



Styresak 060-2019

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2018

Saksbehandler: Paul Martin Strand, Beate Sørslett, Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen m.fl
Dato dok: 18.06.2019
Møtedato: 25.06.2019
Vår ref: 2019/4575

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 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 besvare om foretaket:

- Oppnår ønskede mål og resultater.
- Overholder gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger.
- Har et styringssystem som bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

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 2019 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.

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.

Nordlandssykehuset HF

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2018

1 Innhold

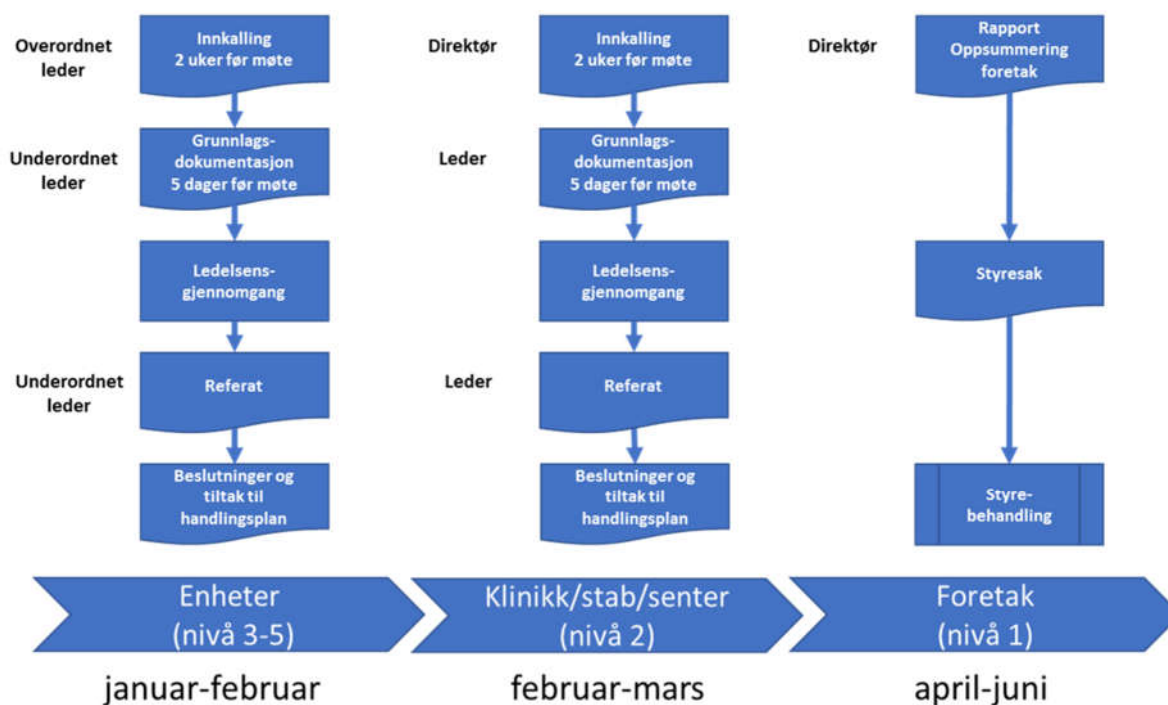
2	Innledning.....	4
3	Klinisk virksomhet.....	5
3.1	Dreining fra døgn til dag.....	5
3.2	Bemanning og rekruttering	5
3.3	Kapasitet psykisk helsevern og rus.....	6
3.4	Ny spesialistutdanning for leger.....	6
3.5	Medisinteknisk utstyr.....	6
3.6	Bruk av kompetansemodulen	6
3.7	Ventetid og fristbrudd.....	7
3.8	Kvalitet- og forbedringsarbeid.....	7
3.9	Videre oppfølging av klinisk virksomhet	7
4	Foretaksspesifikke områder	8
5	Merkantile støttetjenester	9
6	Personalområdet.....	10
6.1	Heltidskultur, reduksjon av deltid	10
6.2	Lederutvikling	11
6.3	Helse, miljø og sikkerhet	11
7	Fagavdelingen.....	14
7.1	Videreføring av pasientsikkerhetsprogrammet når det nå skal over i linjen hos oss og i regionen.	14
7.2	Brukerutvalg og ungdomsråd og den gode jobben som er gjort	14
7.3	Utfordringer med Barn som pårørende arbeidet i Nordlandssykehuset	14
7.4	Utfordringer med en systematisk og overordnet tilnærming til klinikkovergripende fagprosedyrer.	14
7.5	Implementering av Induct, og prosesser for innovasjonsarbeid.....	14
8	Samhandling med kommuner og primærhelsetjenesten	15
9	Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og ytre miljø	16
9.1	Styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring	16
9.2	Eksterne tilsyn/revisjoner i foretaket.....	16
9.3	Interne revisjoner:	17
9.4	Kvalitets- skadeutvalg i NLSH HF	17
9.5	Risikostyring	17
9.6	Informasjonssikkerhet og personvern.....	18
9.7	Ytre miljø	19
10	IKT og e-helse	20

10.1	Revidering av styringsmodell for regional systemforvaltning.....	20
10.2	Forvaltning IKT leverandøravtaler.....	20
10.3	Driftsavtale med Helse Nord IKT og Helse Nord RHF	20
10.4	Regional porteføljestyring	20
11	Bygg og infrastruktur	21
12	Beredskap og sikkerhet	23
13	Økonomi /bærekraft	24
14	Risikostyring og måloppnåelse av krav i oppdragsdokument fra Helse Nord 2018.....	25

2 Innledning

Nordlandssykehuset skal 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. Rapporten er en samlet oppsummering av ledelsens årlige gjennomgang ved Nordlandssykehuset for 2018 og beskriver status og utfordringer knyttet til hele styringssystemet ved foretaket.»

Figuren viser hvordan ledelsens gjennomgang gjennomføres i foretaket:



3 Klinisk virksomhet

I 2018 var den kliniske virksomheten organisert i 8 klinikker, men etter samling av operative fag i Kirurgisk klinikk i 2019 har vi pr tiden 7 klinikker. Prosessen med omorganisering av klinikkene skal ferdigstilles i løpet av 2019 med endelig organisering av barn, rehabilitering, reumatologi og nevrologi.

Økonomi er ikke hovedfokus i LGG, men foretakets økonomiske situasjon med behov for betydelige årlige omstillingsplaner er utfordrende. For klinikkene betyr det at muligheten for å ivareta nye oppgaver eller økning i eksisterende er vanskelig, siden de fleste ikke kommer med ekstra finansiering.

Nedenfor er en gjennomgang på områder fra den kliniske virksomheten som er fremkommet via LGG, denne vil ikke være en komplett oversikt over alle områder i klinisk virksomhet og må sees i lys av annen rapportering som årlig melding, årsrapport, virksomhetsrapportering mv. Vi ser at det er stor overlapp mellom utfordringer som beskrives i LGG og behov som ble synliggjort i arbeidet med strategisk utviklingsplan.

3.1 Dreining fra døgn til dag

Dette er for foretaket en ønsket utvikling fordi vi mener at det i de fleste tilfeller er et gode for pasientene. Nordlandssykehuset startet systematisk arbeid med dette i forbindelse med «Modernisering av kirurgiske pasientforløp» i 2014. I forbindelse med ombygging i Bodø har antall senger vært forbigående redusert, noe som nok har bidratt til en raskere dreining også innenfor andre fag enn kirurgiske. ISF for dagpasienter er betydelig lavere enn døgn, noe som årlig har vært gradvis noe kompensert ved revisjon av ISF-finansieringen. Lavere ISF kombinert med at reduksjon i liggedøgn på de enkelte sengeposter ikke har vært stor nok til at antall senger og pleiere på sengepost er endret gjør at dette blir økonomisk krevende for foretaket. Utredning og behandling av pasienter via dag/poliklinikk betyr at klinisk personell må være klare når pasienten er tilgjengelig versus at inneliggende pasienter tas når klinisk personell er tilgjengelig. Så langt ser vi at dette har medført et høyere behov for personell.

Både for Lofoten, Vesterålen og Bodø har vi utfordring med tilstrekkelig areal for poliklinikk og dagbehandling. For Bodø vil vi få noe bedring når renovering av AB-fløya er ferdig og A3 tas i bruk for dette. I Lofoten er det etablert en ny kontormodul i forlengelsen av medisinsk poliklinikk for å øke antall kontorer tilgjengelig for poliklinikk, i tillegg vil det høst 2019 gjøres noen mindre tilpassinger på medisinsk poliklinikk for å øke funksjonalitet i eksisterende rom. For Vesterålen må vi høst 2019 vurdere om dagens bruk av tilgjengelige areal er optimal.

Også innenfor barnehabilitering har vi denne utviklingen, det rapporteres derfor fra klinikken at eksisterende areal i K-fløya ikke er tilstrekkelig for en effektiv drift. I 2019 er det frigjort to kontorer i K5 til barnehabiliteringen for å øke kapasiteten.

3.2 Bemanning og rekruttering

Innenfor flere fagområder, lokasjoner og yrkesgrupper har vi utfordring i forhold til bemanning og rekruttering. For Lofoten og delvis 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 i tillegg mangel på spesialsykepleiere. Mangel på operasjonssykepleiere har vært en flaskehals for økt operativ aktivitet. Det uteksamineres ett nytt kull i 2020, og alle studenter med stipend fra Nordlandssykehuset har fått tilbud om stilling. Vi har også hatt et økende behov for innleie av spesialister innenfor psykisk helsevern og rus. Radiologi er ett område hvor vi over tid har hatt et høyt nivå av innleie, men dette er redusert fra 2019.

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

3.3 Kapasitet psykisk helsevern og rus

Psykisk helse og rus klinikken ser en utvikling med stadig sykere innlagte pasienter og behov for økt skjermingskapasitet. Dette kan ha sammenheng med endringer i lovverket.

Etter nytt lovverk er det vanskelig å kunne opprettholde tvungen behandling hos pasienter som responderer relativt godt på behandling, men som ikke er villig til å ta medikasjonen videre etter at tvangsvedtaket er opphevet. Det er en klar intensjon i det nye lovverket at personer skal få lov til å si nei til behandling med økt risiko for tilbakefall. Tilbakefall medfører ofte tidkrevende behandling og jo flere tilbakefall, jo større fare for kronifisering og manglende evne til å komme tilbake til det opprinnelige funksjonsnivået. Vi opplever at dette øker presset på alle deler av tjenesteapparatet innenfor psykisk helsevern, men spesielt de lukkede døgnplassene; sikkerhetsenhet og akuttavdelingen.

Det er besluttet en mindre ombygging for å øke skjermingskapasiteten noe. I forhold til øvrig bygningsmasse i Rønvik pågår en egen prosess, det vises til styresak 18-2019.

3.4 Ny spesialistutdanning for leger

Ny spesialistutdanning for leger er implementert fra 1. mars 2019. Det er sendt søknad om fortsatt å være utdanningsvirksomhet for 32 spesialiteter, herunder ny spesialitet innen akutt- og mottaksmedisin. Det gjenstår fortsatt mye arbeid i forbindelse med ny spesialistutdanning. Ny spesialistutdanning er en kvalitetsreform, med økt avsatt tid til undervisning og veiledning. Dette vil medføre at leger i spesialisering hos oss har mindre tid en tidligere til direkte pasientrettet arbeid, og vi har allerede fått tilbakemeldinger om behov for økning i antall LIS for å ivareta den kliniske driften.

3.5 Medisinteknisk utstyr

Innmeldte behov for utskifting av medisin teknisk utstyr fra klinikkene er betydelig høyere enn tilgjengelige rammer. Dette medfører at utskifting skjer først etter brekkasje og ikke planmessig i forkant. Flere klinikker melder om at dette gir utfordringer i driften, både i forhold til kvalitet og effektivitet.

Styret behandlet desember 2016 investering i ny automasjonsløsning ved sentrallaboratoriet i Bodø. Denne anskaffelsen er av ulike årsaker blitt betydelig forsinket, noe som gjennom 2018 og så langt i 2019 har medført drift med betydelig risiko for driftsstans på grunn av gammelt utstyr. Avtale med leverandør ble skrevet mai 2019 og prosessen for etablering er nå i gang.

3.6 Bruk av kompetansemodulen

Kompetansemodulen er tatt noe varierende i bruk mellom klinikkene. Fokus for 2018 og første halvdel av 2019 har vært å få en felles kompetanseplan for alle ansatte og innhold i ny LIS utdanning. Videre fremover vil det arbeides med medisinskfaglige kompetansekrav og/eller planer som skal være felles for hele foretaket. Ambulansetjeneste og operasjon er to områder som har kommet godt i gang med å bruke kompetansemodulen

3.7 Ventetid og fristbrudd

Vi har utfordringer i forhold til utviklingen på ventetid og fristbrudd. Vi har flere områder med økt antall henvisninger. Det gjøres vurderinger minst årlig på om vi har rett og tilstrekkelig bemanning for å ivareta pasientene som henvises oss. Så langt har løsningen vært å arbeide med logistikk for å øke kapasiteten i tillegg til økning i antall ansatte. Areal har vært identifisert som en begrensende faktor, hvor vi arbeider for økt kapasitet i Lofoten i 2019 og Bodø fra 2020.

3.8 Kvalitet- og forbedringsarbeid

Foretaket har over tid jobbet målrettet med kvalitet- og forbedringsarbeid. I 2018 startet Nordlandssykehuset egen utdanning i forbedringsarbeid (trinn 2 i kompetansetrappen jamfør strategisk utviklingsplan) med deltagere både fra klinikkene, senter og stab.

Foretaket 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.

Det pågår flere større og mindre forbedringsprosjekt både internt i avdeling/ klinikk og på tvers av flere klinikker.

De siste årene har innføring av «early warning score» for tidlig oppdagelse av forverret tilstand gradvis blitt innført i foretaket, og fra 2019 også innenfor psykisk helsevern og rus. Vi har fortsatt utfordringer i forhold til bruk av dette systemet, f.eks at forverret score initierer rett respons. Fokus fremover blir å sørge for kontinuerlig opplæring av nye ansatte, samt hvordan ulike scoringer skal initiere rett respons.

Et annet område hvor vi ikke har oppnådd ønskede resultater er reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika.

Nordlandssykehuset har prosesser som ser på hvordan bedre overgang fra barn til voksen, men arbeidet er ikke kommet så langt som vi skulle ønske og trenger økt fokus fra foretaksledelsen.

3.9 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.

4 Foretaksspesifikke områder

For foretaksspesifikke områder, som gjelder fagområder der en klinikk har et felles foretaksspesifikt fagansvar, blir gjennomgått i ledelsens gjennomgang med de respektive klinikker/senter/staber.

Dette gjelder følgende områder:

- Strålevern
- Human celler og vev
- Organdonasjon
- Beinbank
- Smittevern
- Brannvern
- Ytre miljø – ISO 14001

Gjennomgangen viser ingen særskilte funn og vurderes som tilfredsstillende.

5 Merkantile støttetjenester

De merkantile støttetjenestene både innenfor somatikk og psykisk helsevern og rus er hovedsakelig organisert i Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD). Det er noen funksjoner som ligger igjen i klinikkene, men hvor SKSD har ansvar for utarbeidelse av foretaksovergripende prosedyrer.

Etablering av SKSD ble behandlet i AMU november 2016. Gjennom 2017 og 2018 er personell fra klinikkene gradvis overført etter forutgående prosess med hver klinikk hvor det er opprettet en Service og leveranseavtale.

SKSD har etablert seg slik at seksjonsledere skal ha kapasitet til å ivareta personalansvar og jobber kontinuerlig med å redusere sykefravær i egne enheter, mens rådgivere i stor grad bidrar med utarbeidelse og rådgivning på faglige retningslinjer. Det merkantile miljøet har historisk hatt et høyt sykefravær, men trenden er nedadgående i alle enheter. Det gjøres også tiltak i samarbeid med HR og NAV for at ansatte skal stå i korrekt stillingsbrøk utfra personlige forutsetninger. Senteret har opprettet en egen vikarpool, og vikarpool i kombinasjon med arbeidsglidning på tvers av seksjoner og lokasjoner gjør at senteret i større grad kan flytte ressurser etter hvor restansene til enhver tid er størst.

Avdeling for post og dokumentasjon har gjennom 2018 fått ansvar for flere sentraliserte oppgaver. Dette har ført til lavere restanser og høyere kvalitet på arbeidet. Som ansvarlige for sak og arkivsystem stod de ansvarlig for innføring av nytt system «Elements», dette arbeidet ble utsatt pga manglende funksjonalitet i produkt. Det er planlagt utrulling Elements mars 2019.

Ansvar for forvaltning og opplæring i kliniske systemer er tillagt SKSD. Dette inkluderer utarbeidelse av kompetansekrav/planer innenfor området som er felles for hele foretaket. Fra 2019 er det etablert en driftsenhet/stab som skal ivareta funksjonen for hele foretaket, inklusive implementering av elektronisk kurve og DIPS Arena.

6 Personalområdet

6.1 Heltidskultur, reduksjon av deltid

I henhold til styresak 050/2018 ble Bemanningssenteret etablert høsten 2018 for å kunne tilby våre ansatte hele, faste stillinger og dermed redusere bruk av midlertidig ansettelser, merarbeid, overtid, innleie og bruk av tilkallingsvikarer. Bemanningssenter er vårt viktigste tiltak for å redusere deltidsarbeid. Det jobbes derfor både kort- og langsiktig for å etablere en heltidskultur i foretaket.

At flere av våre sykepleiere får tilbud om fast og utvidet stilling vil kunne bidra positivt til både pasientbehandling, arbeidsmiljø og på sikt økonomien. Noe som igjen vil medføre en økt stabilisering og rekruttering av sykepleiere.

Erfaringer fra oppstart av Bemanningssenteret vil benyttes i det videre arbeidet, både når det gjelder å utvide mot flere lokasjoner i Nordlandssykehuset og mot andre yrkesgrupper slik som helsefagarbeidere. Vi vil også jobbe for å etablere traineestillinger i foretaket. Disse traineestillingene vil også tilbys som heltid, og vil gi nyutdannede sykepleiere en trygg og god innfasing i sykehuset.

Andre tiltak for å redusere deltid er kursing og opplæring av ledere når det gjelder deltidsansattes rettigheter, for eksempel i forhold til fortrinnsrett og hvilken policy som er nedfelt i foretakets retningslinjer på dette feltet. I 2018 ble det i tillegg til generell opplæring i temaet i forbindelse med lederprogrammet også avholdt et eget kurs om deltidsansattes rettigheter.

6.2 Innleie

Nordlandssykehuset har over år vært avhengig av innleie av personell for å sikre drift. Dagens nivå av innleie gir redusert stabilitet i enkelte avdelinger, noe som kan utfordre både på kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg har vi et innleienivå som er økonomisk belastende. Likevel ansees det ikke realistisk innenfor dagens tjenestetilbud med en betydelig reduksjon i innleie.

Det viktigste tiltaket for å redusere innleie så langt har vært utdanning av egne spesialister og spesialsykepleiere. For leger ser vi at det er enkelte avdelinger hvor bruk av stipend under gruppe I tjeneste har vært lite utbredt. Dette sammenfaller i stor grad med der vi i dag har mangel på spesialister og gjelder Lofoten og Vesterålen, samt enkelte fagområder i Bodø. Fremover vil vi aktivt forsøke øke bruk av stipend her, for å motivere til at LIS kommer tilbake til enheten etter fullført spesialisering. Spesialistutdanningen av leger er nylig endret og fremover vil det være viktig at LIS som trenger tjenestested utenfor Nordlandssykehuset har mulighet til tjeneste både ved UNN og øvrige universitetssykehus i Norge. Dette for at Nordlandssykehuset skal være attraktivt utdanningssted og at vi får fagmiljø med god bredde og erfaringsbakgrunn. For spesialsykepleiere ser vi at de fleste tidlig arbeider ved avdelinger hvor utdannelsen er relevant, mens bildet endres på lengre sikt. Fokus fremover blir på stabilisering, hvor det både må sees på arbeidsforhold, mentor- og veiledningsordninger og lønnsbetingelser.

6.3 Rekruttering

Å tilføre riktig og tilstrekkelig kompetanse er et langsiktig arbeid rettet mot flere områder. Studenter i praksis, leger i spesialisering, lærlinger og ulike hospitantordninger er fremdeles vår viktigste rekrutteringsarena. Vi har betydelige rekrutteringsutfordringer innenfor flere spesialiteter, særlig gjelder dette legegruppen. Nordlandssykehuset rekrutterer spesialister primært via to metoder: Gjennom ekstern rekruttering og ved systematisk utdanning og kompetanseutvikling av eget personell.

«Rekruttering i Nordlandssykehuset 2016-2020 – strategier og tiltak», er et viktig strategisk virkemiddel i et målrettet arbeid på dette området. Helse Nord sin Rekrutteringsveileder, som ble

utarbeidet av det regionale rekrutteringsnettverket, ble vedtatt høsten 2018 og implementeringsarbeidet er i gang.

Når det gjelder kompetanseutvikling av eget personell er de viktigste tiltakene så langt at Nordlandssykehuset gjennom flere år har hatt stipendordning for sykepleiere som utdanner seg til spesialsykepleiere og leger som skal i gruppe I tjeneste. Omfang på og hvem som har fått stipend har vært avgjort av foretakets økonomi og behov. I flere tilfeller har behovet vært større enn økonomisk mulighet, og vi har da måtte si nei til ansatte innenfor utdanningsløp som vi i utgangspunktet har behov for.

Ved gjennomgang av de som har fått stipend de siste fem årene ser vi at flesteparten av disse i dag arbeider i Nordlandssykehuset ved aktuell avdeling.

Lærlingetjenesten:

Nordlandssykehuset er tillagt regional funksjon og ledelse av regionalt fagnettverk. Hovedoppgaver for nettverket er regionalt samarbeid og erfaringsutveksling om videre satsning på rekruttering, faglig utvikling og kvalitetsarbeid tilknyttet helsefagarbeiderlæringer i Helse Nord. Hovedfokuset i 2018 har vært å styrke og videreføre lærlingeordningen etter oppbygging i prosjektperioden. Fagnettverket har også bidratt med å dele erfaringer og innspill til andre helseforetak i landet basert på Nordlandssykehusets ordning.

Omstilling av personell:

Det ble i 2018 etablert et omstillingsteam i HR-avdelingen som gjennomgår alle stillinger før de eventuelt lyses ut, slik at vi på en bedre måte kan ivareta vårt arbeidsgiveransvar for overtallige ansatte og ansatte med helseutfordringer. Omstillingsteamet får oversikt over ansatte med omstillingsbehov fra de ulike klinikkene, stabene og sentrene samt IA-teamet.

6.4 Lederutvikling

Nordlandssykehuset har høy turnover på enhetslederstillinger, og vi har etablert ledermobiliseringsprogrammet og et eget lederprogram for å rekruttere nye ledere og videreutdanne de vi har.

Kull 2 på ledermobiliseringsprogrammet ble startet opp i september 2018 og løper til mai 2019. 13 kandidater fra klinikkene og staber deltar denne gangen. Prosjektet ledes fra HR og 2 kliniksjefer samt en rådgiver fra HR deltar som veileder. 5 av 13 aktiviteter er gjennomført, og den regionale treningssamlingen ble gjennomført i samarbeid mellom Helse-Nord og Helse-Sørøst, hvor mer enn 70 kandidater fra de to regionene deltok. Så langt ser programmet ut til å virke etter sin hensikt. Vi vet fra forrige kull at mer enn halvparten av kandidatene kom inn i lederjobb i løpet av 1-2 år etter fullført program.

Lederprogram for enhetsledere og ass. enhetsledere ble gjennomført fra oktober 2017 til januar 2018. Neste program ble gjennomført i perioden april til oktober 2018. Det har vært i underkant av 40 ledere på hvert program. Programansvaret ligger i HR-avdelingen, og det benyttes interne forelesere fra foretaket på de fleste temaene.

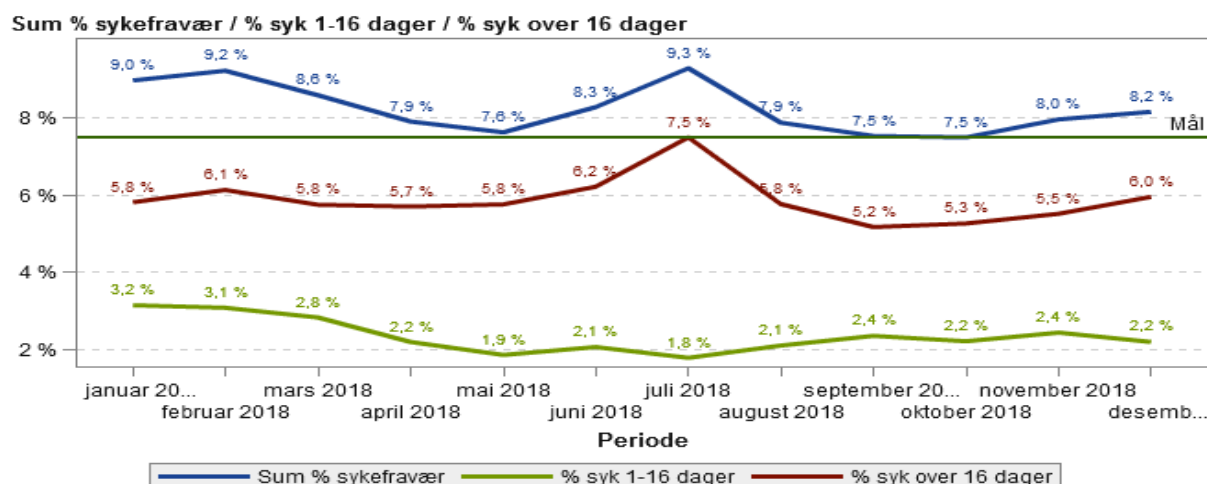
6.5 Helse, miljø og sikkerhet

Foretaket sørger for opplæring av ledere og verneombud, inkludert HMS grunnkurs. HMS er også et tema i foretakets lederprogram. Andre aktiviteter på HMS området har vært oppfølging i byggeprosjekt Sentrum Bodø, diverse yrkeshygieniske målinger, planlegging og bidrag til influensavaksine, bistand og opplæring i risikovurderinger, konflikthåndtering, faktaundersøkelser,

bistand ved tilsyn fra Arbeidstilsynet og ved lukking av pålegg gitt av Arbeidstilsynet samt arbeidsmiljøkartlegginger i flere enheter.

Nærværprosjektet i Prehospital klinikk ble igangsatt som følge av et sykefravær på mer enn 12 %. Resultatet for 2018 for klinikken ble på 9,7 %. Flere av fokusområdene videreføres i klinikken.

Sykefravær NLSH 2018:



På foretaksnivå var målet på totalt sykefravær satt til under 7,5 %, og et korttidsfravær på under 2%.

Måloppnåelse:

- Akkumulert totalt fravær 8,2% fordelt slik:
- Langtidsfravær 5,8%, korttidsfravær 2,4%

Årsakssammenhenger for langtidssykemeldte følger stort sett de nasjonale grupperingene i kategorier for muskel og skjelett og lettere psykiske lidelser. Tre-delt turnus er krevende, og noen av de langtidssykemeldte sliter med å gå natt. Dette gjelder spesielt dem som får/utvikler kroniske lidelser

Selv om måltallet ikke er oppnådd er sum fravær både på langtids- og korttidsfravær stabilt. I forhold til de mange utfordringene foretaket har stått i gjennom året, ansees det som positivt at fraværet ikke øker.

Arbeidet med ny **IA-strategi** skulle vært startet høsten 2018, men ble utsatt i påvente av avklaringer rundt ny intensjonsavtale som ble inngått mellom partene i arbeidslivet i desember 2018. To nye hovedmål er definert, og disse vil naturlig være med på å danne grunnlag for ny IA-strategi for NLSH. Ny IA-strategi er nå utarbeidet sammen med ledere og tillitsvalgte/HVO og behandlet i AMU.

AML-brudd:

I 2018 har avdelingen hatt et stort fokus på reduksjon av AML-brudd, og hadde en nedgang på 3588 brudd fra året før. Det ble gjort en grundig gjennomgang av utviklingen på dette området i forbindelse med arbeidet med sak om AML-brudd som ble behandlet av styret i mai 2018. Det ble i den forbindelse blant annet avholdt kurs i «AML- og AML- dispensasjoner i GAT» for alle klinikker. Det har blitt gitt månedlige rapporter til direktøren, som har vært lagt fram på statusmøtet. Direktøren har med alle kliniksjefer og avdelingsledere.

AML-brudd er også et av de faste temaene på samarbeidsmøtene mellom HR-avdelingen og de ulike klinikkene. Rådgivere i teamet som arbeider med arbeidstid og GAT har hatt løpende kontakt med ledere gjennom hele året i forbindelse med behov for bistand på dette området.

Medarbeiderundersøkelse:

Den nye medarbeiderundersøkelsen «ForBedring» ble gjennomført første gang i februar 2018 med en svarprosent på 79,9 % for foretaket. Resultatene fra undersøkelse gir et godt oversiktsbilde over arbeidsmiljøsituasjonen i foretaket og ned til enkeltenheter, og er et godt grunnlag for enhetene til å planlegge forbedrings- og bevaringstiltak. Den er også et godt utgangspunkt for å vurdere om det trengs grundigere undersøkelser av arbeidsmiljøet. Fra og med 2019 inkluderes tiltak etter ForBedring i de enkelte klinikker/avdelinger/enheters øvrige HMS-planer.

7 Fagavdelingen

Proessen med etablering av fagavdeling startet i 2018 og ble AMU behandlet januar 2019. Fagavdelingen har samlet enheter som tidligere enten var i klinikk, HR eller hos medisinsk direktør. Nedenfor er en oppsummering av områder som trenger særskilt fokus fremover.

7.1 Videreføring av pasientsikkerhetsprogrammet

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» ble avsluttet i 2018 og ansvaret for videreføringen av arbeidet ligger nå på de regionale og lokale helseforetakene. I oppdragsdokumentet for 2019 er Regional kompetansetjeneste i Nordlandssykehuset tildelt oppgaven med å bistå de andre helseforetakene i regionen med denne jobben, i tillegg til i eget foretak. Det blir viktig i 2019 å definere hva en videreføring betyr og velge ut noen områder som man kan jobbe med regionalt/lokalt.

7.2 Brukerutvalg og ungdomsråd

Nordlandssykehuset har et velfungerende brukerutvalg og et aktivt ungdomsråd som har utført sitt arbeid i tråd med sine mandat. I tillegg har brukere medvirket i en rekke prosjekter innen organisasjonsutvikling, kontinuerlig forbedring, læring og mestring samt forskning. Planlagte mål for 2018 vedrørende brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, er nådd og det blir viktig å videreføre dette viktige arbeidet samt jobbe med brukermedvirkning på individnivå i 2019.

7.3 Utfordringer med Barn som pårørende arbeidet

Arbeidet med Barn som pårørende i Nordlandssykehuset er ikke tilfredsstillende. Av kjente utfordringer kan det nevnes at det ikke er satt av nok til dette arbeidet enkelte steder i organisasjonen og vi har ikke nok dedikerte klinikkoordinatorer, det nye regelverket knyttet til søsken som pårørende er ikke implementert og undervisningen/veiledningen av koordinatorene er mangelfull. Dette arbeidet må gjennom 2019 omorganiseres slik at vi svarer opp de føringer som er lagt og gir et godt Barn som pårørende tilbud i Nordlandssykehuset.

7.4 Utfordringer med klinikkovergripende fagprosedyrer

Nordlandssykehuset har ikke et tilfredsstillende system for å jobbe med klinikkovergripende fagprosedyrer. Dette gjelder både overordnede strukturer som mangler og prioritering av arbeidet med disse fagprosedyrene i fagmiljøene. Det må derfor igangsettes et arbeid for å identifisere alle utfordringer slik at man kan starte planleggingen av et overordnet system. Dette er et arbeid som må utføres av Avdeling for E-helse og kvalitet, Fagavdelingen og de enkelte klinikkene i et samarbeid.

7.5 Implementering av Induct, og prosesser for innovasjonsarbeid.

Induct er en felles webbasert innovasjonsløsning som alle helseregionene har inngått en rammeavtale om. Løsningen skal støtte løpende innovasjonsarbeid i Nordlandssykehuset. Før implementering i Nordlandssykehuset må det gjøres strategiske avklaringer knyttet til målsetting med systemet og organisering av arbeidet slik at vi sikrer en mest mulig hensiktsmessig bruk av Induct.

8 Samhandling med kommuner og primærhelsetjenesten

God likeverdig 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.

I 2018 ble det gjennomført fem møter i Overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Samhandlingskonferansen med kommuner ble gjennomført med god representasjon.

For å sikre god samhandling med de 21 kommunene i Nordlandssykehusets nedslagsfelt, 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.

Det ble i 2018 opprettet Fastlegeråd, som skal ha som hovedformål å bidra til god kontakt med fastlegene og sykehuslegene.

9 Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og ytre miljø

9.1 Styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring

Foretakets styringssystemet omfatter de aktiviteter, systemer og prosesser som foretaket bruker for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter slik at de er i samsvar med foretakets mål. Styringssystemet NLSH HF følger krav og føringer fra eier og myndigheter inkludert kravene i:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
- Styringssystem for informasjonssikkerhet
- System for miljøstyring, omfatter Nordlandssykehusets påvirkning på det ytre miljøet (ISO 14001:2015).
- Medisinske laboratorier - Krav til kvalitet og kompetanse (ISO 15189:2012)

For å sikre at alle ansatte i foretaket har tilstrekkelig kompetanse og forståelse av foretakets styringssystem så er dette en del av foretakets kompetanseplan. Her har vi valgt å differensiere kravet, alle ansatte skal kjenne til at foretaket har et styringssystem mens ledere skal ha inngående kunnskaper og forståelse av styringssystemet. I tillegg til kravet som ligger i kompetanseplanen så er temaet også en del av pensumet i foretaket lederprogram.

Helseforetaket har et eget internrevisjonsnettverk og det ble i 2018 avholdt 2 møter.

Kompetansehevning:

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. I den travle hverdagen våre ansatte står i så er det viktig at de kjapt og enkelt kan melde forbedringer og avvik.

Utviklingen i melding av avvik og forbedringsforslag 2013-2018:

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antall avvik meldt	3145	3808	4576	4626	4717	4540
Antall åpne avvik *	1*	26*	103*	132*	371*	1085
Antall ulike meldere	992	1181	1321	1358	1353	1385
Forbedringsforslag	11	15	279	196	207	188
Totalt antall pasienthendelser	628	733	832	890	872	768
Pasienthendelser sendt til Helsedirektoratet	238	261	265	221	165	166

* Åpne i 2019

9.2 Eksterne tilsyn/revisjoner i foretaket

Avdeling for kvalitet og e-helse (AKE) har ansvar for å ha oversikt på alle eksterne tilsyn og revisjoner som gjennomføres i foretaket og rapportere status til styret 3 ganger i året. Inntil gjennomførte eksterne tilsyn/revisjoner er lukket og lagt frem for styret blir de ikke fjernet fra denne oversikten. Tiltak fremmet gjennom disse eksterne tilsyn og revisjoner bidrar til forbedring i styringssystemet.

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.

9.3 Interne revisjoner

Det legges fortsatt ned mye arbeid i revisjonsarbeid i foretaket men vi ser at det har vært en nedgang i 2018. Dette følges opp i planarbeidet med internrevisjoner 2019.

9.4 Kvalitets- skadeutvalg i NLSH HF

AKE ivaretar sekretariatsfunksjon for begge kvalitets- skadeutvalgene (somatikk og psykiatri) i foretaket. Den totale antall saker som behandles i arbeidsutvalg og Kvalitets- og skadeutvalg ligger på ca. 140 til 180 stk.

Det ble i 2018 avviklet:

- 6 møter i arbeidsutvalget for somatikk.
- 7 møter i Kvalitets- og skadeutvalg for somatikk.
- 3 møter i Kvalitets- og skadeutvalg for psykiatri.

9.5 Risikostyring

Daglig styring av risikostyring utøves i lederlinjen. Avdeling for kvalitet og e-helse er tillagt ansvaret for å påse og ivareta foretakets systematiske arbeid med risikostyring.

Risikostyring inngår i foretakets styringssystem og har som hensikt å identifisere forhold som kan påvirke foretakets mål hvis de inntreffer. I risikostyring inngår alle tiltak og aktiviteter som gjøres for å styre risiko. Dette er en fortløpende prosess på alle nivåer, i alle enheter, og for foretaket som helhet. Risikostyring fokuserer på oppnåelse av foretakets mål, overholdelse av gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger. Som en del av driften inngår arbeidet med å styre risiko i fortløpende i daglige styringsaktiviteter, blant annet:

- Oppfølging av tilbakemeldinger fra pasienter.
- Oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag.
- Avdelings-, klinikk- og ledermøter inkludert direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene.
- Internrevisjoner.
- Risikovurderinger.
- Endringskontroll.

Risikostyring generelt beskrives gjennom prosedyre *PR25911 Risikovurdering og risikostyring* i Docmap. Det er utarbeidet egne prosedyrer for avvikshåndtering og endringskontroll som beskriver håndtering av risiko ved de gjeldende områdene. Videre er også metodebeskrivelser av hvordan en praktisk kan jobbe med risikostyring innenfor disse to områdene utviklet. Disse finnes som veiledere referert til i de aktuelle prosedyrene. For målstyring vil aktuelle områder bli definert gjennom strategiprosesser på HF eller klinikknivå.

Risikovurderinger:

Risikovurdering benyttes som verktøy i forbindelse med blant annet planlegging, resultatoppfølging, forbedringsarbeid, endringskontroll og avvikshåndtering. Foretakets føringer for risikovurdering bygger på *NS5814:2008 Krav til risikovurderinger* og *NS-ISO 31000:2009 Risikostyring – Prinsipper og retningslinjer*.

Endringskontroll:

Foretaket sine retningslinje for endringskontroll *RL2650 Endringskontroll* skal sikre at endringer skjer forsvarlig og i tråd med foretakets kriterier for kvalitet- og risikostyring. Jf. retningslinjen skal det etter at endringen er beskrevet blant annet:

....gjennomføres risikovurdering slik at alle forutsetninger for å sikre forsvarlig drift er i tråd med gjeldende rammeverk gjennomgås.

Nye rutiner, endringer i eksisterende rutiner, nye systemer, nye systemversjoner, nytt utstyr, nye krav til kompetanse, ny organisering er eksempler på endringer hvor endringskontroll gjennomføres.

Ledelsens gjennomgang:

Ledelsens gjennomgang er et av verktøyene for sikre risikostyring av foretaket sin drift, intern kontroll og kontinuerlig forbedring. I foretaket er ledelsens gjennomgang organisert som en prosess som gjennomføres fra laveste ledernivå til direktør (foretaksnivå). I denne gjennomgangen ligger det også en vurdering av om det er endringer som vil påvirke foretakets mål, aktiviteter eller styringssystem.

Der en ikke har oppnådd eller hvor det risiko for at en ikke oppnår ovenstående punkter bestemmes tiltak som inngår i handlingsplaner og forbedringsarbeid. Oppfølging av status og effekt av tiltak inngår som del av foretakets styringsaktiviteter. Ledelsens gjennomgang er således et element av foretakets risikostyring da en identifiserer mulige risikoer og tar stilling til hvilke tiltak som er påkrevd. Da prosessen er gjennomgående fra laveste ledernivå til administrerende direktør vil en underveis identifisere risikoområder som berører flere enheter i foretaket og hvor det er hensiktsmessig å samkjøre tiltak.

9.6 Informasjonssikkerhet og personvern

Daglig styring av informasjonssikkerhet og personvern utøves i lederlinjen. Avdeling for kvalitet og helse er tillagt ansvaret for å påse og ivareta foretakets systematiske arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet. Informasjonssikkerhetsansvarlig følger opp virksomhetens dataansvaret på vegne av administrerende direktør. Nordlandssykehusets har eget personvernombud.

For dette området rapporteres det status til styret årlig. Sist i styresak «2019-048 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet - status pr mai 2019»

Utvikling av trusselbildet i helse foretaket:

- Følges løpende opp i samarbeid med Helse Nord IKT
- Ser både på trusselbildet og tiltak som kan iverksettes lokalt og regionalt.
- Basert på risikovurderinger, inntrengingstester og anbefaling fra Norsk sikkerhetsmyndighet (NSM), er det startet et arbeide med å konkretisere forbedringstiltak for tilgangskontroll.

Trender fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner:

- Det gjennomføres risikovurderinger når ny behandling av personopplysninger påbegynner, ved endringer som har betydning for informasjonssikkerhet, når det gis tilgang til helse og personopplysninger og når trusselbildet endres. Innføringen av nytt regelverk har satt strengere krav til innføring av nye løsninger og tilhørende risikovurderinger. Det

gjennomføres derfor et betydelig større omfang av risikovurderinger enn tidligere. Risikovurderingene viser at fokuset på personvern og informasjonssikkerhet har økt, både blant ansatte og blant pasienter.

- Gjennomføring av kontroll av logger har blitt iverksatt i 2018. Dette bidrar til å øke fokus på informasjonssikkerhet og personvern.

Informasjonssikkerhetsavvik:

Det meldes inn flest avvik innenfor felt som omfatter hendelser der prosedyre ikke er fulgt. Dette følges opp via ordinære avviksrutiner i foretaket. Ved innføringen av ny personvernforordning foreligger det et krav om å melde avvik som kan ha betydning for personopplysningssikkerheten til Datatilsynet. Prosedyrer for håndtering av melding til Datatilsynet har blitt utformet i det reviderte styringssystemet for informasjonssikkerhet. Avvik som skal meldes til Datatilsynet håndteres løpende av informasjonssikkerhetsansvarlig og personvernombud.

Behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet:

Foretaket har gjennom arbeidet i regionalt Fagråd for informasjonssikkerhet i 2018 bidratt i revisjon av styringssystem for informasjonssikkerhet. Dette er et omfattende regionalt arbeid som vil fortsette i 2019. På nåværende tidspunkt ser vi ikke behov for endringer.

9.7 Ytre miljø

Ivaretagelse av ytre miljø utøves i lederlinjen og arbeidet oppsummeres i ledelsens gjennomgang for de enkelte klinikker/senter/staber. Avdeling for kvalitet og e-helse er tillagt ansvaret for å påse og ivareta foretakets systematiske arbeid med ytre miljø og sertifisering på ISO 14001.

Gjennom sertifisering på ISO 14001 blir foretaket revidert årlig og tiltak blir fulgt opp. Dette området rapporteres styret årlig. Sist i styresak «Sak 069-2018 Orienteringssak: Godkjent periodisk revisjon av ISO 14001:2015 - Miljøstyring».

Foretaket deltar i regional klima og miljøgruppe som ledes av Helse Nord RHF.

10 IKT og e-helse

Avdeling for kvalitet og e-helse er tillagt ansvaret for å påse og forvalte foretakets avtaleforhold, IKT bestillinger og IKT leverandører for systemporteføljen.

Ansvaret for foretakets lokale forvaltning og opplæring i kliniske systemer er tillagt senter for klinisk støtte og dokumentasjon.

10.1 Revidering av styringsmodell for regional systemforvaltning

For felles kliniske regionale systemer ble regional funksjonell forvaltning for EPJ, radiologi og lab er etablert på UNN HF og teknisk/merkantil forvaltning er hos HN IKT. Ansvarsforholdet mellom helseforetakene og den regional systemforvaltningsrollen som er etablert ved UNN er utfordrende. Den samlede kostnadsutviklingen både for ytelsene fra Helse Nord IKT og de regionale forvaltningssentrene gir økende kostandsutfordringer for dette området.

Ansvarsforholdet som databehandlingsansvarlig og beslutningsmyndighet for systemløsningene dekkes ikke slik det er organisert nå. Nordlandssykehuset kan ikke overlate det juridiske ansvar og beslutningsmyndighet til en annen juridisk enhet. Disse forhold har vært formelt tatt opp regionalt og det pågår fortiden et regionalt arbeid for å revidere dette.

Så langt er det besluttet at den regionale systemforvaltningsrollen som i dag er ved UNN skal endres ved at det regionale ansvarsforholdet skal ligge hos Helse Nord IKT som i dag også har teknisk og merkantil forvaltning. Mens det som hører til foretakenes ansvar og oppgaver legges lokalt i foretakene slik at det gir dataansvarlig den riktige kontroll og myndighet.

10.2 Forvaltning IKT leverandøravtaler

IKT kostnader utgjør en stor andel og fordrer tett oppfølging overfor tjenesteuttak, leverandører, avtaler og kostnader. Dette følges opp for de enkelte leverandører der det er behov for endringer, risikoanalyser, databehandleravtaler og kontroll. Dette arbeidet knyttes også opp mot revidering av driftsavtalen og driftstjenestene med Helse Nord IKT, de fleste IKT systemer driftes av Helse Nord IKT.

10.3 Driftsavtale med Helse Nord IKT og Helse Nord RHF

Høsten 2018 startet revidering av driftsavtalen mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for en nødvendig tilpasning til endring i rammebetingelser de siste år. Det er også knyttet opp til behovet for å få bedre kontroll med kostnadsutviklingen av drift og investeringer på IKT-området der den største leverandøren vår er Helse Nord IKT. Arbeidet planlegges ferdigstilt høsten 2019.

10.4 Regional porteføljestyling

Nordlandssykehuset er engasjert i arbeidet i Helse Nord sammen med de øvrige foretak for etablering av regional porteføljestyling og etablering av regionalt porteføljekontor. Dette skal gi helseforetakene, Helse Nord RHF og Helse Nord IKT en samlet oversikt og mulighet for oppfølging ved å se prosjektene i sammenheng ut fra valgte strategier.

Samspill mellom regional portefølje og samlingen av prosjekter som gjennomføres lokalt vil bli bedre og gi bedre oversikt, kontroll og ressursbelastning.

11 Bygg og infrastruktur

I 2018 har det vesentligste av byggarbeidene vært knyttet til påbygg og renovering av AB-fløyen (Høgblokken). Driftsmessig har det vært store utfordringer knyttet til disse arbeidene. Det er gjort en vertikal deling av fløene slik at det har vært sykehusdrift i en fløy mens det foretas byggarbeider i den andre. Fløy A ble tatt i bruk til klinisk drift (full drift) i juni 2018, samtidig som tekniske anlegg har vært i prøvedrift til senhøstes 2018.

Prøvedriftsperioden har i hovedsak bekreftet og dokumentert at de tekniske anlegg har fungert som forutsatt. Det er fremdeles noe som gjenstår før varmeanlegget blir overtatt og dette vil skje ved en samlet overtagelse for fløy A og B. Alle igangværende kontrakter har sluttoppgjør når fløy B er ferdigstilt høsten 2019. I siste halvår 2018 ble det arbeidet for fullt på fløy B.

Byggarbeidene har også i 2018 skapt belastning for de ansatte og pasientene. Det har vært rapporter en del innkjøringsproblemer i fløy A knyttet til støy, lukt og varme. Disse problemene er håndtert fortløpende i samarbeide mellom HMS-avdelingen, eiendomsdriften og utbygging. Det er satt inn ekstra byggeleder for å følge opp reklamasjonssaker ovenfor entreprenørene i fløyer vi har overtatt. Ved spesielle behov er det avholdt orienteringsmøter av avdelingen for nye sykehusbygg. Byggeaktiviteten har medført at aktiviteten på Radiologi i 2.etg i 2018 har måttet gjøre større driftstilpasninger enn først planlagt. Den gamle hovedinngangen ble høsten 2018 stengt for all trafikk. Det ble åpnet en midlertidig personalinngang gjennom østenden av fløy A. Det har også vært nødvendig med midlertidig tiltak etter som tøyutleveringen måtte flytt fra det gamle hovedinngangsområdet.

Det er gjennomføres fortløpende forhandlinger med entreprenørene i forbindelse med betydelige tilleggskrav som er presentert i forbindelse med byggingen av AB-fløyen. Dette vil pågå helt til sluttoppgjørene for de enkelte entrepriser. I 2018 ble de forberedende arbeider for lokalisering av PCI-laben i 2.etg i fløy AB startet.

Prosjektet er nå inne i fase 3 av byggetrinn 2 hvor hoveddelen av arbeidene er knyttet til renovering/utvidelse av fløy AB (høyblokken). Etter de siste vedtak som er gjort avsluttes byggetrinn 2 etter fase 3. Det arbeides etter en fremdriftsplan hvor hovedarbeidene i B-fløyen (gammel bygningsmasse) vil være ferdig 06.09.19, og start teknisk prøvedrift settes til etter 3 uker systemtesting, dvs. til 27.09.19. Basert på erfaringene fra tidligere ferdigstillinger/testing og opplæring vil ikke innflytting skje for tidlig i prøvedriftsperioden. Derfor er det nå besluttet at flytteperioden starter i uke 2/3 i 2020. Etter at flytting er gjennomført vil det gjenstå etterarbeider knyttet til:

- Ferdigstilling av AB-fløyen i AB U1.etg.
- Renovering etter avsluttet rokade.
- Ikke innrede en sengepost i fløy B.

Etter vedtak Helse Nord styret høsten 2018 er revidert investeringsramme fra Helse Nord RHF for Byggetrinn 2 nå satt til:

Ramme fra Helse Nord RHF	3717 mill kr
Omprioritering Nordlandssykehuset HF	160 mill kr
Revidert investeringsramme	3877 mill kr

Det forutsettes at finansieringsbehov utover dette dekkes av Nordlandssykehuset HF ved salg av boligmasse og interne omdisponeringer på andre budsjettposter.

Internt skjer tilsyn og kontroll av all planlegging og utførelse ved prosjekt- og byggeledelse. Ekstern kontroll gjøres ved tredjepartskontroll for spesielt krevende elementer.

Det ble i mars 2019 utført revisjon av byggeprosjektet av BDO AS, hvor følgende punkter ble gjennomført:

- Overordnet gjennomgang av rutiner for prosjektoppfølgning.
- Gjennomgang av avstemmingsrutiner mellom system for prosjektoppfølgning (ISY) og regnskapssystem (Agresso).
- Gjennomgang av fullmaktstruktur
- Gjennomgang av rutiner for å unngå misligheter
- Utvalgte detaljkontroller etter skjønn

12 Beredskap og sikkerhet

Det overordnede ansvaret for beredskapsplanverket i NLSH HF ligger hos administrerende direktør og utøves gjennom linjen hos de enkelte klinikker/senter/staber. Foretakets beredskapsutvalg er tillagt ansvaret for å påse og ivareta foretakets systematiske arbeid innenfor beredskapsområdet.

I 2018 ble beredskapsplanverket Pandemisk influensa (Pandemiplan) ferdigstilt. Dette arbeidet ble utført ved alle lokasjoner i HF og sydd sammen til en overordnet pandemiplan. Det er nå startet opp samtaler med kommunene for å samordne hverandres planverk i forbindelse med et pandemiutbrudd. Dette arbeidet vil fortsette inn i 2019.

Det er i tillegg startet opp arbeidet med å revidere beredskapsplanverket for CBRNE¹ hendelser. Nordlandssykehuset samarbeider med brann, politi, sivilforsvaret og forsvaret både innen planleggingen og opplæring.

Etablering og godkjenning av helikopterlandingsplassen ved sykehuset i Vesterålen forventes å være ferdig i første halvdel av 2019. For landingsplassen i Bodø har arbeidet med å utarbeide driftshåndbok startet opp.

Det har de siste årene blitt arbeidet mye for å redusere sårbarheten i forbindelse med bortfall av kritisk infrastruktur som leveranse av strøm, vann og IKT. Sårbarheten er redusert gjennom forskjellige tiltak ved sykehusene. Det er også opprettet samarbeid med kommunene hvor samkjøring av planverk, forutsigbar vannleveranse, felles øvelser og gjensidig bistand ved ROS er tema.

Beredskapsutvalget har startet opp med utarbeidelse av trusselvurdering og øvingsplan for Nordlandssykehuset.

Aktører i Totalforsvaret som PST, Sivilforsvaret, Forsvaret og Politiet har vært på besøk og presentert seg og sitt ansvarsområde for beredskapsutvalget samt katastrofeledelsen. Denne presentasjonen av ulike samvirkepartnere vil fortsette i 2019.

NLSH Vesterålen gjennomførte beredskapsøvelse i Vesterålen sammen med aktører fra vesterålskommunene og andre beredskapsaktører. Det ble en vellykket øvelse som fremmer samvirket. NLSH Sentrum var en del av Øvelse Nord i 2018. I følge evalueringen var øvelsesutbyttet ikke etter ønsket nivå. I 2019 er NLSH sin deltagelse blir betydelig redusert.

NLSH HF er en av representantene i Øvingsforum Nordland. Dette er et samarbeid mellom Brann, helse, Politi, Sivilforsvaret, Forsvaret og FORF² som skal koordinere øvingsaktiviteten mellom de forskjellige aktører. Arbeidet ledes av politiet, og har vis seg å være en fin arena for relasjonsbygging.

Det ligger store oppgaver foran oss som vi må få gjennomført. Som tidligere nevnt er helhetlig overordnet ROS en viktig oppgave, men også oppgaver som å utarbeide og samordne krigshelseberedskapen med forsvaret, reetablere CBRNE beredskapen, samordne øvingsvirksomheten. For å få økt fremdrift og kontinuitet i beredskapsarbeidet, savnes det en beredskapsplanlegger.

Direktøren har økt fokus og innsats på beredskapsarbeidet i Nordlandssykehuset.

¹ CBRNE = CHEMICAL BIOLOGICAL RADIOACTIVE NUCLEAR EXPLOSIVES

² FORF: FORF er en paraplyorganisasjon for frivillige organisasjoner som har sitt virke i redningstjenesten, for eksempel Røde kors, Norsk folkehjelp, Norske redningshunder mfl.

13 Økonomi /bærekraft

Plan for håndtering av foretakets bærekraftsutfordring er redegjort for i styresak 095-2018 Budsjett 2019, styresak 006-2019 Budsjett 2019 – oppfølging av sak 095-2018 og i styresak 034-2019 Rullering av plan for drift og investering - Bærekraftsanalyse 2020-2027 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. Nordlandssykehuset har fortløpende gjennom byggeperioden gjennomført organisatoriske og driftsmessige tiltak som har bidratt til kostnadsreduksjoner i tråd med forutsetningene for finansiering av nye bygg. Et vesentlig bidrag til gevinstrealisering har vært den betydelige omleggingen fra døgn til dag som har frigjort ressurser knyttet til sengepostdrift, og muliggjort effektivisering av pasientforløp gjennom økt kapasitet på poliklinikker og sammedagskirurgi. Nordlandssykehuset er nå inne i siste fase med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø, og ved ferdigstilling av høyblokka i 2020 vil den samlede kapasiteten endelig kunne økes.

I perioden 2010 til 2018 har foretaket i de årlige budsjettprosessene utarbeidet tiltaksplaner på i gjennomsnitt 112 mill kr pr år, og med en estimert gevinstrealisering på i gjennomsnitt 80-100 mill kr hvert år. Tiltaksplan for 2019 utgjør brutto 120 mill kr med estimert gevinst på om lag 91 mill kr inneværende år. Tiltakene for budsjett 2019 ble ved inngangen av året vurdert som realiserbare ut fra risikovurderingene som er gjort underveis, og det ikke identifisert tiltak som vil gi vesentlig konsekvens for tjenestetilbudet.

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. Iverksettelse av nye større kostnadsreduserende tiltak oppleves imidlertid stadig mer utfordrende for foretaket. Dersom økt aktivitet og/eller styrking av det eksisterende pasienttilbudet forutsettes løst gjennom mer bruk av ressurser innenfor framskrevne inntektsrammer, vil dette bli svært krevende uten større omstillingsarbeid.

Nordlandssykehuset har tidligere påpekt forhold knyttet til regional inntektsmodell knyttet til feil og mangler i modellen, samt urimelig vektning av kostnadsdrivere. Revidert inntektsfordelingsmodell ble behandlet av styret i Helse Nord i februar 2019, men denne revisjonen har bare justert for deler av identifiserte feil og mangler i modellen. Nordlandssykehuset etter revisjon av regional modell fortsatt underfinansiert med 30-50 mill kr årlig. Det arbeides nasjonalt med en ny nasjonal inntektsfordelingsmodell, og vedtaket i Helse Nord styret styresak 4-2019 innebærer at den regionale modellen igjen skal revideres når den nye nasjonale modellen er vedtatt. Nordlandssykehuset HF er kjent med at den nye nasjonale modellen vil benytte samme avstandsberegninger som de Nordlandssykehuset HF har lagt til grunn (avstand og befolkning i 2017/2018 - ikke i 2004) Det forventes at resultatet av revisjon av nasjonal modell vil bidra til økt finansiering både i form av at basistilskuddet som skal følge befolkningen i Nordlandssykehusets område korrigeres, og at regionale oppgaver finansieres på samme måte som ved UNN.

14 Risikostyring og måloppnåelse av krav i oppdragsdokument fra Helse Nord 2018

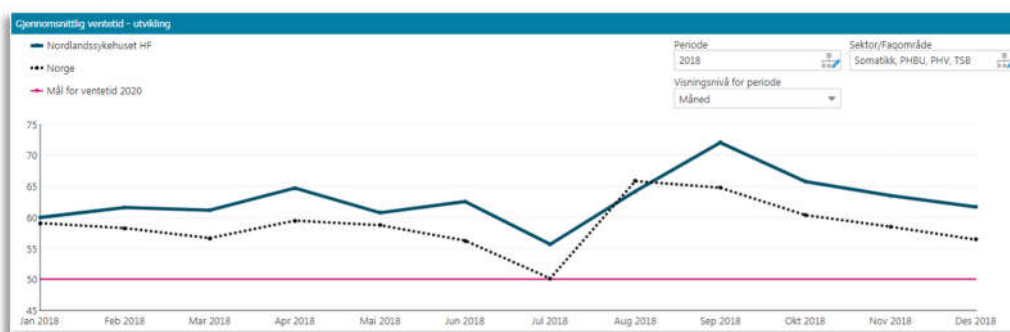
I oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF i 2018 var det krav om at fire overordnede mål skulle være særskilt gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. I tillegg var det forventet av foretakene utarbeidet lokale mål som skulle følges opp og rapporteres på lik linje med de fire overordnede målene.

Nordlandssykehuset organiserte prosess for å gjennomføre risikovurdering, styring og rapportering på målene som Helse Nord RHF. Helse Nord og foretakets mål ble rapportert på i foretakets årlige melding, ref.: «Styresak 016-2019 Årlig melding 2019».

Under følger en kort oppsummering av målene og måloppnåelsen.

Målområde 1 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen:

a) (M1a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter < 50 dager innen 2021



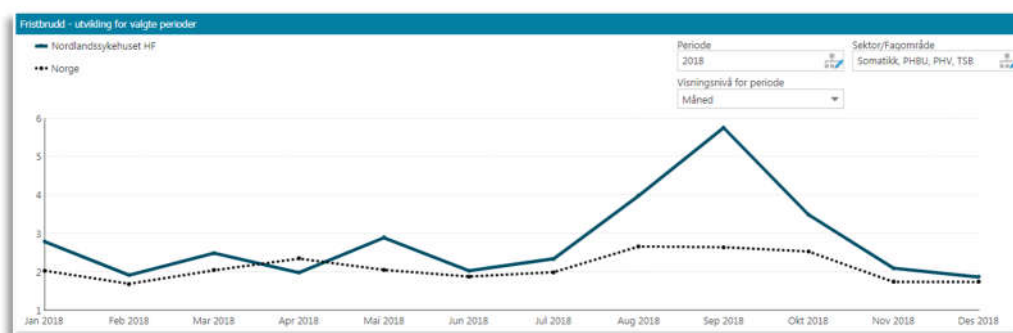
Nordlandssykehuset har i 2018 ikke oppnådd målet om gjennomsnittlig ventetid <50 dager. Administrerende direktør har jevnlig gjennomgang av utvikling på ventetid i sine fellesmøter med kliniksjevenes ledergruppe i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøte med den enkelte klinikk. Foretaket vil arbeide videre med reduksjon i ventetid både for ventende og i pasientforløp.

Ventetid for avviklede ligger høyere i Nordlandssykehuset enn snittet for landet.

I foretaket og innad i klinikkene gjennomføres det regelmessige statusmøter med fokus på ventetid. På fagområder hvor ventetiden er lang henvises pasienter til andre tjenestesteder eller avtalespesialister.

Fokus på rekruttering på fagområder hvor tilgang til fagpersonell kan ha innvirkning på ventetid.

b) (M1b) Det skal ikke være fristbrudd



Nordlandssykehuset oppnådde ikke styringskravet om null fristbrudd i 2018. I begynnelsen av 2015 hadde vi en andel på nesten 15 % og vi har siden da jobbet målrettet med ulike tiltak for å redusere andel fristbrudd. Både i 2017 og samlet for 1.tertial 2018 var andel fristbrudd blant avviklede 2,3 %. Fra slutten av 2.tertial 2018 økt andelen fristbrudd, både for avviklede og ventende. For august var det særlig Kirurgisk ortopedisk klinikk som hadde økning i antall avviklede fristbrudd. Dette skyldes kapasitetsproblem innenfor ortopedi som oppsto i forbindelse med ferieavvikling og sykefravær.

Administrerende direktør har jevnlig gjennomgang av utvikling på ventetid i sine fellesmøter med klinikkjefenes ledergruppe i tillegg til at det er tema i oppfølgingsmøte med den enkelte klinikk. Foretaket vil arbeide videre med reduksjon andel fristbrudd både for ventende og avviklede.

c) (M1C) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

69 % av pakkeforløp var i 2018 innenfor standard forløpstid. Det er variasjon med hensyn til lokasjon og de ulike kreftformene. For å ytterligere øke måloppnåelsen arbeides det med rekruttering av spesialister, hensiktsmessig fordeling av operasjonsstueressurs samt god tilgang på diagnostiske tjenester.

Målområde 2 (M2) Sikre god pasient- og brukervedvirkning:

Foretaket har publisert brosjyrer for flere behandlingsområdene. På nettstedet minebehandlingsvalg.no har foretaket bidratt til innhold f.eks. sykkelig overvekt.

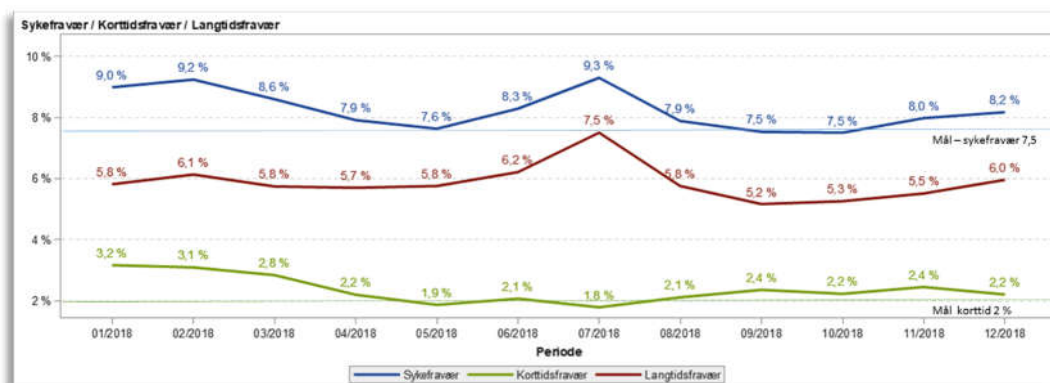
Foretaket har på sine hjemmesider publisert over 300 unike pasientbehandlinger/undersøkelser. Det er i foretaket funksjoner som bistår klinikkene i utarbeidelse av nye når det er behov for dette.

For å sikre at brukervedvirkning i forskningsprosjekter har foretaket etablert egen prosedyre, jf. PR47121 Brukervedvirkning i prosjekter og utvalg.

Foretaket benytter tolketjenesten når pasienter har behov for dette. Der pasienter har behov for det legges det til rette for bruk ledsager. Gjennom prosjektet vennligere sykehus er det prosedyrer som skal bidra til god kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell.

Målområde 3 (M3) Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell:

Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.



Det totale sykefraværet for NLSH i 2018 ble på 8,2 % mot 9 % ved inngangen av 2018. Måltallet på 7,5 % eller lavere er ikke oppnådd. For inneværende år er det også satt et mål om at korttidsfraværet ikke skal være høyere enn 2 %. For 2018 er korttidsfraværet i NLSH på 2,2 %, mot 3,2 % ved inngangen av 2018. Sum fravær både på langtids- og korttidsfravær viser altså nedgang, noe vi ser som svært positivt.

Siden IA-strategien ble vedtatt i 2015 og egne tiltaksplaner for forebyggende, helsefremmende og reagerende arbeid ble innført, har det vært jobbet systematisk og godt på de aller fleste områdene. Å oppnå resultater i arbeidsmiljøarbeidet krever at man velger ut de områdene man vil forbedre og bevare og holder fokus over tid, til det blir en innarbeidet del av det daglige arbeidet. Vi er av den oppfatning at det jobbes med gode tiltak og at det systematiske fokuset over tid vil gi de ønskede resultatene i form av blant annet redusert sykefravær.

Målområde 4 (M4) Innfri de økonomiske mål i perioden:

Foretaket har et resultatkrav på 5 mill kr i overskudd i 2018.

Nordlandssykehuset har ved utgangen av 2018 et negativt regnskapsresultat på 30,6 mill kr og et budsjettavvik på 35,6 mill kr. Det er særlig innenfor lønnskostnader at utviklingen har vært negativ. På driftssiden har noen konkrete hendelser bidratt negativt til driftsresultatet i 2018. Foretaket fikk økte kostnader og inntektssvikt som følge av flytteoperasjoner og rokade i forbindelse med at ny A-fløy ble tatt i bruk i fjor sommer. Flytteprosessen var komplisert og medførte at tilgjengelige døgnplasser måtte begrenses i perioden inn mot flyttingen, under flyttingen og de første ukene etter flyttingen. Videre fikk foretaket også utfordringer knyttet til utskifting av autoklaver i Lofoten høsten 2018, som i en lengre periode medførte store begrensninger/stans i operasjonsaktivitet med påfølgende økte kostnader og inntektssvikt. Disse forholdene alene er beregnet å ha gitt negativ resultateffekt med totalt om lag 18 mill kr.

Ved utgangen av 2. tertial var prognosen for 2018 estimert til et budsjettavvik på -45 mill kr, som pr november ble økt til -65 mill kr. Den negative prognosen ble satt med utgangspunkt i kostnadsutviklingen ut over høsten 2018.

Resultatforbedringen er delvis knyttet til reduksjon i kostnader og delvis økte inntekter. En del av dette gjelder imidlertid engangseffekter som ikke videreføres i 2019. Foretakets omstillingsutfordring for 2019 er anslått til om lag 200 mill kr, og den positive resultatutviklingen

siste del av 2018 bidrar til noe reduksjon i denne. Arbeidet med driftstilpasning i 2019 vil likevel bli svært krevende, jf styresak 095-2018 Budsjett 2019.

Foretaksmål 5 (M5) Ha presentert resultater og utarbeidet handlingsplan for egen enhet (på alle nivå) etter ForBedring 2018:

Alle ansatte har hatt mulighet til å delta på møte hvor resultatet fra undersøkelsen blir fremlagt.

Handlingsplaner er utarbeidet for aktuelle enheter i henhold til krav.

Foretaksmål 6 (M6) Redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % innen 2020, sammenlignet med bruken i 2012 (2. og 3. generasjons cefalosporiner, karbapenemer, kinoloner og penicillin med enzymhemmer):

Nordlandssykehuset har antibiotikastyringsprogram og antibiotikateam. Forbrukstall for alle avdelinger rapporteres årlig. Det er også gjort noen gjennomganger av forskrivningspraksis, blant annet for alle nedre luftveisinfeksjoner over en 2 – måneders periode.

Andelen av inneliggende pasienter som får antibiotika har på foretaksnivå vært ganske likt med nasjonalt nivå, litt lavere ved de tre første målingene i år. I 4. kvartal steg andelen kraftig ved alle de tre sykehusene. 94 av de 264 innlagte pasienter får antibiotika, til sammen gis det 109 behandlinger til disse pasientene. Det er en dramatisk økning i andel pasienter som får antibiotika og økningen skjer primært i kirurgisk ortopedisk klinikk ved alle de tre sykehusene. Økningen er størst i Vesterålen. Avdelingen har inneliggende flere pasienter med postoperative infeksjoner men også intraabdominale infeksjoner og urinveisinfeksjoner. Også i Lofoten og Bodø økte forbruket. Det kan ikke ses noen umiddelbar sammenheng mellom økningen på de tre sykehusene. Økningen er størst blant pasienter som får behandling for en samfunnservervet infeksjon.

Nordlandssykehusets risikovurdering av målområder for 2018 er presentert i matrisen nedenfor:

		RISIKOMATRISSE				
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor			M3	M4	
	Moderat			M1b		
	Liten			M1a	M2 M1c	
	Svært liten					
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Konsekvens						