-fløyen kom i gang ved årsskiftet 2016/2017.

I 2016 ble den nye kontorfløyen (G-fløyen) tatt i bruk. I 1.etg er det lokaler for sykehusapoteket.

Ved gjennomføring av arbeidene i A-B fløyen vil bygningen bli delt ved et vertikalt skille ved trappeoppgangen. Renoveringsarbeidene pågår nå i A-fløyen mens det er full sykehusdrift i B-fløyen. Når A-fløyen er ferdig i mars 2018 gjøres nye rokader slik at byggearbeidene i B-fløyen gjennomføres med full sykehusdrift i A-fløyen. Disse arbeider regnes slutført i november 2019. Det ligger betydelige utfordringer i å bygge om lokaler så nært opp til sykehusdriften. Det vil være fare for betydelige ulemper for pasienter og ansatte som følge av støy og støv fra byggeaktiviteten og på grunn av varme- og ventilasjonsforholdene i ombyggingsfasen. Men dette håndteres slik at det samlede risikobilde er akseptabelt. Det gjøres ved sikker jobb analyser, varsling og nær dialog med brukerne, tett driftsmessig oppfølging og stor fokus på HMS-arbeidene.

Det er knyttet risiko til kostnadsbilde ved slutføringen av byggeprosjektet. Det er fremdeles muligheter for overraskelser ved ombyggingsarbeidene. Dessuten gjør hensynet til sykehusdriften at det kan oppstå større kostnader enn forventet. Vi mener at risikoen knyttet til økonomi ligger på et nivå som er akseptabelt, men det må utvises nøkternhet i valg av løsninger for de gitte oppgaver og ved håndtering av nye forhold som måtte oppstå.

Administrative vedtatte tiltak.

- Det er opprettet referansegruppe for direktøren for behandling av spesielle forhold knyttet til gjennom føringen av fase 3.
- Det er nå iverksatt spesielle tiltak for god informasjon og HMS-oppfølging for de ansatte som jobber nært opp til utbyggingsprosjektet. Det avholdes ukentlige samspilsmøter, og det jobber nå en egen HMS-rådgiver i prosjektet med fokus på de ansattes påkjenninger i forbindelse med byggeaktivitetene.

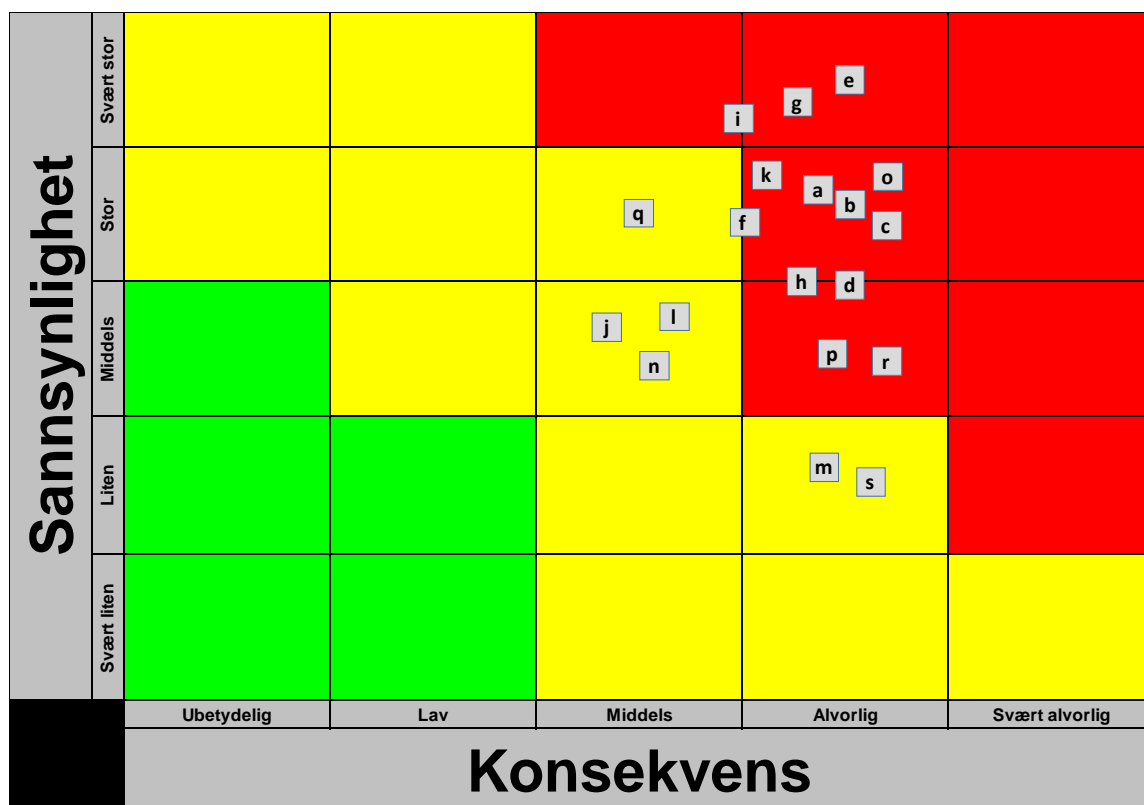
19. Risikovurderinger

Risiko 2017 – Risikofaktorer

Risikofaktorer før tiltak	Sans Før	Kons Før	Sans Etter	Kons Etter
Drift og organisering av kjernevirksomheten				
a. Redusering i antall døgnplasser tilgjengelig i det kirurgisk operative området	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
b. Mangelfull operativ aktivitet på grunn av utfordringer med tilstrekkelig anestesi	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
c. Mangelfull måloppnåelse for realisering av ambulanseplan	Stor	Alvorlig	Middels	Alvorlig
d. Mangelfull bemanning med erfarne leger i front i akuttmottaket	Stor/ middels	Alvorlig	Middels	Middels
e. Ikke ferdigstilt omorganiseringsprosess i medisinsk klinikk	Svært stor	Alvorlig	Liten	Alvorlig
f. Mangelfull måloppnåelse for døgnbasert rehabilitering i Vesterålen	Stor	Middels/ Alvorlig	Middels	Middels/ Alvorlig
g. Ikke modernisert maskinpark ved laboratoriet i Bodø	Svært stor	Alvorlig	Middels	Alvorlig
h. Mangelfull måloppnåelse for reduksjon i helsetjeneste assosierte infeksjoner	Stor/ middels	Alvorlig	Middels	Alvorlig
i. Mangler tidsriktige og bygg ved Rønvik, Bodø.	Svært stor	Middels/ alvorlig	Svært stor	Middels/ alvorlig
Personell, bemanning og rekruttering				
j. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å rekruttere spesialister innenfor de utvalgte områdene	Middels	Middels	Middels	Middels
k. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å utnytte ressursene effektivt	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
l. Nordlandssykehuset lykkes ikke med å stabilisere sykefraværet på under 7.5%	Middels	Middels	Middels	Middels
Pasientsikkerhet				
m. Videre satsning på kvalitet. Og pasientsikkerhetsarbeid stopper opp	Liten	Alvorlig	Svært liten	Alvorlig
Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og ytre miljø				
n. Internkontroller/revisjoner gjennomføres ikke i henhold til plan	Middels	Middels	Liten	Middels

Risikofaktorer før tiltak	Sans Før	Kons Før	Sans Etter	Kons Etter
IKT, teknologi og infrastruktur				
o. Mangelfull iverksetting av tiltak for bedre informasjonssikkerhet og reserveløsninger ved bortfall av IKT infrastruktur	Stor	Alvorlig	Middels	Middels
p. Manglende ressurser og kvalitet på drifts og tjenesteleveranser fra samarbeidspartnere og HN IKT.	Middels	Alvorlig	Middels	Middels
Forskning				
q. Forskning forblir underfinansiert i forhold til forskningsproduksjon.	Stor	Middels	Middels	Middels
Økonomi og rapportering				
r. Nødvendige tiltak for styrking av økonomisk bærekraft gjennomføres ikke	Middels	Alvorlig	Middels	Alvorlig
s. Arbeidet med ressursplanlegging (ARP) og produktivitetsforbedring videreføres ikke	Liten	Alvorlig	Liten	Middels

Risiko 2017 – Risikomatrise før tiltak



Risiko 2017 – 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.

