



Styresak 049-2018 Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2017

Saksbehandler: Paul Martin Strand, Beate Sørslett, Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen m.fl
Dato dok: 21.06.2018
Møtedato: 26.06.2018
Vår ref: 2011/1897

Vedlegg (t): Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at ledelsens gjennomgang er gjennomført i klinikkene og stabene samt de redegjørelser som er framlagt i denne saken.
2. Styret legger til grunn at forhold belyst i ledelsens gjennomgang både benyttes i oppfølging med de enkelte klinikker, stab og senter og tas med i videre arbeid med tiltak knyttet til strategisk utviklingsplan.

Direktørens vurdering:

Ledelsens gjennomgang skal legge grunnlag for at ledelseslinjen, og administrerende direktør ovenfor Nordlandssykehuset HF sitt styre, skal kunne konkludere hvorvidt foretaket drives forsvarlig i henhold til 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-juni 2018 hatt egne møter med alle klinikkssjefer, senterledere og ledere for de største stabene.

Direktørens gjennomgang med virksomhetslederne har belyst utfordringer som i varierende grad har betydning for foretakets måloppnåelse, kvalitet i tjenestene og pasientsikkerheten. Vedlagte rapport «Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket» beskriver flere av områdene/sektorene i kjernevirksomheten.

Det er Administrerende Direktørs vurdering at foretaket drives forsvarlig i henhold til lov og forskrift.

Særlige forhold fra driften:

- Gjennomgangen har vist at det jobbes godt og systematisk i foretaket med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Vi har økende aktivitet med positive effekter i forhold til fristbrudd, ventetid og forløpstider innenfor pakkeforløp kreft. For alle klinikkene med pasientansvar har det vært jobbet med å redusere pasienter med «passert tentativ tid» (både ved rydding og

ved å øke kapasitet), og flere avdelinger har oppnådd en betydelig reduksjon i denne andelen. Den økte aktiviteten gir økte inntekter, men våre økte kostnader inklusive lønn er høyere enn økte ISF-inntekter.

- Flere av klinikkene har bygningsmessige utfordringer, årsakene varierer mellom eldre bygningsmasse som ikke er hensiktsmessig i forhold til dagens behov (Rønvik og Lofoten), ombygging med rokader og trangboddhet (sentrum Bodø) og hvordan samlet bygningsmasse er disponert.
- Innenfor flere fagområder, lokasjoner og yrkesgrupper har vi utfordring i forhold til bemanning og rekruttering. For både Lofoten og Vesterålen er foretaket avhengige av innleiebyrå for å drifte sykehusene og opprettholde akuttberedskap, men også i Bodø har vi enkelte små og sårbare miljøer uten tilstrekkelig egendekning av spesialister og mangel på spesialsykepleiere.
- Både arbeidsmiljøforhold og mulig potensiale for effektivisering av arbeidskraft kan bedres ved å redusere antall deltidsstillinger i foretaket. Etablering av bemanningssenter og heltidskultur vil være et viktig satsingsområde i kommende år.

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 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.

Styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring i Nordlandssykehuset HF beskriver hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

Nordlandssykehusets styringssystem 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.

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2017

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
2. Klinisk virksomhet.....	5
3. Merkantile støttetjenester	8
4. Personell, bemanning og rekruttering	9
5. Pasientsikkerhet	12
6. Forskning	12
7. Brukermedvirkning og Samhandling	12
8. Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og Ytre miljø.....	13
9. IKT og e-helse.....	20
10. Bygg og infrastruktur	20
11. Økonomi og rapportering.....	21
12. Utbyggingsprosjekt i Bodø	22

1. Innledning

Rapporten er laget som vedlegg til styresak om gjennomføring av ledelsens gjennomgang ved Nordlandssykehuset for 2017 og oppsummerer sentrale deler innen de ulike områdene og sektorene i kjernevirksomheten.

Ledelsens gjennomgang skal være en oppsummering av gjennomførte handlinger (fortid), redegjørelse av status (nåtid) og planer (fremtid). Gjennomgangen skal omfatte, men ikke være begrenset til, følgende tema:

1. Oppsummering av eventuelle restanser fra forrige Ledelsens gjennomgang
2. Mål og strategier og endringer i rammevilkårene.
3. Økonomiske forutsetninger og resultat
4. Vurder etterlevelse av lov, forskrift og nasjonale faglige føringer.
5. Ressurser relatert til virksomhetskrav
6. Ansattes medvirkning
7. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, herunder klager og tilfredshetsundersøkelser
8. Bruk av risikovurdering og –styring
9. Styrende dokumenter og avviksbehandling
10. Revisjoner og tilsyn, både interne og eksterne
11. Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter
12. Konklusjon. Basert på gjennomgangen skal underordnet leder konkludere om egen virksomhet drives forsvarlig.

Malen som benyttes ved ledelsens gjennomgang er lik for alle klinikker, stab og senter, og gir administrerende direktør en god oversikt over status og utfordringsområder for foretaket.

2. Klinisk virksomhet

I dagens befolkning er dominerende sykdomsgrupper hjerte- og karlidelser, kreftsykdom, muskel- og skjelett sykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Rus- og avhengighetslidelser er utbredt og ca. 20 % av befolkning oppleve en slik lidelse i løpet av livet.

I Helse Nords opptaksområde er det beregnet en økning i alle alderssegmenter av befolkningen fram til 2040, selv om den største økningen er forventet blant de eldste. I Nordland forventes det at andelen eldre over 75 år øker til ca. 12 %, noe som er betydelig over landsgjennomsnittet. Denne utvikling vil få betydning for de tjenestene Nordlandssykehuset skal yte for vår befolkning framover. Innenfor indremedisinske tilstander forventes det en økning i døgnforbruket, pga. økende levealder og grupper med kronisk syke. Innenfor det operative området er det forventninger fra befolkningen om en dreining fra døgn til dag i tillegg til kirurgiske metoder som er mindre invasiv og mer skånsom. I tillegg er det sannsynlig at avanserte behandlingsmetoder tilbys langt eldre pasienter, noe som vil kunne øke liggetid og behov for oppfølging.

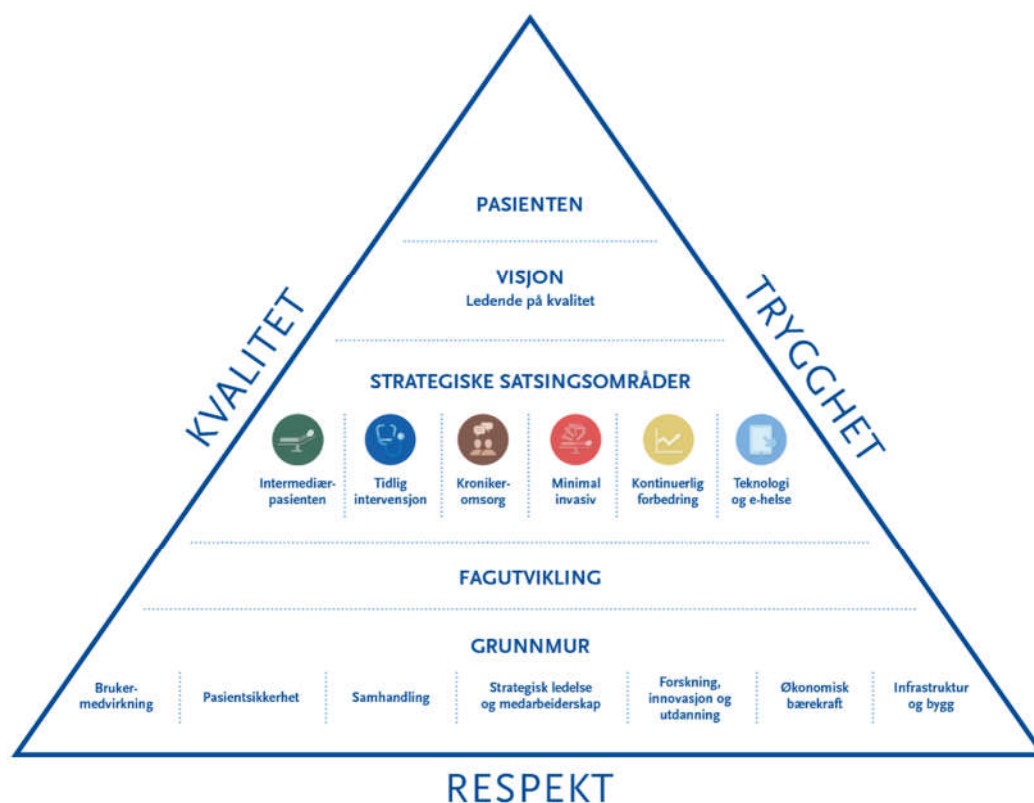
Ledelsens gjennomgang med klinikkene viser at alle klinikkene drifter forsvarlig. Ved denne gjennomgangen får administrerende direktør kunnskap om områder i den enkelte klinikk som trenger ekstra oppmerksomhet fremover, men også hvor enkelte klinikker utmerker seg positivt med mulighet for læring på tvers i organisasjonen. Alle klinikkene foruten Prehospital klinikk har ferdigstilt fire års planer for internrevisjon.

Kun to av åtte klinikker hadde et positivt økonomisk resultat i 2017 (Psykisk helse og rus klinikken og Diagnostisk klinikk). Nordlandssykehuset har over år måtte finne nye økonomiske omstillingstiltak, for å drifte mest kostnadseffektivt med ressursene vi har tilgjengelig. Vi har

økende aktivitet med positive effekter i forhold til fristbrudd, ventetid og forløpstider innenfor pakkeforløp kreft. Alle klinikkene med pasientansvar har hatt fokus på å redusere pasienter med «passert tentativ tid» (både ved ryddig og ved å øke kapasitet), og flere avdelinger har oppnådd en betydelig reduksjon. Den økte aktiviteten gir økte inntekter, likevel er våre økte kostnader inklusive lønn høyere enn de økte ISF-inntekter.

Flere av klinikkene har bygningsmessige utfordringer. Årsakene varierer mellom eldre bygningsmasse som ikke er hensiktsmessig i forhold til dagens behov (Rønvik og Lofoten), ombygging med rokader og trangboddhet (sentrum Bodø) og hvordan samlet bygningsmasse er disponert.

Ledelsen gjennomgang har foregått delvis samtidig med ferdigstillelse av strategisk utviklingsplan, og i forhold til videre tiltak ser vi betydelig overlapp mellom behov synliggjort i arbeidet med strategisk utviklingsplan og ledelsens gjennomgang. Nordlandssykehuset vil gjennom strategisk utviklingsplan forberede seg for fremtiden ved målrettet arbeid med strategiske satsingsområder, fagutvikling og langsiktig arbeid med grunnmurselementer.



Oppfølging/ restanser fra forrige års ledelsens gjennomgang

Forrige års ledelsens gjennomgang synliggjorde behov for tettere kobling og samarbeid innenfor det operative området og tiltaket ble å etablere samarbeidsarena og felles budsjettansvar mellom Akuttmedisinsk- og kirurgisk ortopedisk klinikk. Tiltaket har ikke hatt ønsket økonomisk effekt. Vi har derfor igangsatt en prosess med siktemål om å vurdere endring i organiseringen av disse to klinikkene.

Fra forrige ledelsen gjennomgang gjenstår noen restanser, særlig for kvinne barn klinikken. Kvinne barn klinikken må fortsatt jobbe med reduksjon i antall store fødselsrifter, øke aldersgrensen på barnemedisin og manglende integrasjon mellom DIPS – Partus¹. Øvrige klinikker har også større

¹ Partus – eget journalsystem som benyttes ved fødsel.

eller mindre restanser i forhold til rekrutteringsbehov, bygningsmessige forhold, forbedring av samhandling, utstyr eller IKT.

Bemanning og rekruttering

Innenfor flere fagområder, lokasjoner og yrkesgrupper har vi utfordring i forhold til bemanning og rekruttering. For både Lofoten og Vesterålen er foretaket avhengige av innleiebyrå for å drifte sykehusene og opprettholde akuttberedskap og vaktlinjer. I Bodø har vi enkelte små og sårbare miljøer uten tilstrekkelig egendekning av spesialister og mangel på spesialsykepleiere.

For utdanning av legespesialister er det positivt at vi nå har fått godkjenning som utdanningsinstitusjons innenfor ortopedi i Vesterålen, klinisk nevrofysiologi i Bodø og økt tellende tjenestetid for indremedisin i Lofoten. Fra 2019 kommer nye spesialistutdanning for legespesialister hvor helseforetakene får økt ansvar. Det arbeides nasjonalt, regionalt og lokalt for å forberede til den nye spesialistutdanningen. I 2017 fikk vi utdannet den første portøren med fagbrev.

Nordlandssykehuset har behov for en tettere dialog med Universitet Nord i forhold til utdanning av spesialsykepleier. Omlegging fra videreutdanning til master har medført dårligere forutsigbarhet i forhold til hvem som kommer inn på utdanningen og har også forlenget utdanningstiden.

Kvalitet- og forbedringsarbeid

Foretaket har over tid jobbet målrettet med kvalitet- og forbedringsarbeid, men har fortsatt forbedringspotensial i forhold til både registrering og bruk av nasjonale kvalitetsregistre. Dessverre krever registrering i registre manuell dobbeltregistrering da de ulike IT-løsningene ikke kommuniserer med hverandre. Dette har medført at flere klinikker har måtte øke bemanningen for å ivareta registreringen.

Samlet har klinikkene et betydelig omfang av pasientsikkerhetstiltak, kvalitets- og forbedringsarbeid, f.eks.:

- Tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand – ONEWS/ NEWS/ PEWS/ ProAct
- Et vennlig sykehus
- Pasientforløpsarbeid «gode pasientforløp» i læringsnettverk sammen med kommunene/KS
- Legemiddelsamstemming
- Global Trigger Tool –kartlegging av pasientskader
- Elektronisk sengepostliste
- Klinikkovergripende arbeid for reduksjon i andel strykninger elektive operasjoner
- Modernisering av kirurgiske pasientforløp
- Klinisk farmasi
- Team slagalarm
- Lege i front
- Redusert svartid 113
- Antibiotikastyringsprogram – for reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika
- Omlegging av legevisitt for innlagte (fra legevisitt til pasientvisitt/ bedre visitt)
- Trygge fødsler
- Prosjekt for å redusere en høy keisersnittandel (Vesterålen)
- Forebygging av forstoppelse hos barn
- Diabetesprosjekt barn
- NAST – nyfødt intensiv ambulerende sykepleier
- Stopp sepsis

Videre oppfølging av klinisk virksomhet

Klinikkene vil følges opp i forhold til forbedringsområder avdekket i ledelsens gjennomgang. Flere av områdene er foretaksovergripende, og arbeid med disse vil i stor grad være sammenfallende med videre konkretisering av tiltaksplaner i forhold til strategisk utviklingsplan.

3. Merkantile støttetjenester

Høsten 2016 ble Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) opprettet. Senterets oppgaver var å samle og strukturere kliniske støttetjenester for å øke kvalitet og kapasitet på merkantile tjenester, samt redusere sårbarheten ved fravær og ferie.

Dette arbeidet har pågått gjennom hele 2017 og har fortsatt inn i 2018. Pr dagsdato har SKSD overtatt merkantile fra kirurgisk ortopedisk klinikk, hode- og bevegelsesklinikk, Kvinnebarn klinikken, akuttmedisinsk klinikk og psykisk helse og rusklinikken, i tillegg har SKSD overtatt fagansvaret for merkantile i prehospital klinikk.

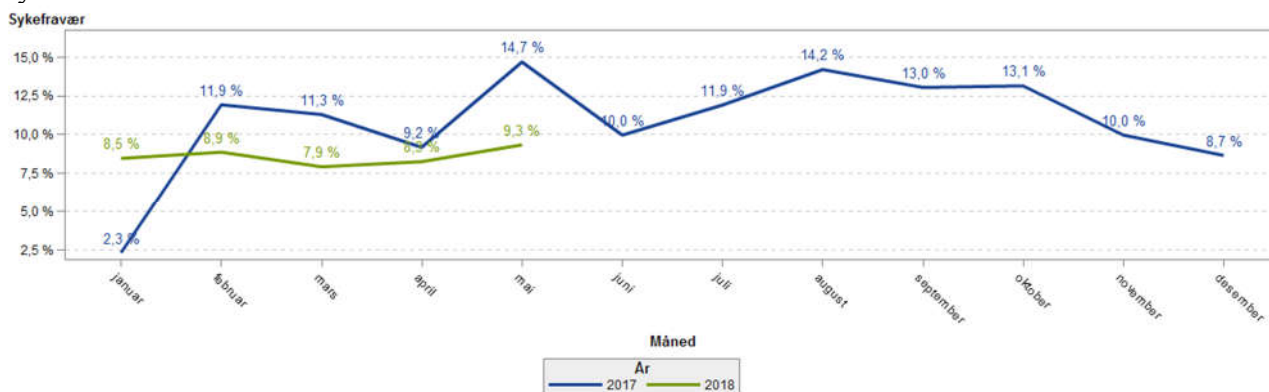
Allerede ser vi en betydelig forbedring innenfor de merkantile tjenester, her nevnes:

- Skriverestanser er redusert fra flere tusen diktat til litt over 100 totalt for foretaket. Dette alene har bidratt til betydelig økt pasientsikkerhet i og med at man tidligere kunne vente flere måneder på å få skrevet dokumenter.
- Restanser ved skanning av oppholdsmapper er fjernet, her kunne man tidligere risikere at pasienter kunne reinnlegges før tidligere opphold var skannet inn og tilgjengelig i DIPS
- Kvalitet i kodekontroll av medisinske koding er betydelig hevet. Her skal videre prosess med etablering av kodekyndige leger i klinikkene bidra ytterligere til kvalitetsforbedring.

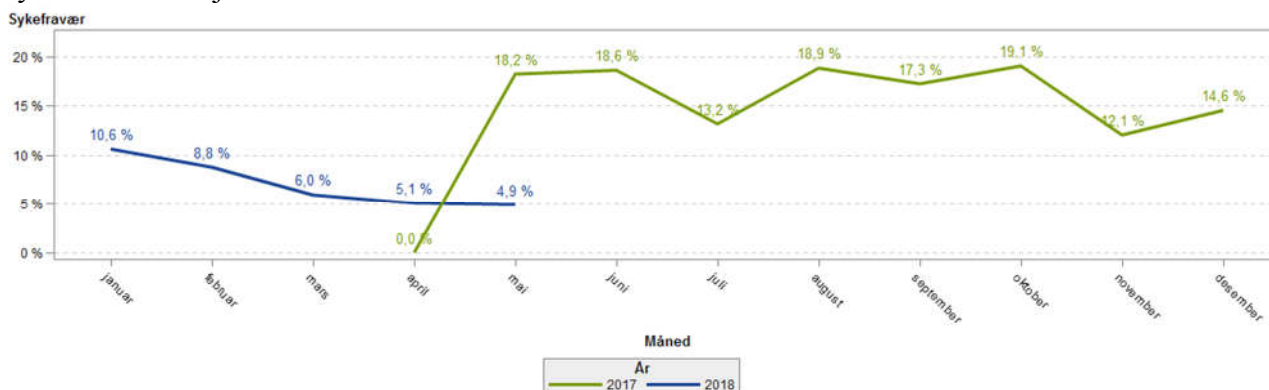
Arbeid med sykefravær har vært et prioritert område. Dette ved blant annet å skille på personalansvar og fagansvar. Personalansvaret er i all hovedsak lagt til seksjonsledernivået, avdelingsledernivået innehar fagansvaret og støtter opp seksjonen med prosedyrer og retningslinjer knyttet til det faglige.

Sykefraværet er betydelig redusert, men på grunn av den trinnvis overføring vil man ikke kunne se det korrekte bilde for hele SKSD. Alt merkantilt personell for somatikk i Vesterålen ble overført mai 2017 og sykefraværet for SKSD Vesterålen vil derfor være det som best viser resultatet av det systematiske arbeidet knyttet til fraværsoppfølging.

Sykefravær totalt i SKSD



Sykefravær Seksjon klinisk støtte Vesterålen



I 2017 vedtok administrerende direktøren at ansvar for opplæring i alle kliniske IKT-systemer skulle leges til SKSD. Opplæring i kliniske systemer har frem til nå i liten grad blitt gjort systematisk. Opplæringsmateriell (e-læring og klasserom) for alle faggrupper innen somatikk er nå etablert i samarbeid med OUS. Krav til e-læring og klasseroms kurs starter for ansatte i somatikken høsten 2018. Kompetansemodulet skal benyttes for å kvalitetssikre at opplæring gjennomføres. Parallelt med dette starter utviklingen av tilsvarende opplæringsmateriell for alle faggrupper i psykiatrien.

Den 1 juni 2018 overtok SKSD også ansvaret for lokal forvaltning av alle kliniske IKT-systemer. Dette er en naturlig forlenging av beslutningen om opplæringsansvar da ressurser vil kunne benyttes på tvers av disse to ansvarsområdene.

4. Personell, bemanning og rekruttering

Rekruttering

Arbeidet med implementering av tiltakene i Nordlandssykehusets rekrutteringsstrategi 2016-2020 ble videreført og fulgt opp i 2017. Vektlagte tiltak var samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å øke utdanningskapasiteten og styrke kvaliteten på praksisstudiene, spesielt gjelder dette utdanning av sykepleiere. Videre har lederstøtte og opplæring i rekrutteringsarbeid vært prioritert, samt profilering og informasjon om Nordlandssykehuset som arbeidsgiver. Bruk av digitale medier, video og film som verktøy i dette arbeidet har gitt resultater. Samarbeid med kommuner, næringsliv o.l., har også vært fokusfelt i 2017. Dette som tiltak for å støtte opp om bo og leveforhold i rekrutteringsarbeidet.

Det videre implementeringsarbeidet med strategisk plan "Rekruttering i Nordlandssykehuset 2016-2020" fortsetter. Fokus er økt utdanningskapasitet ved rekrutteringssvake faggrupper, profilering av foretaket, kompetanseheving innen rekrutteringsarbeid og styrket samarbeid med eksterne partnere.

Ledermobilisering

Ledermobiliseringsprogrammet som startet i 2016 ble avsluttet i januar 2017. I Nordlandssykehuset deltok 19 ansatte i Prosjekt ledermobilisering hvorav alle fullførte det planlagte forløpet i prosjektet. Alle deltakerne kom fra den kliniske virksomheten fra faggruppene lege, sykepleier, jordmor, radiograf og ambulansarbeider. Målsettingene med programmet var å synliggjøre verdien av god ledelse, innføre et systematisk forløp som støtter ledere i deres arbeid med å få fram gode lederkandidater samt å gi medarbeidere et verktøy for å avklare om ledelse er noe for dem.

Nå, snart ett år etter at programmet ble avsluttet, er fortsatt 18 av deltakerne i jobb i NLSH. Av disse har syv gått over i lederstilling, fire som enhetsleder og tre som assisterende enhetsleder. To av deltakerne har startet på MBA i ledelse, dette som en direkte følge av programmet. To rapporterer at de ønsker seg lederstilling, uten at de har fått det ennå.

Nordlandssykehuset skal delta i prosjekt «Ledermobilisering» 2018/2019 og utarbeide plan for gjennomføring.

Lederprogram

Det er i 2017 gjennomført tre lederopplæringsprogram med til sammen 93 deltagere.

Temaene på samlingene i lederprogrammet har blant annet vært:

- Strategisk ledelse, planlegging og styring
- Økonomi, budsjettansvar og fullmaktstruktur
- Risikostyring, internkontroll og forbedringsarbeid
- Helsefremmende arbeidsplass – forebygging, HMS, IA, nærvær og sykefravær
- Kompetanseplanlegging og rekruttering
- Arbeidsgiverrollen og personalledelse
- Personalsaker
- Håndtering av personkonflikter og trakassering
- Omstilling

Heltidskultur

Nordlandssykehuset HF har over år lagt høyt nasjonalt med hensyn til deltidsansatte sykepleiere. Dette er en ikke bærekraftig personalforvaltning og foretaket vil endre sin praksis. Ett tiltak for å øke andel 100% stillinger er etablering av bemanningscenter.

Mobilisering av personell – redusere sykefravær

Nordlandssykehuset har ikke nådd målsettingen om sykefravær på 7,5 % eller mindre. HR-avdelingen v/HMS-seksjonen vil bistå enheter og avdelinger med oppfølging av ForBedring samt gjennomføring av ytterligere arbeidsmiljøkartlegginger for å avdekke utfordringer i de enhetene som har behov for det.

Sum sykefravær i Nordlandssykehuset for perioden april 2017-mars 2018 er 8,5%. Det er en nedgang med 0,3 prosentpoeng fra perioden april 2016-mars 2017. Reduksjonen utgjør 3100 færre sykefraværsdager til tross for at alle sengeenheter i somatikken drives på redusert plass på grunn av byggeprosjektet. Dette gir et positivt inntrykk som også bekreftes gjennom resultatene av undersøkelsen ForBedring 2018 hvor Nordlandssykehuset har svært stor deltakelse og stor grad av tilfredshet på mange av områdene.

Korttidsfraværet viser i sum for Nordlandssykehuset 2,5 % for denne perioden. Kravet om at dette fraværet ikke skal overstige 2 % er nytt for 2018. Det finnes allerede tiltak rettet inn mot for eksempel oppfølging av hyppige korttidsfravær. Her vil foretaket, i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste, gjøre en vurdering av hvilke ytterligere tiltak man mener vil være effektive for å redusere korttidsfraværet ytterligere.

Måloppnåelse i forhold til krav:

Arbeidet med å redusere sykefraværet foregår på tre 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.

Utfordringen er å være i forkant med gode forebyggende og helsefremmende tiltak.

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.

Krav for 2018

Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefraværet til under 7,5 %, og å holde korttidsfraværet mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

Det er i de årlige tiltaksplanene utarbeidet tiltak for alle satsingsområdene. For 2018 videreføres de fleste tiltakene fra tidligere planer. I tillegg kommer noen nye.

Nye tiltak i HMS-handlingsplan og IA-tiltaksplan for 2018 er:

- Oppfølging av **ForBedring** gjennomført februar 2018. Denne undersøkelsen erstatter den tidligere medarbeiderundersøkelsen og skal nå gjennomføres årlig. Dette vil bidra til at vi årlig får en kartlegging på alle områder i enhetenes arbeidsmiljø, og danner grunnlag for å gjennomføre ytterligere undersøkelser der resultatene viser at det trengs. Så langt er det gjennomført intervjuer med ca. 50 ansatte på området psykososialt arbeidsmiljø for å kartlegge nærmere omkring mobbing/trakassering, seksuell trakassering og diskriminering. Erfaringen er at denne undersøkelsen gir et godt grunnlag for enheten til å arbeide med både gjenoppretting og forebygging på de ulike arbeidsmiljøområdene.
- Bistå enheter med **arbeidsmiljøkartlegging**, for å avdekke utfordringer i arbeidsmiljøet og bidra til å planlegge tiltak som kan skape bedringer. Kartleggingene gjennomføres ved å foreta intervjuer med alle ansatte, og gir slik et bredt og godt inntrykk av hvilke utfordringer enheten har og et solid grunnlag for å foreslå forebyggende og reparerende tiltak. Dette tiltaket tilbys enheter som har konkret utfordringer.
- Arbeidet som ble startet 2017 med øket fokus på **vold og trusler** mot ansatte og pasienter videreføres, og det gjennomføres ytterligere opplæring, blant annet i HMS-grunnkurs og i lederprogrammene.
- Øket fokus på **AKAN-arbeidet** for å avdekke rus- og spillavhengighet. Opplæring av ledere, verneombud og tillitsvalgte. Det skal også avklares hvilken opplæring den enkelte ansatte skal ha, samt avklares om man skal Innføre ordning med AKAN-kontakter igjen.
- Sikre **at alle ansatte har nødvendig opplæring i HMS** arbeidet i NLSH. I 2018 skal det defineres hva den enkelte ansatte skal ha kunnskap om på HMS-området. Det skal videre planlegges hvordan opplæring kan gjennomføres.

HMS for Byggeprosjektet Sentrum

Høyblokka AB i Bodø er under renovering og skal stå ferdig i 2019/2020. Vi er i slutfasen i A-blokka, og de første har begynt å flytte over fra B blokka. Innen utgangen av juni skal alle være flyttet og renovering av B blokka begynner umiddelbart. 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. Utbyggingsprosjektet har egen HMS-rådgiver og det gjennomføres ukentlige samhandlingsmøter og vernerunder.

5. Pasientsikkerhet

Nordlandssykehuset har siden høsten 2010 hatt et sterkt fokus på systematisk pasientsikkerhetsarbeid, og har bidratt til at hele regionen nå kartlegger pasientskader ved Global Trigger Tool (GTT) i ny elektronisk portal som gjør automatisk triggersøk i den elektroniske pasientjournalen (DIPS). Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er tatt i bruk ved relevante enheter, og i 2017 har «tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» vært prioriterte områder. Det ble i 2017 også satt i gang et regionalt arbeid for å utarbeide og implementere felles prosedyre for «legemiddelsamstemming» som foretaket har deltatt aktivt i.

De siste års fokus på pasientsikkerhet har ført med seg et krav om at sykehusene også i større grad må lære av feil og uønskede utfall. I 2016 startet derfor pilotering av Hendelsesanalyse ved Nordlandssykehuset, og i 2017 er metoden benyttet ved to alvorlige hendelser. Arbeidet har gitt oss erfaringer som vi nå deler i regionalt samarbeid og under opplæring av nye nasjonale analyseledere.

Gjennom arbeidet med strategisk utviklingsplan besluttet Nordlandssykehuset å heve kompetansen i kontinuerlig forbedring. Dette er fordi kompetansen, kombinert med gode systemer for å lære av uønskede hendelser og forbedringsmeldinger, vil hjelpe oss å prioritere de innsatsområdene som sikrer at vi er et trygt sykehus for våre pasienter og en god arbeidsplass for våre ansatte.

6. Forskning

Seksjon for forskning og forskningslaboratoriets viktigste oppgaver i 2017 var å støtte, stimulere til og bidra til videreutvikling av forskningen i foretaket. Dette innebærer på den ene siden lederstøtte og på den andre siden oppfølging av forskere/forskergrupper. I tillegg har seksjonen vært involvert i en rekke utviklingsprosjekter, herunder NORINT, NORSAN (samarbeid mellom kvinnebarn klinikken, Nord universitet og Sanford i USA med tanke på videreutvikling av tilbudet til overvektige barn) og innovasjonssøknader til Helse Nord.

Seksjon for forskning har også hatt gjennomgående fokus på ekstern finansiering av forskningsaktivitet i foretaket, og da med særlig vekt på Helse Nord og Norges forskningsråd. Arbeidet med forskningsformidling var også en viktig i året som gikk, og inkluderte i 2017 blant annet Forskningsdagene, årsrapport for forskning og nasjonal forsknings- og innovasjonsrapport.

Utover dette har seksjonen en rekke administrative oppgaver, hvorav oppfølging og ivaretagelse av Helseforskningsloven er en av de mest sentrale.

7. Brukermedvirkning og Samhandling

Brukermedvirkningen

Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset HF tydeliggjorde i 2017 sin rolle som koordinerende instans for brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, gjennom utarbeiding av forslag til nytt mandat og nye prosedyrer. Nye mandat for Ungdomsråd (vedtatt 25.04.17) og Brukerutvalg (vedtatt 12.12.17) er i tråd med Veiledende retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak, vedtatt av styret i Helse Nord 22.02.17.

Brukerutvalget gjennomførte syv møter og behandlet 95 saker. Brukerutvalget behandlet i 2017 en rekke saker av strategisk karakter som samarbeidsavtaler, oppdragsdokument, strategisk utviklingsplan og avviksmeldinger. Leder av Brukerutvalget deltok på alle møtene i Nordlandssykehusets styre. Brukerutvalget har også hatt stabil brukerrepresentasjon i Overordnet samarbeidsorgan (OSO), Klinisk etikk-komité (KEK), Forskningsutvalget og Kvalitet- og

pasientsikkerhetsutvalget. I tillegg har brukerrepresentanter medvirket i en rekke prosjekter innen organisasjonsutvikling, kvalitetsforbedring og forskning i Nordlandssykehuset. Pilotkurs for opplæring av brukerrepresentanter i prosjekter er gjennomført.

Oppdragsdokument 2017 forutsatte etablering av eget Ungdomsråd ved Nordlandssykehuset. Ungdomsrådet ble oppnevnt av Styret 15.05.17 og hadde sitt første møte 19.06.17. Ungdomsrådet behandlet 27 saker og gjennomførte tre møter og en helgesamling. De utarbeidet blant annet ti råd fra Ungdomsrådet til helsepersonell og arbeidet mye med Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan. De bidro også med undervisning i styret og i flere av sykehusets klinikker.

Pasient- og pårørendetorg ble etablert i sykehusets resepsjon i 2017. Torget bemannes av frivillige organisasjoner onsdager og torsdager. Det er besluttet at pasient- og pårørendetorget skal være et fast tilbud på Nordlandssykehuset HF.

Lærings- og mestringssenteret har involvert brukerrepresentanter i alle kurs og har gjennomført flere møter med alle bruker- og pårørendeorganisasjonene i Nordlandssykehusets virksomhetsområde.

Medisinsk direktør fikk tilført en 100% rådgiverstilling som blant annet skal være koordinator for ungdomsrådet og sekretær for Brukerutvalget. Vedkommende har også fått i oppdrag å utarbeide en rapport som beskriver implementering av ny nasjonal pårørendeveileder i Nordlandssykehuset HF.

Samhandling med kommunene

God samhandling er en forutsetning for gode behandlingsforløp som sikrer at pasienten får tilbud om riktig behandling på riktig sted, til riktig tid og at overganger er koordinerte og uten unødig opphold.

Foretaket har egen samhandlingsavdeling som ivaretar det administrative samhandlingsarbeidet og følger opp samhandlingsavvik. Samhandlingsavdelingen har 2 heltidsstillinger samt deltidsstillinger (3 x 20 %) for praksiskonsulenter og 20 % for praksissykepleier i Vesterålen. For 2017 ble det arrangert fem møter i overordnet samarbeidsorgan (OSO) og den årlige samhandlingskonferansen mellom Nordlandssykehusets styre og den politisk- og administrative ledelse våre kommuner ble gjennomført med god representasjon. For å sikre god samhandling med de 21 kommunene i Nordlandssykehusetnedslagsfelt, er det etablert tjeneste- og samarbeidsavtaler. I 2017/18 ble 13 tjenesteavtaler og overordnet samarbeidsavtale er revidert.

Gjennom arbeidet med Nordlandssykehusets strategisk utviklingsplan er det satt et overordnet mål om å videreutvikle strukturer og avtaler som sikrer optimal samhandling for skape pasientens helsetjeneste, sammen med våre samarbeidspartnere. Det er identifisert flere kortsiktige- og langsiktige tiltak som samlet vil styrke samhandlingen internt på ulike nivå og med alle våre eksterne samarbeidspartnere. De neste årene vil brukes til å iverksette disse tiltakene.

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

Styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring og internrevisjons aktivitet.

1. januar 2017 ble forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Nordlandssykehuset har i løpet av første tertial 2017 revidert retningslinjen RL2341 Internkontrollsystemet i NLSH HF slik at den er i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. De viktigste endringer er:

- Endring i struktur, bygget opp etter Demings sirkel som fokuserer sterkt på kontinuerlig forbedring.
- Større fokus på ledelse.
- Foretaket skal oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Dette vil i enda større grad kunne ivareta når vi får tatt i bruk kompetansemodule.
- Minst en gang årlig 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. Dette har NLSH HF gjennomført siden 2010 og derfor ble dette ikke noen stor utfordring for oss men det er krav i den nye forskriften.

Alle enkeltelementene i et styringssystemet er hver for seg betydningsfulle, men det er summen av det vi gjør som er avgjørende om vi har kontroll og styring på virksomheten. Internrevisjon er et meget godt virkemiddel for oppfølging av om helhet i kontrollsystemet er ivaretatt og etterleves. Eksterne tilsyns- og revisjonsmyndigheter etterspør i stadig større grad hva foretaket selv har gjennomført av revisjoner. Internrevisjon er en kontrollaktivitet som foretaket har implementert og bruker systematisk i oppfølging av foretakets styringssystem.

Det legges ned et betydelig revisjonsarbeid i foretaket, og i 2017 ble det totalt gjennomført 79 internrevisjoner. 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 likevel at noen av klinikkene har et forbedringspotensial knyttet til bruk av internrevisjon i sitt systematiske kvalitetsarbeid. Foretaket har også i 2017 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. 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.

Eksterne tilsyn og revisjoner i foretaket

Koordinering av eksterne tilsyn og revisjoner gjøres av avdeling for kvalitet og e-helse. Det utpekes kontaktpersoner for de ulike tilsyn og revisjonene som skal gjennomføres i foretaket. Omfang og størrelse på de ulike eksterne tilsyn og revisjonene varierer men felles er at det er ressurskrevende. De involverer mange ansatte fra vi får varsel om tilsyn/revisjon til at de er lukket og styret er informert.

Oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner som gjennomføres i foretaket og rapportere status til styret tre ganger i året. Inntil gjennomførte eksterne tilsyn/revisjoner er lukket og lagt frem for styret blir de ikke fjernet fra denne oversikten.

Kvalitets- skadeutvalg i NLSH HF

Foretaket har to utvalg et for somatikk og et for psykiatri. Det totale antall saker som behandles i arbeidsutvalg og kvalitet- skadeutvalg ligger på ca. 140 til 260 stk.

Det ble i 2017 avviklet:

- Åtte møter i arbeidsutvalget for somatikk.
- Ni møter kvalitets-/skadeutvalg for somatikk.
- Fire møter kvalitets-/skadeutvalg for psykiatri.

Risikovurderinger og risikostyring

Prosessbeskrivelser, verktøy og maler for risikovurdering og risikostyring er implementert i Nordlandssykehuset. Dette er metodikker som benyttes i forbindelse med avvikssystemet/forbedringsarbeidet, målstyring og endringskontroll. Funn som ble gjort av Internrevisjon i Helse Nord i forbindelse med internrevisjon på risikostyring i helseforetakene (foretaksspesifikk notat 01/2017) er fulgt opp med endringer i gjennomføring av risikostyring.

Helse Nord hadde identifisert fire overordnede mål for Helse Nord for 2017. To av disse med åtte delmål skulle gjøres gjenstand for risikovurdering i helseforetakene.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)19.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger 2017, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

Status måloppnåelse

Delmål 1 - Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
For 2017 er egne helsetjenesteassosierte infeksjoner redusert til 3,4 %.
Delmål 2 – Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
For store deler av 2017 har vi ligget over styringskravet, men i årets to siste måneder oppnådde vi en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager. Vi vil i 2018 jobbe videre med reduksjon av ventetiden.
Delmål 3 – Det skal ikke være fristbrudd.
Vi har ikke nådd styringskravet om ingen fristbrudd. Vi har i 2017 redusert andel fristbrudd slik at foretaket har hatt mellom 1,4 %-2,9 % fristbrudd blant avviklede.
Delmål 4 – Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
Andel pakkeforløp kreft gjennomført innen normert tid var i 2017 69 % (364 av 530). Styringskravet er at andel skal være > 70 %. Fordeling ut fra behandling pasientene skal motta er medikamentell behandling 64 %, kirurgisk behandling 71 % og strålebehandling 77 %.
Delmål 5 – Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet).
Ventetid til behandlingsstart i psykiatrien er gjennomgående lavere enn ventetid til behandlingsstart i somatikken. I forhold til bemanning har veksten i psykiatrien vært tilsvarende veksten i somatikk. Økningen på innleie leger fra firma har vært betydelig høyere i psykiatrien enn foretaket for øvrig (50 % vs 23 %).
Vi har en vekst i antall liggedøgn fra 2016 til 2017 i psykiatrien, mens det for somatikk er en reduksjon. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner er ikke sammenligning mellom 2016 og 2017 mulig på grunn av endret registrering som følge av omlegging til ISF.
Det har vært større kostnadsvekst i psykiatrien enn i somatikken mellom 2016 og 2017, både når det gjelder lønnskostnader og kostnader for øvrig.
Delmål 6 – Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
Nordlandssykehuset har etablert samstemmingsteam som består av lege og sykepleiere på klinikk- og avdelingsnivå i hele foretaket. Teamene følger opp arbeidet og dokumenterer målinger basert på uttrekk av 10 journaler hver 14. dag. Foreløpige tall viser at andel dokumenterte samstemte legemiddellister ved innleggelse ligger mellom 70 og 80 %. NLSH deltar i det regionale prosjektet for samstemming av legemiddellister, og har jobbet med oppdatering av prosedyrer som inkluderer bruk av DIPS Medikasjon, som er et viktig forarbeid før innføring av elektronisk kurve. Implementering av nye regionale prosedyrer vil skje i løpet av 2018.
Delmål 7 - Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.
For foretaket samlet gikk forbruket av de fem gruppene bredspektrede midler ned 8,8 % fra 2012 til 2017. Forskjellen mellom de enkelte sykehus er stor. Vesterålen reduserer med 53,8 %, Lofoten reduserer med 11,0 % mens Bodø går opp med 4,4 %.
Delmål 8 – Økonomiske resultat i tråd med plan.
Foretaket har et resultatkrav på 5 millioner kr i overskudd i 2017. Nordlandssykehuset har positivt regnskapsresultat ved utgangen av 2017 på + 0,4 millioner kr, og et budsjettavvik på 4,5 millioner kr under plan. Det er særlig andre driftskostnader og innleie av arbeidskraft som har hatt høyt kostnadsnivå i 2017. Ved utgangen av 2. tertial var prognosen for 2017 estimert til et budsjettavvik på -25 millioner kr. Den negative prognosen ble satt med bakgrunn i forsinket gevinstrealisering fra tiltaksplan for 2017, økte

kostander som følge av rokadene i forbindelse med ombygging i Bodø og høyt sykefravær i enkelte deler av virksomheten. I siste tertial ble imidlertid resultatet forbedret som følge av økte laboratorieinntekter, reduserte gjestepasientkostnader og reduserte ikt-kostnader, slik at resultatet ved utgangen av året er regnskapsmessig balanse. Den positive resultatutviklingen siste del av 2017 bidrar delvis til reduksjon i foretakets omstillingsutfordring for 2018, men arbeidet med driftstilpasning i 2018 vil fremdeles være krevende.

Delmål 9 – Pasienter med alvorlig sepsis skal få startet antibiotikabehandling innen 1 time (mål fastsatt av Nordlandssykehuset)

Nordlandssykehuset i Bodø har siden 2016 hatt fokus på sepsisbehandling, og har fra mars samme år hatt et pilotprosjekt i medisinsk klinikk og akuttmottaket for rask identifikasjon og - behandling av sepsispasienter. Tiltaket fokuserte særlig på å identifisere pasienter med såkalt

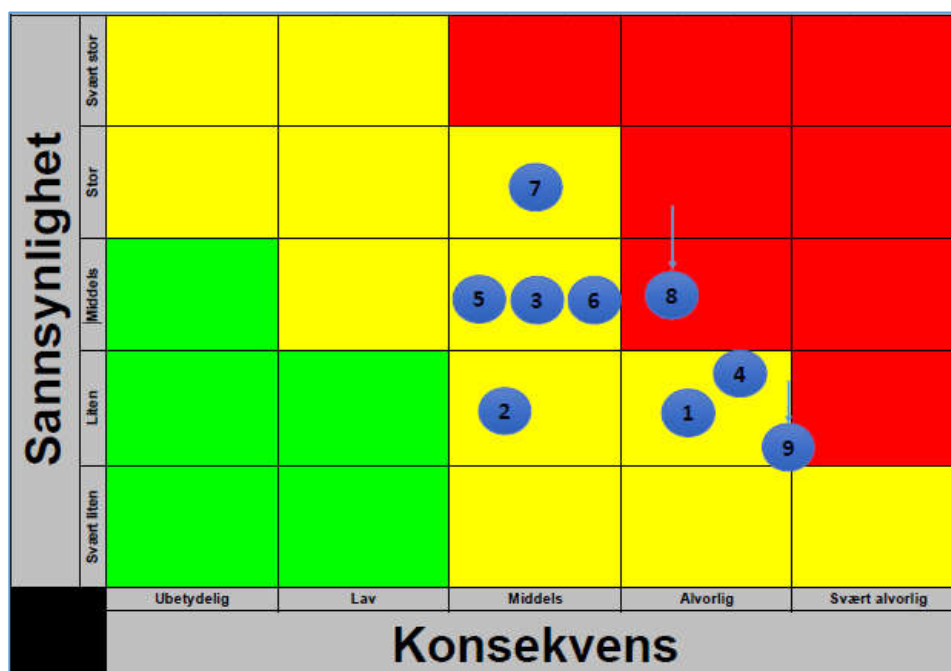
«Alvorlig sepsis» etter gammel sepsisdefinisjon. Ved tilsyn fra Fylkesmannen høsten 2016 fant man at 11 av 12 medisinske pasienter i denne kategorien fikk behandling innen en time.

NLSH HF er nå i gang med del to av dette arbeidet, hvor kompetanse og forbedringsarbeidet nå skal spres til samtlige klinikker som bruker akuttmottaket og omlegges i tråd med:

- a) Ny sepsisdefinisjon.
- b) Tiltakspakke Tidlig oppdagelse av sepsis i Pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24/7 (utgitt februar 2017). Arbeidet med tidlig oppdagelse av sepsis er godt i gang i akuttmottaket i Bodø. Verktøy, prosedyrer og varslingsrutiner er testet og så godt som ferdig. Arbeidet med spredning til av tiltaket til Lofoten og Vesterålen er startet.

Risikovurdering

Nordlandssykehusets risikovurdering av disse overordnede målområder og delmål er presentert i matrisen nedenfor:



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 2017 ble det gjennomført risikovurderinger av medisinsk teknisk utstyr. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risikovurderingen har løpende rapportering til helseforetakets styre som egen sak.

Gjennom fagråd for informasjonssikkerhet ble det utarbeidet en regional handlingsplan for informasjonssikkerhet for 2017-2018. Fokusområdene i denne handlingsplanen er gjennomføring av sikkerhetsrevisjoner, sikkerhetskultur og innføring av nytt EU forordning for informasjonssikkerhet og personvern (GDPR).

I forbindelse med innføring av nytt regelverk (GDPR) har avdelingen tilsatt et eget personvernombud for Nordlandssykehuset, samtidig som informasjonssikkerhetsansvarlig er utvidet til hel stilling. Det gjenstår fortsatt noe arbeid knyttet til kartlegging av bruk av personopplysninger, utforming av prosedyrer for intern etterlevelse av GDPR samt opplæring av ansatte.

Ytre miljø.

Klinikk senter og stab har fulgt opp tiltak knyttet til miljø som ble bestemt i den enkelte sin ledelses gjennomgang i fjor.

Endringer

I 2017 ble var det følgende endring knyttet til ytre miljø:

- Foretaket ble resertifisert i henhold til siste versjon av standard for ledelsessystem for miljø, ISO 14001:2015.
- DNV-GL overtok som foretakets sertifiseringsorgan på ISO 14001. "
- Ny ansvarlig for miljøsystemet på foretaksnivå, og endringer i miljøkoordinatorer på nivå 2.

Måloppnåelse

Energi	
Energiforbruk	Målet for perioden 2015-2018 er på en reduksjon på 10 %. Totalt energiforbruk i 2017 var på 49,5 Gwh dette er en reduksjon på ca 4,6 % fra 2015. Energiforbruk pr Kwh/m ² var i 2015 321 og i 2017 299. Dette er en reduksjon på 6,9 %. I samme periode har det vært stor byggeaktivitet som kan ha påvirket muligheten til reduksjon negativt.
Reduksjon diesel/olje	Målet for perioden er en reduksjon på 50 %. I 2017 ble det produsert 250 867 Kwh med diesel/olje som bærer. Dette er en reduksjon på 76,1 % sammenlignet med 2015 (1 049 464 Kwh).
Transport	
CO2 utslipp	Målet for foretaket er en reduksjon på CO2 innen flyreise 5 % innen 2018. Totalt CO2 utslipp knyttet til flyreiser (ansatte og pasient) var i 2017 3 633 752 kg/CO2. Dette er en reduksjon på 3,2 % sammenlignet med 2014 (3 752 801).
Avfall	
Restavfall	Målet for perioden er en reduksjon en reduksjon av restavfall på 1% pr. år Totalt volum på restavfall var i 2017 på 784 756 kg. Dette er en økning på 13,8 % sammenlignet med 2014. Lokasjon Vesterålen hadde i perioden en nedgang på 4,12%. Målet på 1 % reduksjon pr. år ikke oppnådd pr. 2017.

Innkjøp	
Kopipapir	Målet for perioden er en reduksjon av kopipapir på 2 % årlig innen 2018. Totale forbruk av kopipapir var i 2017 på 4 900 000 ark (A4). Dette er en nedgang på 29,7 % sammenlignet med 2014 (6 996 500).
Lystgass	Målet for perioden er en reduksjon på lystgass på 50 % innen 2018. Total forbruk av lystgass var i 2017 på 3627 kg. Dette er en reduksjon på 26,3 % sammenlignet med 2014 (4920).
Engangsbeger	Totalt forbruk av engangsbeger var i 2017 på 974 000 beger. Dette er en reduksjon på 6,6 % sammenlignet med 2015 (1 042 000).
Kuldemedium	Kuldemedium R22 er faset ut i henhold til mål om utfasing innen 2016.

Miljøpolitikk

Foretaket følger etablert miljøpolitikk.

Samsvarsforpliktelser

Det har ikke vært brudd på myndighetskrav innen miljø i 2017.

Miljøprestasjon

Miljømålene er ikke oppnådd for alle områdene. Korrigeringer på de målene som ikke er oppnådd vil inngå i foretakets arbeid i 2018 med å sette nye mål for perioden 2019-2022.

I 2017 var det planlagt fire internrevisjoner med ytre miljø som tema. Tre av disse ble gjennomført og en overført til plan for 2018. Internrevisjonsfunn er i hovedsak knyttet til:

- Systematisk oppfølging av miljømålene i foretaket samt oppfølging av ytre miljø i KVAM-møter.
- Ikke alle ansatte har gjennomført kompetansekrav knyttet til ytre miljø.

Ressurser knyttet til arbeid med ytre miljø anses som tilstrekkelig, men det er forbedringsmuligheter knyttet til organisering og koordinering av arbeidet.

Sertifisering

I 2017 ble det gjennomført resertifisering og overgangsrevisjon til 2015 versjon av ISO 14001. Revisjonen ble gjennomført av DNV-GL som fra 2017 er nytt sertifiseringsorgan for Nordlandsykehuset HF.

Revisjonen identifiserte 4 avvik (kategori 2/mindre avvik), 15 observasjoner og 2 forbedringsmuligheter. Alle avvikene er blitt behandlet av ansvarlige og DNV-GL har godkjent plan og tiltak og sertifikatet ble fornyet.

Funn fra internrevisjoner og periodisk revisjon av DNV vil danne grunnlag for kontinuerlig forbedring.

9. IKT og e-helse

Lokal og regional systemforvaltning

Den lokale systemforvaltningsrolle er endret som følge av at vi har fellesregionale kliniske IKT systemer, hvor regional funksjonell forvaltning for EPJ, radiologi og lab er etablert på UNN HF og teknisk/merkantil forvaltning er hos HN IKT. Selv om vi har felles regional funksjonell forvaltning har vi et behov for klinikknær lokal forvaltning i samme omfang som tidligere.

Ansvarsforholdet mellom helseforetakene og den regional systemforvaltningsrollen som er etablert ved UNN er utfordrende. Ansvarsforholdet som databehandlingsansvarlig og beslutningsmyndighet for systemløsningene dekkes ikke slik det er organisert nå. Disse forhold har vært formelt tatt opp regionalt og for Nordlandssykehuset at det er uaktuelt å overlate det juridiske ansvar og beslutningsmyndighet til en annen juridisk enhet. Det pågår fortiden et regionalt arbeid for å revidere dette.

Den samlede kostnadsutviklingen både for ytelsene fra Helse Nord IKT og de nye regionale forvaltningssentrene gir økende kostandsutfordringer for dette området.

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 for tilgang til pasientinformasjon fra før katastrofesituasjonen inntraff. 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.

Katastrofe og 'fall back' løsninger for bortfall av et eller begge datasenter eller infrastruktur (linjer nord – sør) har vært etterlyst av Nordlandssykehuset HF overfor Helse Nord RHF og Helse Nord IKT. Dette er fortsatt ikke avklart og besvart fra Helse Nord RHF og Helse Nord IKT. 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. I tillegg vil vi formalisere krav overfor leverandør for tiltak for bedre informasjonssikkerhet og reserveløsninger ved bortfall av IKT infrastruktur.

Regional ansvar for e-læring

Avdelingen har et regionalt ansvar for e-læring med et regionalt fagnettverk for Helse Nord og gjør løpende support og opplæring. Det er en stor utvikling i bruk av e-læring med og dette blir nå koplet inn direkte til kompetanseportalen for å knyttes mot kompetansekrav for de ulike grupperingene. Den regionale funksjonen ble i slutten av 2017 utvidet med en person for å styrke den regionale og interregionale rollen og videre utvikling av fagområdet mot teknologistøttet læring. Det er nødvendig at det blir tilført flere ressurser for utvikling for å kunne ivareta denne regionale rollen.

10. Bygg og infrastruktur

Nordlandssykehuset har et stort vedlikeholdsetterslep både på boliger og på formålsbyggene. Store deler av dette dekkes opp gjennom ferdigstilt sykehus i Vesterålen og pågående prosjekt i Bodø. Ved Lofoten sykehus pågår en stor renovering av varmeproduksjon og distribusjon som vil gi bedret driftsstabilitet. I tillegg er det i Lofoten gjennomført utskiftninger av fasader, vinduer og tak som sammen med varmeanleggene medvirker til bedret HMS. Slik sett ligger de største utfordringer ved vår virksomhet på Rønvik. Her adresseres de mest kritiske forholdene, bla strømforsyning og tak. Boligene har ikke ønsket vedlikeholdsaktivitet noe som medfører at en god del enheter i Bodø

ikke er egnet for utleie. Imidlertid er budsjettene styrket noe for å få tatt en del av de mest nødvendige tiltak.

Bemanningsmessig ser vi en underdekning for å få gjennomført en optimal internkontroll, samt at en stadig ferdigstillelse av bygningsmasse i Bodø betinger vedlikeholdspersonell for ivaretagelse av denne.

Enøk/Ytre miljø

Det er gjennomført flere tiltak som adresserer energi og varme. Dette har medført at det ikke lengre er oljefyring som primærlast ved noen av våre lokasjoner i tillegg til vesentlig bedret stabilitet og leveransesikkerhet. Vi ser en nedgang i kWh/m² som viser at tiltakene også gir en ENØK-gevinst.

Samfunn/sikkerhet/beredskap

Generelt er det svært få avvik og anmerkninger ved eksterne tilsyn enten det er fra Mattilsyn, branntilsyn eller Direktoratet for samfunnssikkerhet.

NLSH HF er gjennom Stab for brann, sikkerhet og beredskap deltakere i flere nettverk som gir læring og erfaringsutveksling. Vi er landsledende på vårt brannvernarbeid med vel 100 reelle praktiske øvelser ute i avdelingene pr år, og har fått beredskapsplaner for bortfall av kritisk infrastruktur helt ut i de enkelte enheter. Dette er et arbeid som er, og skal være, under stadig forbedringsfokus.

Totalt sett drives virksomheten innenfor ansvarsområdet til Senter for drift og eiendom forsvarlig, med høy oppetid og få avvik. Enkelte områder har utfordringer med noe lav bemanning/kapasitet og generelt sett lav tilgang på vedlikeholdsmidler.

11. Økonomi og rapportering

Plan for håndtering av foretakets bærekraftsutfordring er redegjort for i styresak 105-2017 Budsjett 2018 og i styresak 019-2018 Rullering av plan for drift og investering 2019-2026 inkludert 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 vil de nærmeste årene 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 er Nordlandssykehuset nå inne i siste fase med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette vil kapasiteten i høyblokka være halvert siste del av byggeperioden.

Klinikker og staber har gjennom de siste årene arbeidet kontinuerlig med omstilling og effektivisering. I budsjettoplegget for 2018 ble det opprinnelig lagt til grunn forutsetning om ytterligere effektivisering med 103 millioner kr. Denne er senere redusert noe da inngangsfarten i 2018 ble lavere enn først antatt.

Tiltakene for budsjett 2018 ble ved inngangen av året vurdert som realiserbare ut fra risikovurderingene som har vært gjort underveis. Det 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. Flere av disse tiltakene er iverksatt tidligere år, men det vil være mulighet for å oppnå effekter også i 2018 og årene fremover.

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 har det pågått en prosess knyttet til revisjon av inntektsfordelingsmodell somatikk i Helse Nord. 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». 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.

Nordlandssykehuset har pr i dag både regionale funksjoner som utføres for samtlige foretak i Helse Nord, samt en rekke regionale funksjoner knyttet til pasientene tilhørende Helgelandssykehuset.

Dagens inntektsfordelingsmodell somatikk gir ingen særskilt finansiering til Nordlandssykehuset for oppgaver innenfor somatikk som utføres for pasienter utenfor Nordlandssykehusets område, i motsetning til Universitetssykehuset i Nord-Norge som mottar betydelige bevilgninger for kostnadskompensasjon for tilsvarende oppgaver (til sammen 575 millioner kr i 2018). Videre er det avdekket feil i inntektsfordelingsmodellen somatikk knyttet til kompensasjon for reiseavstand til nærmeste sykehus i hele Helse Nord's område, som for Nordlandssykehuset del innebærer underfinansiering med om lag 30 millioner kr årlig.

Konsekvensen av manglende finansiering av regionale funksjoner er at disse oppgavene må løses innenfor den del av rammefinansieringen som skal dekke lokalsykehusbehandling for pasientene i Nordlandssykehusets område. Det vil si at finansiering av behandling på lokalsykehus pr innbygger i Nordlandssykehusets område er lavere enn tilsvarende finansiering pr innbygger på Helgeland.

Nordlandssykehusets innspill til driftsbudsjett i planperioden oppsummeres slik:

- Retting av inntektsmodell somatikk ut fra modellens forutsetninger om likeverdig behandling (slik at finansiering skjer i tråd med Nordlandssykehusets befolkning og geografi)
- Økning i frie midler for å gi rom til prioritering av foretakets strategiske satsingsområder
- Finansiering av regionale funksjoner i samsvar med Nordlandssykehusets oppdrag (særskilt finansiering)

12. Utbyggingsprosjekt i Bodø

Arbeidene med renovering og påbygg av A-fløyen startet i januar 2017 etter at fløyen var utflyttet med unntak av noen areal i de 2 nederste etasjene. Etter at tette skillevegger mot B-fløyen var etablert startet innvendig rivning som ble utført fra øverste etasje og nedover. Det ble etablert egen adkomst med utvendig heis for byggearbeidene for å unngå trafikk fra byggeplassen inn i B-fløyen hvor det var full sykehusdrift. Samtidig med rivningen av installasjoner og vegger i etasjene ble det utført meisling av gulv og boring av nye avløpshull i badene. Disse arbeidene ble utført med stort fokus på å redusere ulempene for de ansatte og pasienter med hensyn til støy og støv. HMS-arbeidene har hatt høy prioritet, og det har vært lagt til rette for fortløpende kommunikasjon mot de berørte. Dette har gjort at arbeidene i A-fløyen har gått bedre med hensyn til sykehusdriften enn risikovurderinger før anleggsstart indikerte.

I 3. og 4. etg i AB-fløyen ble det ved oppstart av byggetrinn 2 gjort en god del renoveringsarbeider som del av rokaden for å kunne komme i gang med arbeidene på de øvrige fløyer. Det ble da forutsatt at disse forberedende arbeider skulle redusere renoveringsbehovet i A3 og A4 i fase 3. Men det har vist seg vanskelig å ta vare på deler av disse områdene ettersom det måtte utføres større ombygginger på infrastrukturen (rør, ventilasjon og el.teknikk).

Diagnostisk senter/Radiologi holder til i AB-fløyens 2.etg. I de opprinnelige planene for fase 3 var det forutsatt mindre arbeider i denne etasjen og da knyttet til installering av ny MR i B-fløyen. Men også i denne etasjen viste det seg behov for betydelige arbeider på VVS-installasjonene og dette var ikke forenlig med forsvarlig drift i A2 under renoveringen. Utflyttingen medførte også behov for større investeringer på medisin teknisk utstyr (CT og skjelettlab.). Det var nødvendig å bygge midlertidige lokaler for MR i kjelleretasjen for å kunne opprettholde sikker drift i byggefasen. I tillegg har det vært behov for forsterkning av gulv i 2.etg som følge av vektøkning på ny MR og CT.

Det er også funnet skjevheter i utvendig fasade på eksisterende bygning som krever større oppretninger på bæresystemet for utenpåliggende fasadekassetter.

Endringene i forutsetningene, samt avdekte feil og mangler i foreliggende tegningsgrunnlag, har medført omfattende omprosjektering.

Det nye helikopterdekket etableres først i forbindelse med arbeidene i fløy B, men det er utført forberedende arbeider på taket av fløy A.

De tekniske entrepriser er organisert som samspillentrepriser etter totalentreprisemodell. Mens de bygningsmessige entrepriser er inngått som byggherrestyrte sideentrepriser. Arbeidene er organisert i til sammen 19 entrepriser som koordineres av byggherren, men som krever et godt samarbeide og samordningsvilje mellom alle aktører. Nordlandssykehuset legger stort arbeid i å følge opp de enkelte entreprisens fremdrift for å tilrettelegge for koordinert fremdrift

Det arbeides etter detaljerte fremdriftsplaner som forutsetter at A-fløyen kan tas i bruk i juni 2018. Ombygging av B-fløyen starter umiddelbart etter innflyttingen i A-fløyen og regnes ferdig i november 2019.