



Styresak 054-2020

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2019

Saksbehandler: Paul Martin Strand, Beate Sørslett, Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen m.fl
Dato dok: 12.06.2020
Møtedato: 18.06.2020
Vår ref: 2019/4575

Vedlegg (t): Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber om tilbakemelding på status på fokusområdene som er løftet fram innen utgangen av 2020

Direktørens vurdering:

Ledelsens gjennomgang (LGG) skal legge grunnlag for at administrerende direktør ovenfor Nordlandssykehuset HF sitt styre, skal kunne redegjøre om foretaket:

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

På grunn av den pågående covid-19 pandemien har prosessen ved årets ledelsens gjennomgang vært noe forenklet, men likevel ivaretatt behovet for å få kartlagt utfordringer knyttet til foretakets oppdrag, måloppnåelse, kvalitet i tjenestene og pasientsikkerheten.

Med bakgrunn i gjennomgangen løftes følgende fokusområder fram som særlig viktige å arbeide videre med inneværende år:

- Videre oppfølging etter avslutning av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
- HMS og sykefravær
- Beredskapsarbeid knyttet til pandemi og bortfall av IKT
- Økonomisk bærekraft

Status innenfor foretakets strategiske satsingsområder er redegjort for i styresak 108-2019. Administrerende direktør er godt fornøyd med at de fleste tiltakene for 2019 enten er innført eller gjennomføres etter plan.

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

Bakgrunn:

Ledelsens gjennomgang er en overordnet systematisk gjennomgang av styringssystemet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹ beskriver plikten til å evaluere virksomheten etter § 8f: «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.»

Nordlandssykehuset har gjennomført LGG på foretaksnivå siden 2011. Rapportmalen har blitt revidert og forbedret jevnlig og er tilpasset kravene i forskriften. Gjennomgangen skal sikre at ledelsen har et grunnlag for å vurdere at foretaket driftes forsvarlig og at utfordringene i driften er kjent, slik at handlingsplaner for å ivareta risikobildet som framkommer kan utarbeides.

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 korrigere

Nordlandssykehusets styringssystem er samlet sett knyttet til:

- Kvalitetssystemets styrende prosedyrer og rutiner for driften
- Strategisk utviklingsplan som gir retning for foretakets prioriteringer
- 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.

Rapporten fra Ledelsens gjennomgang inneholder dokumentasjon og beskrivelser fra gjennomgangen av de ulike kliniske områdene, foretaksspesifikke områder og fra stab og senter.

¹ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Nordlandssykehuset HF

Rapport fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2019

Innhold

1	Innledning.....	5
2	Klinisk virksomhet.....	6
2.1	Innledning.....	6
2.2	Klinikkovergripende strategiske mål	6
2.3	Psykisk helsevern og rus.....	6
2.3.1	Aktivitet og bemanning psykisk helsevern og rus 2019	7
2.3.2	Utfordringer innenfor psykisk helsevern og rus.....	7
2.3.3	Positive områder innenfor psykisk helsevern og rus.....	8
2.3.4	Eksempler på faglige utviklingsprosjekter innenfor psykisk helsevern og rus:.....	8
2.4	Somatikk.....	8
2.4.1	Aktivitet og bemanning somatikk 2019.....	9
2.4.2	Utfordringer innenfor somatikk	12
2.4.3	Etablering av nye funksjoner	13
2.4.4	Eksempler på faglige utviklingsprosjekter og forbedringsarbeid innenfor somatikk....	13
2.4.5	Labautomasjon DIAG klinikk.....	14
2.4.6	Tiltakspakke Sepsis	14
2.4.7	Antibiotikaforbruk i Nordlandssykehuset	15
3	Merkantile støttetjenester og klinisk IKT	17
4	Personalområdet	18
4.1	Heltidskultur, reduksjon av deltid	18
4.2	Innleie	18
4.3	Rekruttering.....	19
4.4	Lederutvikling	19
4.4.1	Ledermobiliseringsprogrammet 2019	19
4.4.2	Nordlandssykehusets lederprogram 2019	19
4.5	Helse, miljø og sikkerhet	20
4.6	AML-brudd.....	21
4.7	ForBedring	22
5	Fagavdelingen.....	23
5.1	Innledning.....	23
5.2	Pasientsikkerhet	23
5.3	Forskning	23
5.4	Brukermedvirkning	23
5.5	Smittevern	24

5.6	Kunnskapsbygging	24
5.7	LIS utdanningen	24
6	Samhandling med kommuner og primærhelsetjenesten	25
7	Drift, bygg og infrastruktur.....	26
7.1	Innledning.....	26
7.2	Utbygging	26
7.3	Bygg til psykisk helse- og rusbehandling	26
7.4	Vedlikeholdsetterslep og utskiftingsbehov	26
7.5	Beredskap	27
7.6	Brann og sikkerhet.....	27
8	Foretakets arbeid med internkontroll, risikostyring, informasjonssikkerhet og ytre miljø	29
8.1	Foretakets styringssystem.....	29
8.2	Eksterne tilsyn/revisjoner i foretaket.....	31
8.3	Interne revisjoner:	31
8.4	Kvalitets- skadeutvalg i NLSH HF	31
8.5	Avvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.	31
8.6	Oppgradering av Docmap.....	31
8.7	Arbeid med konsept for anbudsutlysning til kvalitetssystem	32
8.8	Risikostyring	32
8.8.1	Risikovurderinger	32
8.8.2	Endringskontroll	33
8.8.3	Ledelsens gjennomgang:	33
8.8.4	Nye retningslinjer for risikostyring i Helse Nord HF	33
8.9	Informasjonssikkerhet og personvern.....	33
8.10	Ytre miljø	33
9	Risikostyring og måloppnåelse av krav i oppdragsdokument fra Helse Nord 2019.....	35
9.1	Oppfølging og rapportering.....	35
10	IKT	36
10.1	IKT Beredskapsplaner	36
10.2	Avtaleforhold og IKT leverandører	36
10.3	Bestillertjenesten	36
10.4	Møterom og strømming	37
10.5	Hjemmekontorløsning med oppsving i Pandemiperioden.....	37
10.6	Bruk av videoløsninger internt	37
11	Beredskap og sikkerhet	38
12	Medisinskteknisk	39

12.1	Organisering	39
12.2	Behandlingshjelpemidler.....	39
13	Økonomi og innkjøp	41
13.1	Innkjøp.....	41
13.2	Lager og logistikk	41
14	Økonomisk bærekraft.....	42

1 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.
- Velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt.
- Gjennomgangen skal også gi en vurdering på om styringssystemet vil fungere som forutsatt også i tiden fremover, med endringer man vet vil berøre virksomheten.

Rapporten er en samlet oppsummering av ledelsens årlige gjennomgang ved Nordlandssykehuset for 2019 og beskriver status og utfordringer knyttet til hele styringssystemet ved foretaket.»

Arbeidet med å gjennomføre ledelsens gjennomgang for 2019 var startet opp og plan for gjennomføring på foretaksnivå var lagt. Etter hvert som pågående pandemien utviklet seg ble det klart at det var behov for omdisponering av ressurser og endringer i prioritering som påvirket den praktiske gjennomføring av ledelsens gjennomgang.

Gjennomføringen har derfor for dette året vært gjort slik:

- Innhenting av grunnlagsinformasjon til ledelsens gjennomgang fra klinikker, senter og staber. Denne er basert på delvis gjennomførte ledelsens gjennomgang i ulike enheter og innhenting av informasjon fra relevante kilder (Klinikk/sentre/staber), og gjennomgang av ledermøtetreferater, tertialrapporter, årlig melding, AMU referater og statistikk fra SAS VA og Helsedirektoratet.
- Utarbeidet grunnlagrapport for å kunne rapportere ledelsens gjennomgang for foretaket
- Grunnlaget diskuteres med ledere på nivå 2 for kommentar og innspill
- Utarbeidet utkast til rapport
- Adm. direktør gjennomgår, kommenter og godkjenner rapport
- Styresak med vedlagt rapport til styret

2 Klinisk virksomhet

2.1 Innledning

Den kliniske virksomheten er organisert i tversgående klinikker. De kirurgiske fagene ble samlet i kirurgisk klinikk fra januar 2019, og fra januar 2020 er rehabilitering, reumatologi og nevrologi organisert i Medisinsk klinikk. Foretaket har en pågående utredning for å avklare om det skal etableres en Barne- og ungdomsklinikk hvor barneavdelingen og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) slås sammen. Fullføringen av utredningen er satt på vent på grunn av pandemi. Nordlandssykehuset har pr mai 2020 seks klinikker.

Felles for alle klinikkene er oppsummering om at egen virksomhet drives forsvarlig. Flere av områdene som omtales og vurderes av klinikkene i ledelsens gjennomgang, for eksempel fristbrudd, ventetid, økonomi, AML-brudd og forskning¹ er omtalt i andre styresaker og vil derfor få begrenset omtale i denne rapporten.

2.2 Klinikkovergripende strategiske mål

Status for arbeidet med tiltak innenfor strategiske satsningsområder i 2019 er oppsummert i styresak 108-2019². To av tiltakene som er under implementering og som særlig trekkes fram gjennom ledelsens gjennomgang er:

- etablering av intermedisær senger barn
- kompetanseløft knyttet til scoringsverktøy og kommunikasjon og vurdering av vitale parameter for tidligst mulig avdekke somatisk forverring hos pasienter i sengepostene i psykisk helsevern og rus.

2.3 Psykisk helsevern og rus

Fagområdet er organisert i egen klinikk og bredden innenfor klinikken er stor, med varierende størrelse og ansvarsområde for de ulike enhetene. Klinikken har regionale funksjoner, sentralinstitusjons funksjoner og lokalsykehusfunksjoner.

¹ Forskningsrapport Nordlandssykehuset HF 2019:

<https://nordlandssykehuset.no/Documents/Styret%20i%20Nordlandssykehuset/Styrem%C3%B8ter%202020/28.%20mai/Styresak%20044-2020%20Forskning%20ved%20Nordlandssykehuset%20-%20status%20for%202019%20m%20vedlegg.pdf>

² Styresak 108-2019:

<https://nordlandssykehuset.no/Documents/Styret%20i%20Nordlandssykehuset/Styrem%C3%B8ter%202019/11.%20desember/Styresak%20108-2019%20Status%20for%20arbeide%C2%A0med%20Nordlandssykehusets%20strategiske%20utviklingsplan.pdf>

2.3.1 Aktivitet og bemanning psykisk helsevern og rus 2019

2.3.1.1 Heldøgn

Aktivitet heldøgn	Sengetall	Sengetall	Belegg	Belegg	Antall innlagte	Antall innlagte
Enhet	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ENHET FOR PSYKOSER 1	6	6	77 %	80 %	29	37
ENHET FOR PSYKOSER 2	14	14	83 %	83 %	53	56
SIKKERHETSENHET A	15	15	103 %	88 %	10	10
REGIONAL ENHET FOR SPISEFORSTYRRELSER	12	8 (fra høst)	48 %	41 %	73	71
ALDERPSYKIATRISK ENHET	8	8	78 %	83 %	46	44
PHR AAA AKUTTENHET NORD	10	10	75 %	80 %	374	331
AKUTTENHET SALTEN	12	12	73 %	81 %	289	437
AKUTTENHET SØR	10	10	81 %	82 %	242	274
KORTTIDSENHET RUS	8	8	76 %	69 %	93	91
ENHET FOR RUS OG PSYKIATRI	8	8	71 %	78 %	44	50
ALLMENNPSYKIATRISK ENHET B	8	8	96 %	88 %	75	71
ALLMENNPSYKIATRISK ENHET D	12	12	84 %	78 %	197	202
ALLMENNPSYKIATRISK ENHET, VESTERÅLEN	8	8	79 %	68 %	213	189
PHR BUPA AKUTTENHET FOR UNGDOM	6	6	58 %	65 %	94	110
PHR BUPA KORTTIDSENHET	7	7	79 %	84 %	22	26

2.3.1.2 Poliklinikk, antall ISF-kontakter

Avdeling	Kontakter 2018	Kontakter 2019	Endring antall	Endring %
Lofoten Vesterålen DPS	15013	14680	-333	-2 %
BUPA	24954	23492	-1462	-6 %
Salten DPS	20153	19317	-836	-4 %
ARPA	3992	3960	-32	-1 %
Spesialpsykiatrisk avdeling	2070	1590	-480	-23 %
Øvrig	192	160	-32	-17 %
Sum	66374	63199	-3175	-5 %

2.3.1.3 Gjennomsnittlig antall månedsverk psykisk helsevern og rus 2019

Gjennomsnittlig antall månedsverk 2019: 757

2.3.2 Utfordringer innenfor psykisk helsevern og rus

Klinikken er i en brytningstid med behov for å tenke nytt; både i forhold til tjenestetilbud, arbeidsmåte og organisering. Behovet skyldes kombinasjon av flere faktorer:

- Økt poliklinisk innsøking og fristbrudd på elektiv behandling
- Økt press på det akuttpsykiatriske døgntilbudet
- Innføring av pakkeforløp
- Ny ordning for LIS utdanning
- Rekrutteringsutfordringer av spesialister
- Økning i skademeldinger og alvorlighetsgrad av skade på personell
- Endring i psykisk helsevernloven

Lokalene til klinikken er i stor grad av eldre dato. Kombinasjon av at store deler av bygningsmassen er dårlig tilpasset moderne sykehusdrift samt manglende vedlikehold gir utfordringer både innenfor pasientbehandling og HMS for ansatte.

2.3.3 Positive områder innenfor psykisk helsevern og rus

- Bruk av tvang og tvangsmidler i pasientbehandlingen viser i nasjonal sammenheng lave tall
- God rekruttering av leger i spesialisering i 2019. Det blir flere ferdigutdannede overleger ilt de neste to årene, i tillegg har vi også rekruttert noen overleger eksternt.
- Innføring av regelmessige konsensusmøter for spesialister i klinikken for å redusere uønsket variasjon av praktisering av psykisk helsevernlov. Forbedringspunkter fra kontrollkommisjonen og fylkeslegen tas også opp i disse møtene.
- Opprettet klinisk samhandlingsgruppe (KSG) mellom PHR og kommunal psykiatritjeneste Bodø Kommune. Regelmessige møter for å sikre bedre pasientforløp for de alvorligste psykisk syke.
- Opprettet FACT-team³ i Lofoten og Vesterålen.
- Prosjekter for gruppebehandling av spillavhengighet og overspisingslidelser.

2.3.4 Eksempler på faglige utviklingsprosjekter innenfor psykisk helsevern og rus:

- Innføring av ProAct med News (verktøyet for å identifisere tidlige tegn til forverring av somatisk tilstanden hos voksne pasienter) i døgnenheter
- Innføring av Brøset Violence Checklist (BVC) på Akuttavdelingen. (Validert skåringsverktøy for å vurdere risiko for nært forestående vold.)
- Psykisk helse og rusklinikken satser stort på kompetanseheving i kognitiv terapi for medarbeidere, som videre danner grunnlag for nye metoder (eMeistring, intensivbehandlinger mv).
- Innovasjonsprosjektet Persontilpasset legemiddelbehandling ved farmakogenetisk testing. Gjennom gentesting oppnås en langt større treffsikkerhet i legemiddelbehandling av pasienter med psykiske lidelser.
- Prosjekt «Samstrømming». Samhandlingsprosjekt mellom PHR-klinikken og kommunene i nedslagsfeltet, med pilotering i Bodø kommune. Bruk av Videonord-løsning på tvers av omsorgsnivå for bedre kvalitet på overganger for de alvorligste psykisk syke. Redusere ressursbruk og imøtekomme pakkeforløpskrav vedr samhandlingsmøter (fastlege, kommunal psykiatritjeneste og spesialisthelsetjeneste).
- Pågående PhD prosjekt i flere enheter.

2.4 Somatikk

Den somatiske virksomheten var i 2019 fordelt mellom Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk, Barneklubben, Hode- og bevegelsesklubben, Prehospital klinikk og Diagnostisk klinikk. Fra 2020 er Medisinsk klinikk og Hode- og bevegelsesklubben samorganisert slik at den somatiske aktiviteten er fordelt på fem klubber. Ved etablering av ny Medisinsk klinikk gjenstod det to området med behov for avklaring; organisering av Kliniske service funksjoner (KSF) og rehabiliteringsklubben i Vesterålen. Det er besluttet at organisering av KSF forblir i Medisinsk klinikk, mens organisering av rehabiliteringsklubben ikke er avklart. Ved etablering av Kirurgisk klinikk gjenstod avklaring på Luftambulansetjenesten som tidligere var delt mellom gamle Akuttmedisinsk -M og Prehospital klinikk. Denne er nå delt mellom Kirurgisk klinikk og Prehospital klinikk

³ FACT-team: Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Team sammensatt av personell fra både primær- og spesialisthelsetjeneste for pasienter med allerede kjent behov for oppfølging innenfor psykisk helsevern og rus.

2.4.1 Aktivitet og bemanning somatikk 2019

2.4.1.1 Heldøgnsopphold

Medisinsk klinikk	Antall 2018	Antall 2019	Endring
FMR, Bodø	178	171	-7
Kreft/ stråle, Bodø	27	16	-11
Medisin, Bodø	5 344	5 263	-81
Revmatologi, Bodø	233	210	-23
Nevrologi, Bodø	1 334	1 434	100
Lofoten	1 926	1 864	-62
Vesterålen	2 269	2 360	91
Totalt MED	11 311	11 318	7

Kirurgisk klinikk	Antall 2018	Antall 2019	Endring
Bløtdelskirurgi, Bodø	3720	3 753	33
Ortopedi, Bodø	1661	1 859	198
Øre, nese, hals Bodø	522	496	-26
Øye, Bodø	50	68	18
Gynekologi, Bodø	345	278	-67
Føde, Bodø	1137	1 095	-42
Nyfødt, Bodø	950	989	39
Totalt KIR Bodø	8385	8 538	153
Bløtdelskirurgi, Lofoten	1070	964	-106
Ortopedi, Lofoten	255	305	50
Gynekologi, Lofoten	53	84	31
Føde, Lofoten	140	172	32
Nyfødt, Lofoten	86	77	-9
Total KIR Lofoten	1604	1 602	-2
Bløtdelskirurgi, Vesterålen	1014	947	-67
Ortopedi, Vesterålen	460	474	14
Gynekologi, Vesterålen	98	143	45
Føde, Vesterålen	461	445	-16
Nyfødt, Vesterålen	272	286	14
Totalt KIR Vesterålen	2305	2295	-10
Totalt KIR	12294	12435	141

Barneklubben	Antall 2018	Antall 2019	Endring
Barneavdelingen	718	733	15
Nyfødt intensiv	198	248	50
Barnehabilitering	56	54	-2
Totalt BARN	972	1 035	63

2.4.1.2 Poliklinikk og dagbehandling, somatikk

Medisinsk klinikk	Antall 2018	Antall 2019	Ending
FMR, Bodø	1 367	1 393	26
Voksenhab, Bodø	331	598	267
KSF Bodø	2 273	2 497	224
Hud Bodø	5 722	4 763	-959
Dialyse Bodø	3 993	4 107	114
Kreft og stråle Bodø	9 194	10 878	1 684
Medisin Bodø	22 699	22 276	-423
Revmatologi, Bodø	4 702	5 274	572
Nevrologi, Bodø	4 776	4 909	133
KNF Bodø		820	820
Helse i Arbeid		677	677
Totalt MED Bodø	55 057	58 192	3 135
Medisin Lofoten	5 020	5 049	29
Dialyse Lofoten	1 511	1 398	-113
KSF Lofoten	369	669	300
Nevrologi Lofoten	311	291	-20
Revmatologi Lofoten	302	435	133
Voksenhab Lofoten	48	57	9
Totalt MED Lofoten	7 561	7 899	338
Medisin Vesterålen	7 193	8 046	853
Dialyse Vesterålen	1 808	1 985	177
KSF Vesterålen	198	242	44
Nevrologi Vesterålen	657	787	130
Revmatologi Vesterålen	429	554	125
Voksenhab Vesterålen	33	25	-8
Hud Vesterålen	2 067	0	-2 067
Totalt MED Vesterålen	12 385	11 639	-746
Total MED klinikk	75 003	77 730	2 727

Reduksjonen i antall konsultasjoner innenfor Hud Vesterålen skyldes at hud som fagområde ble overført fra Nordlandssykehuset Vesterålen til nyopprettet avtalespesialisthjemmel i Vesterålen.

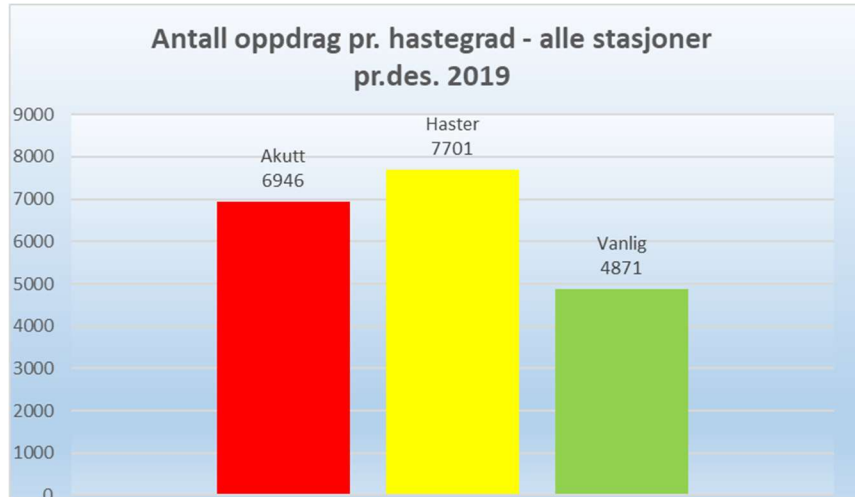
Klinisk nevrofysiologi (KNF) endret finansieringsform og er derfor telt som konsultasjoner fra 2019, noe som forklarer at antallet i oversikten er 0 i 2018.

Helse i Arbeid er nyopprettet tilbud fra 2019.

Kirurgisk klinikk	Antall 2018	Antall 2019	Endring
Bløtdelskirurgi, Bodø	12 821	13 169	348
Ortopedi, Bodø	15 182	15 352	170
Øre, nese, hals Bodø	12 560	12 828	268
Øye, Bodø	9 927	10 743	816
Gynekologi, Bodø	7 387	7 518	131
Føde, Bodø	475	364	-111
Nyfødt, Bodø	83	129	46
Smerteenheten Bodø	710	687	-23
Totalt KIR Bodø	59 145	60 790	1 645
Bløtdelskirurgi, Lofoten	3 911	3 769	-142
Ortopedi, Lofoten	3 384	2 943	-441
Gynekologi, Lofoten	2 041	2 019	-22
Føde, Lofoten	640	617	-23
Nyfødt, Lofoten	42	44	2
Øre, nese, hals Lofoten	1 973	2 209	236
Øye Lofoten	631	570	-61
Total KIR Lofoten	12 622	12 171	-451
Bløtdelskirurgi, Vesterålen	5 465	5 072	-393
Ortopedi, Vesterålen	5 000	4 861	-139
Gynekologi, Vesterålen	3 910	3 929	19
Føde, Vesterålen	1 146	1 286	140
Nyfødt, Vesterålen	44	65	21
Øre, nese, hals Vesterålen	2 237	2 297	60
Totalt KIR Vesterålen	17 802	17 510	-292
Totalt KIR	89 569	90 471	902

Barneklinikken	Antall 2018	Antall 2019	Endring
Barn, Bodø	4796	4625	-171
Nyfødtintensiv, Bodø	126	75	-51
Barnehabilitering, Bodø	214	237	23
Barn, Vesterålen	476	497	21
Barn, Lofoten	158	134	-24
Totalt, BARN	5770	5568	-202

2.4.1.2.1 Ambulanseoppdrag 2019



2.4.1.3 Gjennomsnittlig antall månedsverk somatikk 2019

Kirurgisk klinikk: 803

Medisinsk klinikk + Hode-bevegelses klinikken: 714

Prehospital klinikk: 343

Diagnostisk klinikk: 293

Barneklubben: 122

2.4.2 Utfordringer innenfor somatikk

Også innenfor somatisk virksomhet er det behov for å tenke nytt, både i forhold til tjenestetilbud, arbeidsmåte og organisering, for både løse eksisterende utfordringer og være forberedt i forhold til nye krav og ønsker fra pasienter og myndighet. Ved somatikk Bodø har en av de store utfordringene vært å opprettholde sykehusdrift med både kvalitet og effektivitet under pågående byggeaktivitet og rokader:

- Vi har områder i foretaket med utfordring i forhold til informasjonssikkerhet/taushetsplikt. Dette gjelder primært pasientrom hvor flere pasienter behandles og undersøkes samtidig.
- Foretaket har mye brekkasjetruet og gammelt medisintekniskutstyr, noe som er utfordrende for langsiktig planlegging og drift.
- Kostnader for nye medikamenter brukt i sykehus og overføring av finansieringsansvar for nye medikamenter gir behov for omstilling i andre deler av virksomheten. Dette skyldes at finansieringskostnaden de siste årene har vært høyere enn finansieringen. Innenfor noen behandlingsområder har LIS-anbud og etterfølgelse av disse de siste årene gitt en besparelse, og har således vært en del av egen tiltakspakke.
- Rekruttering av spesialister innenfor flere fagområder, noe som medfører bruk av innleie og lavere kontinuitet. Dette er hovedsakelig for å kunne ivareta vaktberedskap ved tre lokasjoner.

- Det er økende problem med utagerende og aggressive pasienter/pårørende. Det er ønske om kurs/opplæring lik det ansatte innenfor psykiske helsevern og rus har (TERMA⁴ e.l).
- Ny utdanningsordning for leger i spesialisering medfører større fravær fra klinisk aktivitet til fordel for systematisk undervisning og kompetanse heving, og øker derfor behovet for antall leger.
- Kapasiteten innenfor KSF dekker ikke interne og eksterne ønsker/ behov
- Beredskap ved 3 lokasjoner og flere fagområder er utfordrende, og bidrar til økt behov for innleie av personell.
- Store kapasitetsproblemer innenfor barnehabilitering. Selv om antallet ventende pasienter er lavt, er ventetid for den enkelte pasient gjennomsnittlig opp mot ett år. Fagområde er skilt ut som egen enhet, med egen leder fra januar 2020. Bedring i bemanning gjennom våren 2020, men på grunn av pandemi har pasientaktiviteten vært lav.

2.4.3 Etablering av nye funksjoner

2.4.3.1 Helse i Arbeid

Avdelingen har i 2019 etablert drift av den tverrfaglige avklaringspoliklinikken HelseiArbeid i et kompetansemiljø sammen med Regionalt kompetansesenter for arbeid og psykisk helse, NAV og Bodø kommune (Rask psykisk helsehjelp). HelseiArbeid er et tilbud til personer som står i fare for å falle ut av arbeid eller utdanning på grunn av vanlige muskel-/skjelettplager og/eller vanlige psykiske helseutfordringer. Det er etablert et tett samarbeid mellom foretakene regionalt rundt etablering og drift av HelseiArbeid-sentrene. Nordlandssykehuset markerte offisiell åpning av senteret 6.11.2019 med bred deltakelse herunder også representanter fra Helse Nord RHF, Helsedirektoratet og Arbeids- og Velferdsdirektoratet.

2.4.3.2 PCI og koronar angiografi

I 2019 pågikk arbeidet med å etablere koronar angiografi og PCI i tråd med styrevedtak i Helse Nord ([Helse Nord RHF styresak 137-2017](#)). Aktiviteten begynte 10.februar 2020. Per 13.05 er det behandlet 154 pasienter, og av disse er det gjort PCI på 56. Flere av disse ville sannsynligvis hatt behov for ambulansefly til UNN Tromsø om de ikke fikk tilbud ved Nordlandssykehuset i Bodø. Selv om både antall pasienter utredet/behandlet og omfang av pasienter inkludert er lavere enn planlagt, er Nordlandssykehuset med utgangspunkt i pågående pandemi svært fornøyd med både status og samarbeidet med UNN HF. Ambulering fra UNN HF har vært økt i forhold til plan deler av perioden, for å unngå transport av pasienter til Tromsø.

2.4.4 Eksempler på faglige utviklingsprosjekter og forbedringsarbeid innenfor somatikk

- Eliminering av Hepatitt C⁵, prosjekt hvor Helsedirektoratet vurderer å anbefale Nordlandssykehusets modell til andre helseforetak. Avholdt flere informasjonsmøter med kommuner i eget opptaksområde, og møte på Helgeland oktober 2019 hvor Helsedirektoratet deltok.
- Avstandsoppfølging av PD pasienter⁶
- «KOLS- pakken» Samarbeidsprosjekt med Saltdal kommune; oppfølging og ivaretagelse av KOLS pasienter.

⁴ TERMA: Terma står for terapeutisk møte med aggresjon. Kurset består av en teoretisk og praktisk del. Økt kunnskap om terma kan være med på å gjøre arbeidstakere bedre til å møte aggresjon og truende atferd fra tjenestemottakere.

⁵ Eliminering av hepatitt C: <https://nordlandssykehuset.no/hepatitt-c-eliminasjon-nordland>

⁶ Avstandsoppfølging PD pasienter: <https://www.youtube.com/watch?v=egpID5PUK0Q&t=9s>

- Diabetes hos barn, både deltagelse i Nasjonalt kvalitetsutviklingsprosjekt og kontinuerlig internt forbedringsprosjekt.
- Forbedringsprosjekt barn - redusere smerte og tvang ved prosedyrer til barn/ungdom.
- I revmatologiprojektet «overgang til voksenavdeling» har det vært fokus på gode overganger mellom barnemedisin og voksenmedisin, kombinert med etablering av reumatologisk ungdomspoliklinikk.
- Elektronisk pasientjournal i ambulanseavdelingen. Overgang fra manuelle ambulansejournaler til elektronisk pasientjournal, som blir koblet opp mot akuttmottak, slik at akuttmottak kan følge status på pasient før ankomst sykehus. Settes i drift vår/sommer 2020.
- Simuleringstrening for mottak av slagpasient på CT lab⁷. Prosjektet vant Helse nord sin forbedringspris 2019.
- AMK sentralen ved Nordlandssykehuset er eneste AMK sentral som piloterer NødSMS.
- Etablering av forbedringsteam ved alle lokasjoner i Kirurgisk klinikk som har jobbet for å øke andelen planlagte gjennomførte operasjoner.
- Nærværprosjektet i Prehospital klinikk, hvor hovedmålet er å høyne nærværet. Andre delmål har vært «Involvering av de ansatte», «Lederstøtte» og «Forebyggende arbeid».

2.4.5 Labautomasjon DIAG klinikk

Ny automasjonsløsning vil bidra til at prøver sluses inn i en bane som automatisk flytter prøvene gjennom de ulike prosessene av analyseringen. Avvik og feil i laboratoriet skjer oftest i manuelle arbeidsoppgaver. Med automatiserte prosesser reduseres antall manuelle oppgaver som kan være opphav til avvik og feil, og kvaliteten forbedres på laboratorietjenestene. Automatiserte prosesser vil gi tids- og ressursbesparelser, samt mulighet til raskere å prioritere hastep prøver inn i instrumentene. For klinikerne i sykehuset betyr dette at de vil få svar på prøvene sine raskere. Diagnostiseringen kan framskyndes og behandlingen av pasientene kan starte tidligere.

Ny instrumentpark er planlagt verifisert og tatt fullt i bruk mot årsskiftet 2020/2021. Innføringen av ny løsning påvirker drift på Laboratoriet. Dette innebærer at personale i en periode må jobbe på begrensede arealer og med mindre optimal arbeidsflyt enn til vanlig. I denne perioden er målet at det ikke skal være forsinkelser eller andre heftelser for våre rekvirenter på sykehuset.

2.4.6 Tiltakspakke Sepsis

Nordlandssykehuset har allerede innført tiltakspakkene for «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og Tidlig oppdagelse av sepsis i akuttmottak». Desember 2018 utga Pasientsikkerhetsprogrammet en tiltakspakke for Tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost. Denne bygger på skåringssystemene NEWS2 og qSOFA, som også benyttes i de tidligere nevnte tiltakspakkene

Nordlandssykehusets spredningsplan for innsatsområdene til Pasientsikkerhetsprogrammet inneholder foreløpig ingen plan for innføring og spredning av denne nye tiltakspakken. Pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i sin opprinnelige form 1. januar 2019 og videreføres som en avdeling under Helsedirektoratet. Arbeidet med tiltakspakkene skal imidlertid videreføres, derfor må Nordlandssykehusets spredningsplan revideres.

⁷ Slagalarm: <https://www.youtube.com/watch?v=IXDpFkrxkYc> <https://helse-nord.no/forbedringsprisen-til-team-slagalarm-ved-nordlandssykehuset>

Scoringssystemet NEWS1 er blitt endret til NEWS 2 og inneholder nå blant annet elementer fra qSOFA2 (mental endring) for å kunne brukes ved sepsisovervåkning. Seksjonen for pasientsikkerhet har utarbeidet en ny NEWS2-kurve som ikke er innført enda. Dette innebærer behov for ny runde med opplæring og tilpassing av eksisterende rutiner rundt tiltakspakken for –forverret tilstand.

Seksjon for pasientsikkerhet vurderer nå hvordan vi best kan innføre tiltakspakke Sepsis sengepost samtidig med NEWS2-opplæringen. Detaljene i behandlingsalgoritmene er på planleggingsstadiet. Vi informerer om at dette vil ende i en ny opplæringsrunde av klinisk personale på relevante enheter, trolig i løpet av våren 2020. Målet er at enhetene ikke vil oppleve innføringen av tiltakspakken for Sepsis på sengepost som en tilleggsbelastning.

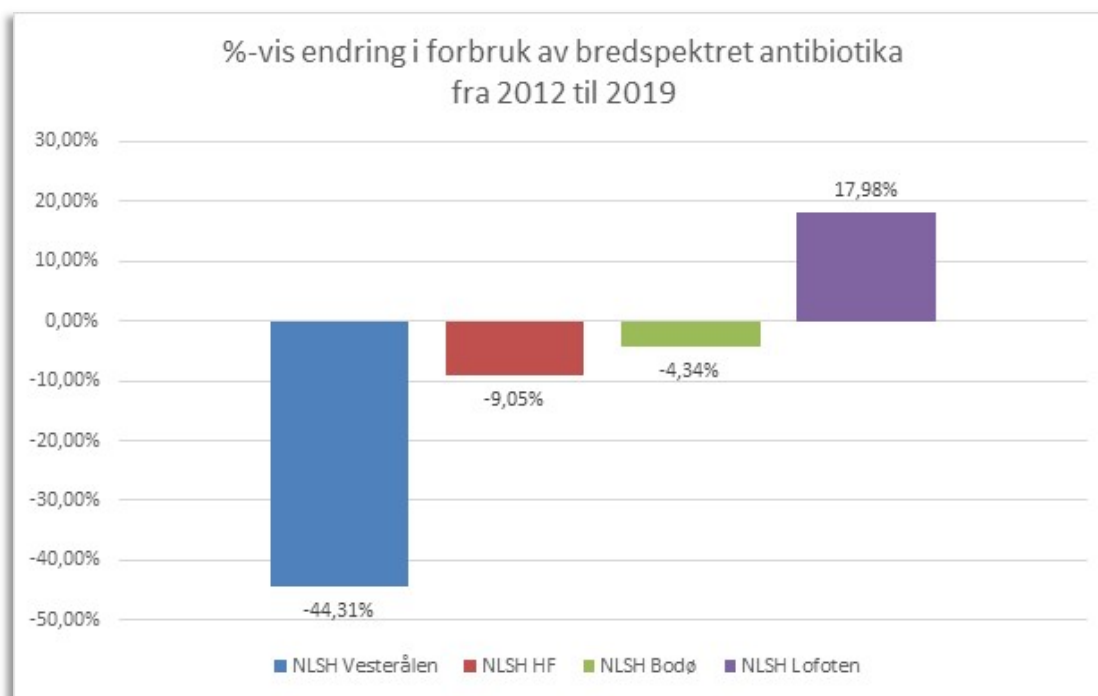
2.4.7 Antibiotikaforbruk i Nordlandssykehuset

Norge er et av de landene i verden som bruker minst antibiotika både innenfor helsevern og husdyrsnæring. Vi har blant annet nasjonale faglige retningslinjer som beskriver anbefalt bruk av antibiotika¹. Likevel er det fortsatt behov for en rasjonell nasjonal antibiotikapolitikk, og regjeringen har som målsetting at sykehusene skal bruke mindre bredspektret antibiotika. Dette kommer til uttrykk gjennom Oppdragsdokumentet punkt 3.8:

30% reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika ved utgangen av 2020 sammenlignet med 2012. Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.

Som et ledd i dette arbeidet ble helseforetakene i Helse Nord pålagt i 2016 å opprette et antibiotikastyringsprogram for så sikre rasjonelle antibiotikabehandling til den enkelte pasient slik at både utvikling og seleksjon av resistente bakterier begrenses. Som en del av antibiotikastyringsprogrammet i Nordlandssykehuset ble Antibiotika-teamet (A-teamet) opprettet med deltakere fra ulike fagmiljøer (mikrobiologi, farmasi, infeksjon, smittevern og kliniske områder). Mandatet beskriver at A-teamet skal å styre antibiotikabruken i Nordlandssykehuset og utarbeide konkrete mål sammen med de kliniske miljøene. I tillegg skal A-teamet utarbeide rapporter, undervisningsmateriell og drive veiledning.

Nordlandssykehuset som foretak har ikke klart å redusere mer på forbruket av bredspektrede midler i 2019. Vi er blant sykehusene i Norge som bruker mest bredspektrede midler. Reduksjonen for hele foretaket er på bare 9% (se figur). Men som tidligere har NLSH Vesterålen nådd målet om 30% reduksjon. Det skjedde allerede i 2017 og de har klart å holde dette for 3. året på rad. Bodø har samlet reduksjon på 4% mens Lofoten øker med 18% fra 2012.



%-vis endring i forbruk av bredspektret antibiotika fra 2012 til 2019

3 Merkantile støttetjenester og klinisk IKT

Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) ivaretar både merkantile støttetjenester og klinisk IKT. SKSD har Service og leveranseavtale med hver enkelt klinikk som gjennomgås jevnlig for å kvalitetssikre leveransene med disse. Den merkantile tjenesten har i 2019 tatt i bruk Digipost for utsendelse av innkallingsbrev og andre pasientbrev, positive effekter er at pasientene raskere får beskjed om timer, vi sparer portokostnader og minimere papirbruk i foretaket. Både skanning til pasientjournal og mottak av all post er sentralisert for å øke kvaliteten på dette.

I likhet med resten av regionen byttet Nordlandssykehuset sak- og arkivsystem i 2019 til Elements. Det har vært høy opplæringsaktivitet og opplæring pågår fortsatt.

Enhet for klinisk IKT ble etablert som egen enhet i juni 2019 for å ivareta ansvaret SKSD har fått rundt forvaltning og opplæring i kliniske systemer samt ulike prosjekter knytte til klinisk IKT. I løpet av 2019 er det etablert kompetanseplaner for flere yrkesgrupper i DIPS og de har jevnlig tilbydd opplæring. Innføringen av DIPS Arena og MetaVision har blitt utsatt i løpet av 2019, men enhet for klinisk IKT er godt i gang med opplæringsplaner og har i samarbeid med e-helse ett innovasjonsprosjekt gående som skal minimere belastningen på klinikkene ved innføringen av DIPS Arena.

Det pågår prosjekter som skal bedre hverdagen for klinikerne på Nordlandssykehuset. Blant disse har vi:

- Videonor er en sikker løsning for å gjennomføre videokonsultasjoner med pasient og behandler/lege via Outlook. Oppstart høst 2019, planlagt videre utrulling i foretaket 2020 ble kraftig forsert på grunn av COVID-19.
- Medanets app- en app for klinikere som effektiviserer dokumentasjon av målinger og observasjoner. Appen muliggjør registrering av blant annet vitale parameter mens man står hos pasienten og data sendes automatisk DIPS og Imatis. Vil erstatte mye av dagens papirskurve og diverse skjemaer. Implementert på samtlige somatiske sengeposter april/mai 2020, og videre utrulling i psykisk helsevern og rus planlegges i løpet av 2020.

4 Personalområdet

4.1 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.

Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og Psykisk helse- og rusklinikken (PHR) har størst behov for sykepleiekompetanse og de har alle tilknyttet seg medarbeidere fra Bemanningssenteret. Noen av disse sykepleierne er ansatt i kombinasjonsstillinger mellom egen sengepost og Bemanningssenteret. Andre er ansatt i heltidsstilling i Bemanningssenteret, men jobber på fast avtalte enheter. Vi har også hatt positive erfaringer med å kunne koble personell fra Bemanningssenteret opp mot små, men sårbare enheter slik som Dagkirurgisk enhet hvor de har bidratt inn ved eksempelvis høyt sykefravær.

Erfaringer fra de første to årene 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. På sikt vil også jobbe for å etablere «trainee-stillinger» 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.

4.2 Innleie

Nordlandssykehuset har over år vært avhengig av å leie inn personell for å sikre drift, spesielt innenfor vaktberedskap. 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 har vist seg være utdanning av egne legespesialister og spesialsykepleiere. Bruk av stipend under gruppe I tjeneste/spesialiseringsperioder har vært lite utbredt i enkelte avdelinger, og dette sammenfaller i stor grad med der vi i dag har mangel på spesialister. Fremover vil vi aktivt forsøke å øke bruk av stipend for å motivere til at LIS kommer tilbake til enheten etter fullført spesialisering. Spesialistutdanningen av leger er 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 noe på lengre sikt. Fokus fremover blir på stabilisering, hvor det både må sees på arbeidsforhold, mentor- og veiledningsordninger og lønnsbetingelser.

4.3 Rekruttering

Å tilføre riktig og tilstrekkelig kompetanse er et langsiktig arbeid med fokus rettet mot flere områder. Nordlandssykehuset rekrutterer medarbeidere primært via to metoder:

- Gjennom ekstern rekruttering og ved systematisk utdanning og kompetanseutvikling av eget personell.
- Studenter i praksis, sykepleiere, psykologer og leger i spesialisering, lærlinger og ulike hospitantordninger er fremdeles vår viktigste rekrutteringsarena, samtidig som at målstyrte annonseringskampanjer blir mer og mer viktig for å nå ut til den riktige søkermassen.

Strategidokumentet «Rekruttering i Nordlandssykehuset 2016-2020 – strategier og tiltak», rekrutteringsnettverket i Helse Nord og lederopplæring er viktige virkemiddel i dette arbeidet

Vi har betydelige rekrutteringsutfordringer innenfor flere spesialiteter, særlig gjelder dette spesialsykepleiere, psykologspesialister og legespesialister. Nordlandssykehuset har gjennom flere år hatt stipendordning for sykepleiere som utdanner seg til spesialsykepleiere og leger som skal i gruppe 1 tjeneste. Omfang på og hvem som har fått stipend har vært avgjort av foretakets økonomi og behov. Av sykepleierne som har fått stipend de siste fem årene arbeider flesteparten i dag i Nordlandssykehuset.

Rekrutteringsstrategien skal revideres i forbindelse med utarbeidelse av strategisk kompetanseplan for foretaket i 2020.

4.4 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.

4.4.1 Ledermobiliseringsprogrammet 2019

Nordlandssykehuset gjennomførte sitt andre kull på ledermobiliseringsprogrammet fra september 2018 til mai 2019. Bakgrunnen for at vi startet med dette programmet var at vi over år så at det var få søkere til ledige lederstillinger. Vi så også at de som søkte og fikk lederstillinger ikke var godt nok forberedt til å gå inn i til dels krevende lederstillinger. Ved å ta ansatte, som man mener kan ha et talent for ledelse og et ønske om å undersøke og utvikle dette talentet, gjennom et slikt program kan vi sikre at vi har en pool av interne kandidater som er klare til å søke lederstillinger. Formålet med programmet for den enkelte kandidat er å gi dem en mulighet til å utforske og reflektere over hva det innebærer å være leder og til å finne ut av om ledelse er noe for dem, og om de har tilstrekkelig motivasjon til å gå inn i lederstillinger.

Vi gjennomførte første kull med 19 kandidater i 2016-2017. Kull 2 med 13 kandidater deltok i programmet 2018-2019.

Nordlandssykehuset er nå i gang med kull 3 2019-2020 og har her 14 kandidater med. Erfaringene fra de to første kullene er at omtrent halvparten av deltakerne velger å gå inn i lederstillinger etter å ha deltatt i programmet.

4.4.2 Nordlandssykehusets lederprogram 2019

Programmet retter seg mot enhetsledere, seksjonsledere og avdelingsledere i alle deler av vår virksomhet. Vi gir også samme tilbud til alle som er i assisterende lederstillinger. Det er klinikkssjefene som prioriterer deltakere fra egne klinikker og foretar påmelding. HR-avdelingen har ansvar for

planlegging, innhold og gjennomføring av programmet. Av tilbakemeldinger deltakerne gir er at de etablerer nyttige nettverk med andre ledere, at de får en økt organisasjonsforståelse, at de kjenner seg tryggere på å ta tak i vanskelige personalrelaterte saker, at de vet hvor de kan få støtte til ulike saker og at de generelt opplever økt trygghet i sin rolle som leder.

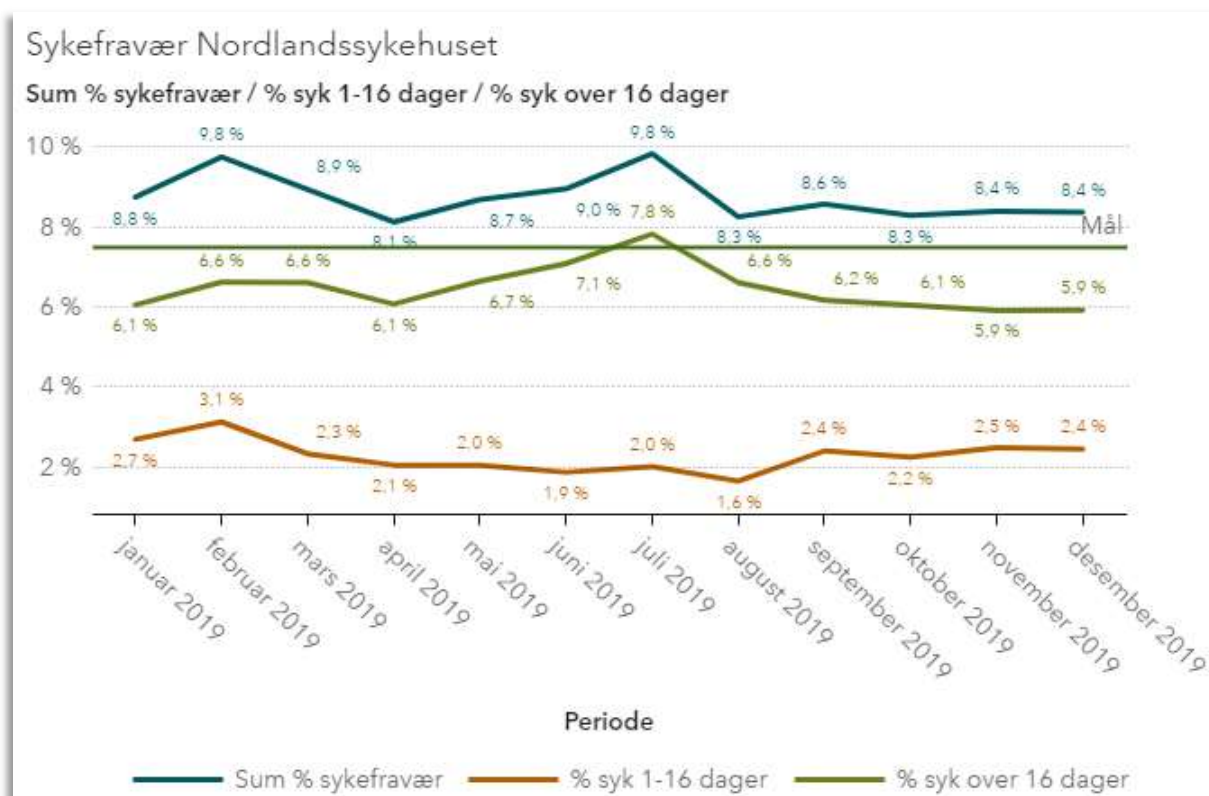
I 2019 hadde vi 38 påmeldte til lederprogrammet, hvorav 34 fullførte programmet. Programmet ble gjennomført med 4 samlinger à 2 dager hver i perioden 6. februar til 23. mai. Deltakere fikk i tillegg hjemmearbeidsoppgaver å jobbe med mellom samlingene. Hovedinnholdet i programmet var ledelse og styring, det personlige lederskapet, helsefremmende arbeidsplass, omstilling og endringsledelse, strategisk kompetanseledelse, personalsaker samt håndtering av personkonflikter og trakassering. Som innledere/forelesere benyttet vi i stor grad egne ressurser.

Under samlingene får deltakerne forelesninger eller innledninger til tema, det er gruppearbeid, individuell refleksjon og diskusjoner i grupper og plenum. Blant læringsmålene for programmet er at lederne skal kjenne de juridiske rammene for sitt lederskap, at de skal kjenne til hvordan man arbeider strategisk med å utvikle kompetanse, at de kjenner det overordnede systemet for ledelse og kvalitetsforbedring og at de kjenner til så mye som mulig av de rammene de leder innenfor. Det er også et stort fokus på å bli kjent med egne preferanser og hvordan det påvirker den enkeltes lederskap.

Rundt 250 ledere har vært gjennom programmet til nå og nytt program gjennomføres i 2020. Det er en målsetting i strategisk utviklingsplan at samtlige enhetsledere skal få programmet.

4.5 Helse, miljø og sikkerhet

Foretakets systematiske HMS arbeid består av det forebyggende, ivaretakende og reparerende HMS-arbeidet. Et viktig tiltak knyttet til dette er 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.



Figur 1 Sykefravær i Nordlandssykehuset 2019

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

Måloppnåelse 2019:

- Akkumulert totalt fravær 8,7% fordelt slik:
- Langtidsfravær 6,4%, korttidsfravær 2,3%

Dette utgjør 61124 fraværsdager totalt, hvor 44993 dager er langtidsfravær og 16131 utgjør korttidsfraværet.

Årsakssammenhenger for langtidssykemeldte er ofte sammensatt og 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. Psykososiale forhold medfører også noe langtidsfravær. 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.

Foretakets overordnede IA plan for 2019 – 2022 ble behandlet og vedtatt i AMU 16.05.2019.

4.6 AML-brudd

I 2019 har foretaket hatt et stort fokus på reduksjon av AML-brudd. Det har blitt avholdt mange kurs for ledere, og AML-brudd har også vært lagt fram på statusmøtet direktøren har månedlig med alle kliniksjefer og avdelingsledere, samt på samarbeidsmøter som HR-avdelingen har hatt med klinikkene. HR-avdelingen har en controller-funksjon på området, og gir løpende rådgivning og bistand til klinikkene for å få ned antall AML-brudd.

Til tross for tiltak har vi likevel hatt en markant økning i antall brudd, fra 18629 brudd i 2018 til 28750 brudd i 2019. Økningen er hovedsakelig knyttet til Prehospital klinikk og til brudd på overtidsreglene, dvs. AML timer pr uke, 4 uker og år. Årsaken til økningen skyldes i all hovedsak at det før årsskiftet 2018/2019 ble avdekket en feil i innstillinger i grensene for overtidsarbeid i bemanningsplanleggingssystemet (GAT) for ambulansesarbeidere jf. avtalene som gjelder for ambulansetjenesten. Feilen innebar at innslagspunktet for når overtidsarbeid medførte AML-brudd ble forskjøvet. Dette ble rettet før årsskiftet, slik at tallene for 2019 er reelle tall. Det er imidlertid kun en marginal økning på antall betalte overtidstimer i 2019 kontra 2018, noe som indikerer at antall brudd reelt sett ikke har økt på dette området.

4.7 ForBedring

Deltakelse i ForBedringsundersøkelsen økte fra 79,9 % i 2018 til 83,3 % i 2019. Ved utgangen av september hadde 139 av 164 enheter i Nordlandssykehuset gjennomført, eller påbegynt gjennomføring av tiltak basert på gjennomgang av resultatene fra kartleggingen. Dvs. at ca. 85 % av de aktuelle enhetene på dette tidspunktet hadde brukt resultatene fra undersøkelsen til aktivt forbedringsarbeid. Tiltak knyttet til ForBedring inkluderes i de enkelte enheters HMS-planer.

5 Fagavdelingen

5.1 Innledning

Fagavdelingen ble etablert 1.3.19 og består av 4 seksjoner i tillegg til rådgiver for brukermedvirkning, ungdomsråd og barn som pårørende og rådgiver/utdanningskoordinerende overlege for LIS utdanningen. Tilsammen er det i Fagavdelingen 52 medarbeidere, fordelt på 40,3 årsverk hvorav 0,5 årsverk er en ettårig prosjektstilling. Fagavdelingen ivaretar flere av de foretaksspesifikke områdene i samfunnsoppdraget til Nordlandssykehuset; forskning, undervisning og pasient- og pårørendeopplæring. 2019 har vært brukt til å videreføre arbeidet med disse områdene etter de rådene nasjonale, regionale og lokale føringer, i tillegg til at vi også har jobbet med å etablere en felles plattform og felles mål for Fagavdelingen. Denne jobben vil fortsette gjennom 2020. I Ledelsens gjennomgang er de ulike delene av Fagavdelingen omtalt for seg, da de fire seksjonene i avdelingen og områdene det jobbes med er svært ulike. Likevel finner vi stadig flere likhetstrekk og trekker veksler på å arbeide på tvers av seksjonstilhørighet. Så langt har etableringen av Fagavdelingen vært svært positivt.

5.2 Pasientsikkerhet

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble formelt avsluttet ved utgangen av 2018. Arbeidet er videreført og seksjon for pasientsikkerhet har en overordnet oppgave når det gjelder koordinering av deler av arbeidet på foretaksnivå knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Aktuelle satsningsområder i har vært innføring og spredning av ProACT, utvikling av kollegastøtteordning samt videreutvikling av NCAF for GTT analyse. Arbeidet med innsatsområdene har ført til utarbeidelse av flere regionale og klinikkovergripende fagprosedyrer. Seksjonen har en sentral rolle i utviklingen av satsningsområdet «kontinuerlig forbedring» i strategisk utviklingsplan. I den sammenheng er Trinn 1 utviklet, pilotert og igangsatt, samt at utrulling er planlagt for 2020. For trinn 2 er det utviklet ett felles program for gjennomføring ved Helse Nord, og arbeidet med regionalisering er startet og videreføres i 2020. På grunn av kapasitetsutfordringer i seksjonen i 2019 er arbeidet med utvikling av revidert plan for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet ikke gjennomført.

5.3 Forskning

Forskningsaktiviteten i foretaket er høy. Antallet stipendiater og forskere med doktorgrad ansatt ved foretaket øker. En viktig jobb for avdelingen er å følge opp disse på en god måte. I løpet av 2019 ble fire disputaser avviklet, noe som er den høyeste andelen noen gang i Nordlandssykehuset. Per 1. februar 2020 har man 85 registrerte publikasjoner i Cristin, et tall som sannsynligvis kommer til å ende på +/- 100 når alle er lagt inn. Fem av totalt 12 søknader ble innvilget etter Helse Nords utlysning 1. september 2019. Det er ønskelig med flere søknader – dette vil bli fulgt opp av seksjon for forskning. Det er gledelig at stadig flere søker Norges forskningsråd og seksjon for forskning jobber aktivt med å bistå de som søker. Nordlandssykehuset har videreført den aktive interne innsatsen for å styrke forskningen i foretaket. Dette skjer gjennom intern oppfølging av og tilrettelegging for forskningsmiljøene i de ulike klinikkene. Seksjon for forskning og Forskningslaboratoriet skal være en ressurs i dette arbeidet.

5.4 Brukermedvirkning

I 2019 gjennomførte Brukerutvalget til sammen ni møter og behandlet 112 saker. Brukerutvalget har lagt sine møter slik at styrets saker alltid står på sakskartet. Brukerutvalget behandlet en rekke saker av strategisk karakter og oppnevnte en rekke brukere til å medvirke i ulike forskning og forbedringsprosjekt i sykehuset. Representanter for brukerutvalget deltok på alle møtene i Nordlandssykehusets styre, Overordnet samarbeidsorgan (OSO), Klinisk etisk komite (KEK), Forskningsutvalget og Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget.

I 2019 behandlet Ungdomsrådet 31 saker i 2019 i tillegg til at leder av Ungdomsrådet har fast plass i Brukerutvalget. Ungdomsrådet har vært særlig opptatt av å arbeide systematisk med overgangen fra barn til voksen i sykehuset samt jobbe mot å gjøre Nordlandssykehuset til et barne- og ungdomsvennlig sykehus. Representanter fra Ungdomsrådet har også delt sine erfaringer og bidratt med brukerperspektivet gjennom flere foredrag, blant annet regional pasientsikkerhetskonferanse, samhandlingskonferansen, direktørens utvidede ledergruppe, for medisinstudent- og LIS-leger og i flere avdelinger.

5.5 Smittevern

Etablering og tilhørighet til Fagavdelingen er positivt for seksjonen og vår rådgivende funksjon overfor ansatte i Nordlandssykehuset HF. Nordlandssykehuset har utarbeidet en strategisk utviklingsplan som gjelder for 2018-2035 og i 2019 kom *Handlingsplan for et bedre smittevern*. Oppfølgingspunkter fra handlingsplanen vil bli gitt til foretakene gjennom OD fra Helse Nord. Smittevern sine områder i Strategisk utviklingsplan bør sees i sammenheng med Handlingsplanen.

I stor grad er seksjonens oppgaver foretaksovergripende. Det utføres infeksjonsovervåkning med NOIS-PIAH fire ganger i året og kontinuerlig NOIS-POSI. I 2019 ble det implementert tverrfaglig og systematisk gjennomgang av dype infeksjoner. Noe som har blitt sett på som positivt for pasientsikkerheten. Smittevern gjennomfører årlige undervisninger til sykepleiestudenter, ABIOK, LIS-1, smittevernkontakter, legegrupper og HMS-kurs. Det er utarbeidet en retningslinje for gjennomføring av smittevernvisitter på den enkelte avdeling/enhet. I 2019 ble det etter initiativ fra smittevern, gitt klarsignal for kollegavaksinering i foretaket. Selv om målet med en vaksinedekning på 75% ikke ble nådd, økte antallet vaksinerte fra 1150 i 2018 til 1478 i 2019. For foretaket har HEMIS med underleverandører administrert vaksiner, bidratt i 8 kjente MRSA-smitteoppsporinger i 2019 og 1 oppfølging fra 2018. I tillegg har HEMIS ansvar for oppfølging av eksponering for blodsmitte hos ansatte. Her er det fremdeles utfordringer med at det er ca. 100-150 blodprøvesvar som ikke blir fulgt opp på grunn av manglende skademelding/epikrise.

5.6 Kunnskapsbygging

Fra mars 2019 ble seksjonen overført fra HR til Fagavdelingen. Dette har vært en god og positiv prosess og erfaring. Organisasjonsformen er riktig i forhold til seksjonens oppdag og funksjon, samt at det har gitt gode og utviklende samarbeid med tilhørende seksjoner. For Lærings- og mestringssenteret (LMS) har det vært satset på styrking av sentret som helsepedagogisk senter med prioritering av helsepedagogiske kurs for ansatte og brukere. Biblioteket har hatt nedbemanning med 50%, og har derfor endret driften til bruk av mer effektive metoder, teknologiske løsninger og satsing på brukernes selvhjelp. Hele seksjonen har satset på forbedring av eksisterende oppgaver og tilbud fremfor oppstart av nye. Flere av ansatte har deltatt i forbedringsutdanningen i 2019 noe som forventes å gi gode resultater i 2020.

5.7 LIS utdanningen

Fagavdelingen har ansvaret for det overordnede, klinikkovergripende arbeidet knyttet til LIS utdanningen ved at utdanningskoordinerende overlege er ansatt i Fagavdelingen og at overordnet utdanningsutvalg ledes av fagsjef. Gjennom 2019 har det vært jobbet med å få sendt inn kvalitetssikrede søknader om godkjenning som utdanningsvirksomhet for tilsammen 32 spesialiteter i Nordlandssykehuset. I tillegg har det vært jobbet vedvarende med å få på plass undervisning og kurs for Felles kompetansemodul. Utdanningskoordinerende overlege har bidratt i 20 % stilling inn i det regionale arbeidet og seksjon for kunnskapsbygging har bidratt med utforming av utdanningsplanene i kompetansemodulen.

6 Samhandling med kommuner og primærhelsetjenesten

God samhandling på alle nivå er en forutsetning for gode behandlingsforløp som sikrer at pasienten får tilbud om riktig behandling, på riktig sted, og til rett tid. Helseforetaket har egen samhandlingsavdeling som ivaretar det administrative samhandlingsarbeidet og følger opp dialogen og samarbeidet med ulike samarbeidspartnere. Samhandlingsavdelingen har to heltidsstillinger samt deltidsstillinger (3 x 20 %) for praksiskonsulenter og 20 % for praksissykepleier Bodø.

I 2019 ble det gjennomført fem møter i Overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Samhandlingskonferansen med kommuner ble gjennomført med god representasjon. For å sikre god samhandling med de 20 kommunene i Nordlandssykehusets nedslagsfelt, er det vedtatt overordnet samarbeidsavtale og 13 tjenesteavtaler.

Gjennom arbeidet med Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan er det satt et overordnet mål om å videreutvikle strukturer og avtaler som sikrer optimal samhandling for å skape pasientens helsetjeneste. Det skal skje i nært samarbeid med våre samarbeidspartnere. I 2019 startet arbeidet med etablering av Helsefellesskap. Jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

7 Drift, bygg og infrastruktur

7.1 Innledning

Nordlandssykehuset HF er et sikkert sykehus for ansatte, pasienter og besøkende. Det gjennomføres hyppige øvelser, en god opplæring og oppfølging. Dette kombinert med en god innføring av nye arealer og ny teknikk bidrar til moderne lokaler som også er driftssikre.

Fokus vil i 2020/21 være å sørge for best mulig støtte knyttet til den pågående pandemisituasjonen. Det betyr å sørge for riktig bemanning og kompetanse hos våre ansatte for å ivareta de bygg vi har

7.2 Utbygging

Utbyggingsvirksomheten har krevd både personressurser og ikke minst økonomi i ferdigstillelsesfasen gjennom nedsalg av boligene. Det er ikke gitt å se den fulle effekten av dette knyttet til rekruttering og mulighetene for å etablere tilfredsstillende bo-muligheter innenfor gjenværende portefølje.

Utbygging og renovering avsluttes i 2020. Senter for utbygging avvikles i 2020 og foretaket går over i normal driftsfase.

7.3 Bygg til psykisk helse- og rusbehandling

Psykisk helse - og rusklinikkens sykehusavdelinger holder til innenfor veggene av de ærverdige og vernede bygningene fra 1902/1959. Her er det svært ujevn kvalitet på lokalene, noe som skaper stadige utfordringer i pasientbehandlingen. Det gjelder spesielt lokalene til to av våre tre akuttenheter i voksenpsykiatrien, Akuttenhet Nord og Akuttenhet Sør.

Plan for den videre utredningen og konseptfase har vært behandlet i egne saker (Styresak 2019-018 og 2019-102).

7.4 Vedlikeholdsetterslep og utskiftingsbehov

Tilstandsanalyse av bygningsmassen i foretaket gjennomføres hvert 4. år, i analysen benyttes multiMap som er et verktøy utviklet av Multiconsult AS.

Ved kartlegging av bygningsmassen er prinsippene i Norsk Standard 3424 «Tilstandsanalyse av byggverk» lagt til grunn. Det innebærer angivelse av tilstandsgrader (TG) fra 0 til 3, hvor TG 0: Ingen avvik, TG 1: Mindre eller moderate avvik, TG 2: Vesentlige avvik og TG 3: Stort eller alvorlig avvik.

Kostnadene beregnes på dekomponert nivå, fra TG 2 eller TG 3 tilbake til TG 1. Det vil si at kostnadene som beregnes er for å få hele porteføljen til TG 1,0. I en stor portefølje vil det alltid være noen komponenter som nærmer seg slutten av sin levetid. Derfor er et realistiskambisjonsnivå for TG mellom 1,2 og 1,4, avhengig av bygningstype. En andel av oppgraderingsbehovet vil dermed representere naturlige utskiftninger, og bør ikke betegnes som et «etterslep». Denne andelen er ikke tallfestet og krever mer detaljerte analyser.

Samlet vektet tilstandsgrad (TG) i 2015 var for hele foretaket 1,0, i 2019 er denne 0,86. I hovedsak er det boligene, sykehuset i Lofoten og anlegget på Rønvik som trekker ned tilstandsgrad.

Analysen gjennomført i 2019 viser at vi med dagens bygningsmasse, før nedsalg av boliger, har et teknisk oppgraderingsbehov i et 0 – 10 års perspektiv på ca. 1,0 mrd. 2019-kroner. I 2015 var dette tallet 830 millioner 2015-kroner for samme tidsperspektiv.

Tallene fordeler seg på overordnet nivå slik:

Lokasjon	Kartlagt areal	Antall bygg	Alder i 2019	Samlet VTTG	Behov 0-5 år	Behov 5-10 år	Behov 0-5 år pr BTA	Behov 5-10 år pr BTA	Behov samlet pr BTA
Bodø Boliger	17 957	38	52	1,97	180 100 000	24 300 000	10 000	1 400	11 400
Bodø: Rønvik og Mellomåsen	46 304	32	74	1,30	231 100 000	155 100 000	5 000	3 400	8 300
Bodø: Sentrum	80 687	21	38	0,46	83 900 000	91 400 000	1 000	1 100	2 200
Lofoten	14 932	38	49	1,43	50 900 000	78 100 000	3 400	5 200	8 600
Vesterålen	24 223	36	22	0,58	32 800 000	74 300 000	1 400	3 100	4 400
Total	184 103	165	47	0,86	578 900 000	423 300 000	3 100	2 300	5 400

Trenden er at bygningsmassen blir bedre, nytt sykehus på Stokmarknes og i Bodø trekker opp samtidig som disse byggene også begynner å bli noen år og etter hvert får TG 1. Ny bygningsmasse har forbedret både tilstand på byggene og lokalene for å drive primærtjenestene. Utfordringen er å evne å ivareta det nye vi har fått, og å drive et nødvendig preventivt vedlikehold og utskiftninger på den eldre delen.

Teknisk oppgraderingsbehov er definert som: «den innsats som kreves for å heve den tekniske kvaliteten til et definert ambisjonsnivå».

«Teknisk oppgraderingsbehov» tilsvarer kostnadsestimatet for å heve tilstanden på bygningsmassen til et definert ambisjonsnivå. I dette tilfellet er ambisjonsnivået definert å tilsvare tilstandsgrad 1 (TG1) iht. Norsk Standard 3424 "Tilstandsanalyse av byggverk".

For en stor del av foretakets bygningsmasse vil det si at lover og forskrifter er oppfylt, og at bygningsmassen fremstår med god/tilfredsstillende teknisk tilstand.

7.5 Beredskap

Beredskapen ble delt i 2019 mellom Beredskapsrådgiver i direktøren stab og stab for brann, sikkerhet og beredskap (SBS&B), hvor SBS&B skal ha størst fokus på bortfall av kritisk infrastruktur.

Pandemiplanverket ble ferdigstilt i 2018. SBS&B fortsatte gjennom 2019 samtaler med kommunene for å kvalitetssikre at vi har et omforent planverk med dem. Staben har også vært en del av en tverrfaglig gruppe som fikk mandat til å lage et forslag til CBRNE planverk, lage en teoretisk undervisning samt en praktisk opplæring for Nordlandssykehuset HF.

Senter for drift og eiendom (SDE) gikk til anskaffelse av CIM risk til bruk for ROS-analyser internt. I 2019 begynte vi med en intern opplæring av dette analyseverktøyet hvor vi valgte å starte med tema bortfall av vann. Forarbeidet med bortfall av vann startet høsten 2019 og den første analysedagen ble gjennomført i november 2019. Det deltok flere deltagere, både fra Nordlandssykehuset HF, UNN samt Bodø kommune.

Staben var engasjert i flere øvelser gjennom 2019 som deltager, planlegger, og observatør. Dette var øvelser som:

1. Øvelse Dynamo, en tabletop-øvelse (akvarieøvelse) for Katastrofeledelsen,
2. Nordland Politidistrikt gjennomførte en tabletop-øvelse (akvarieøvelse) for kommunene i Lofoten. Scenarioet var evakuering av et cruiseskip som lå til land.
3. Ved Øvelse Nord 2019 skulle ikke NLSH Bodø delta med intrahospitalt personell, men hvor ambulansen deltok og vi var med i planleggingen.

7.6 Brann og sikkerhet

Det ble gjennomført internkontroll hvor tema var ID-kort/nøkkelkort som er et godt bidrag for å få kontroll og oversikt over ID-kort problematikken.

Securitas er engasjert i Bodø for å gjennomføre skallsikringen samt mobil beredskap. Den samme avtalen har Lofoten, mens Vesterålen ikke har bistand til skallsikring men til mobil beredskap.

Det har blitt en god kvalitet på skallsikringen ved alle sykehusene. Bodø har imidlertid en del hendelser i tilknytning til resepsjonen. Det jobbes med å få en oversikt over utfordringen, men det som nå tydeliggjør seg, er at disse hendelsene er fraværende i den tiden vi nå har gjennomført besøkskontroll.

Stab for brann, sikkerhet og beredskap fortsetter det gode arbeidet med ROS innenfor ulike områder, utvikling og samkjøring av planverk og det kontinuerlige fokus på godt brannvern.

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

8.1 Foretakets styringssystem.

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for virksomheten har etablert et styringssystem og at systematisk styring gjennomfører i tråd lover og forskrifter. Når det gjelder gjennomføringen og etterlevelse av styringssystemet så er myndighet delegert i lederlinjen. Alle ledere og medarbeidere har ansvar for å sette seg inn i og forstå styringssystemet og sørge for at foretakets retningslinjer og prosedyrer etterleves.

Styringssystem beskriver hvordan foretakets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med:

- Krav og føringer fra eier og myndigheter.
- 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 (NS-EN ISO 14001:2015).

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.

Oversikten under viser antall dokumenter fordelt på dokumenttype og hvor mange av disse som ikke er revidert innen frist (pr. 30.04.20). Oversikten viser kun dokumenter med gyldighetsområde som ligger til Nordlandssykehuset HF.

Antall dokumenter fordelt på dokumenttype og revisjonsstatus

Betegnelse	Navn	Antall	Ikke revidert innen frist (pr. 30.04.20)	Mangler revisjonsdato
AV	Avtaler	155	14 (0,9%)	
DS	Dokumentsamling	4264	327(7,66%)	10
FB	Funksjonsbeskrivelse	466	46 (9,87%)	
LF	Lover og forskrifter	2	1 (50%)	
MS	Mål og strategier	346	49 (14,6%)	11
OL	Oversikter og lister	840	66 (7,9%)	
PB	Prosess	68	8 (12,8%)	2
PI	Pasientinformasjon	384	63 (16,4%)	1
PR	Prosedyre	7941	950 (12%)	1
RL	Retningslinjer/veileder	1924	274 (14%)	
RP	Rapport	1196	64 (5,34%)	61
SJ	Skjema, sjekklister og maler	4590	280 (6,1 %)	26
Totalt		22176	2142 (9,65%)	112

Oversikten under viser antall avvik og forbedringsforslag i foretaket.

Utviklingen i melding av avvik og forbedringsforslag 2013-2019:

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Antall avvik meldt	3145	3808	4576	4626	4717	4540	5149
Antall åpne avvik *	1	26	103	132	371	1085	781*
Antall ulike meldere	992	1181	1321	1358	1353	1385	1529
Forbedringsforslag	11	15	279	196	207	188	224
Totalt antall pasienthendelser	628	733	832	890	872	768	1251
Pasienthendelser sendt til Helsedirektoratet	238	261	265	221	165	166	**

* Åpne i 2019, ** Meldeordningen ble avviklet i mai 2019.

8.2 Eksterne tilsyn/revisjoner i foretaket

Oversikt og status på alle gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner rapporteres til styret 3 ganger i året. Tiltak fremmet gjennom disse eksterne tilsyn og revisjoner bidrar til forbedring i foretaket. Omfang på eksterne tilsyn og revisjonene varierer og er ressurskrevende. De involverer mange ansatte på ulike måter fra vi får varsel om tilsyn/revisjon til de er lukket og styret er informert.

8.3 Interne revisjoner:

Helseforetaket har et eget internrevisjonsnettverk og det ble i 2019 avholdt 2 møter. 2019 har vært et utfordrende år med tanke på gjennomføring av internrevisjoner. Foretaket har vært gjennom stor organisasjonsendring som har påvirket gjennomføringen. I likhet med mange andre områder så har den pågående COVID-19 pandemien også fått konsekvenser for internrevisjonsarbeidet i foretaket. Slik det ser ut nå så vil det som er planlagt av internrevisjoner frem til sommeren 2020 i begrenset grad gjennomføres.

8.4 Kvalitets- skadeutvalg i NLSH HF

Foretaket har to Kvalitets- og skadeutvalg, et for somatikk og et for psykiatri. Utvalgenes viktigste rolle er å:

- Sjekke ut at klinikker har iverksatt adekvate tiltak som reduserer risiko for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.
- Bidra til læring og forbedring i hele foretaket ved å:
 - Dele kunnskap.
 - Etablere foretaksprosedyrer

Det ble i 2019 avviklet:

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

8.5 Avvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.

Stortinget har vedtatt endringer i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 som innebærer at Meldeordningen i spesialisthelsetjenesten avvikles. Den 15. mai 2019 ble meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3.3 avviklet.

Som er konsekvens av denne lovendringen har Nordlandssykehuset HF og Helse Nord gjennomført nødvendig tilpasninger på system, gjort endringer på prosedyrer og informert ledere og ansatte i foretaket om endringen. Selv om meldeplikten i henhold til § 3-3 er avviklet så har foretaket et sterkt fokus på å opprettholde den gode meldekulturen uavhengig av meldeordningen.

Det har vært en økning på antall meldte pasienthendelser i foretaket i 2019. Det ble meldt 1251 pasienthendelser internt i foretaket. Dette er det høyeste antallet som er meldt sammenlignet med 2017 (868) og 2018 (946). Økning i antall pasienthendelser meldt i foretaket de siste tre årene gir en indikasjon på at meldekulturen er god. Det ser heller ikke ut til at avvikling av meldeordningen har påvirket meldekulturen negativt i foretaket.

8.6 Oppgradering av Docmap

Det har med jevne mellomrom vært gjennomført oppgraderinger av foretaksgruppens kvalitetssystem Docmap (DM). Pr dags dato så er det versjon 7.1 som benyttes.

Helse Nord har i dialog med foretaksgruppen besluttet å oppgradere fra DM 7.1 til DM 8.1 / 9,0. Det arbeides nå med å få avklart når oppgraderingen praktisk kan utføres. Arbeidet med oppgradering vil bli forsøkt gjennomført uten for stort ressursbruk.

8.7 Arbeid med konsept for anbudsutlysning til kvalitetssystem

Helse Nord RHF / Nordlandssykehuset HF har siden 2004 benyttet Docmap som dokument- og avvikssystem. Det har vært en løpende avtale som ikke har vært konkurranseutsatt siden anskaffelsen ble gjennomført. I snitt er det cirka 216 000 månedlig oppslag på dokumenter i Docmap i Helse Nord. Dette indikerer at systemet brukes regelmessig av ansatte i hele Helse Nord.

Det har kommet innspill på at systemet ikke lenger tilfredsstiller forventningene som tjenestene har til funksjonalitet og brukervennlighet.

Med bakgrunn i endrede behov er det besluttet i Helse Nord at det skal gjennomføres en kartlegging (konseptfase) av eksisterende behov for dokument- og avvikssystem, samt verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyser, med intensjon om gjennomføring av ny anskaffelse.

Formål for konseptfasen:

- Kartlegge hvilke behov foretaksgruppen har med tanke på funksjonalitet og tilgjengelighet.
- Orienter oss om hvilke muligheter som er tilgjengelige i markedet.
- Velge konsept og ta stilling til en eventuelt ny anskaffelse

Konseptfasen er stipulert til å ha en varighet på 6 måneder, i henholdt til oppdatert fremdriftsplan så skal konseptrapport med arbeidsgruppens anbefaling overleveres til styringsgruppen for prosjektet i midten av mai 2020. Hvordan det videre arbeidet vil forløpe etter at styringsgruppen har konkludert avhenger av valg av konsept og når det praktisk kan gjennomføres.

8.8 Risikostyring

Daglig styring av risikostyring utøves i lederlinjen. 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.
- Ledelsens gjennomgang

8.8.1 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*

8.8.2 Endringskontroll

Foretaket sine retningslinjer 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.

8.8.3 Ledelsens gjennomgang:

Ledelsens gjennomgang er et av verktøyene for sikre styring 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.

8.8.4 Nye retningslinjer for risikostyring i Helse Nord HF

I oppdragsdokumentet for 2020 er det krav om å innføre nye rutiner for risikostyring i tråd med oppdaterte retningslinjer. Nye retningslinjer fra RHFet kom i februar 2020 da revidert versjon av [RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord](#) ble utgitt. Foretaket ved avdeling for kvalitet og e-helse arbeider med å revidere foretaket sine prosedyrer slik at de er i henhold til krav i den nye retningslinjen.

8.9 Informasjonssikkerhet og personvern

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

For dette området rapporteres det status til styret årlig. Sist i styresak «2020-046 Orienteringssak informasjonssikkerhet - status pr mai 2020»:

8.10 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. DNV GL gjennomførte i 17. og 18. juni 2019 periodisk revisjon av Nordlandssykehuset HF sitt system for miljøledelse for å vurdere om styringssystemet blir fulgt opp og vedlikeholdt i henhold til ISO 14001:2015 Ledelsessystemer for miljø. Foretaket ble sertifisert i henhold til gjeldende standard i 2017. Sertifikatet er gyldig for tre år om gangen.

Revisjon i 2019 var siste periodiske revisjon før resertifisering til 2020. Fokusområde for revisjonen var Avfallshåndtering. Revisjon gikk over to dager med befaring og intervjuer i Bodø. Revisjonsteamet fra DNV GL intervjuet ledergruppen. I tillegg ble det gjennomført revisjon med befaring og intervju på fire av klinikkene og Senter for drift og eiendom.

Foretakets tilsvarende på funn og plan for lukking av avvik og oppfølging av observasjoner er godkjent av DNV GL.

Resertifisering i 2020 var planlagt primo mai. Denne ble forskjøvet på grunn av pågående koronaepidemi. Foretaket er i dialog med sertifiseringsorgan for planlegging av gjennomføring resertifisering etter sommeren.

Sykeshusinnkjøp har etter anbud inngått ny avtale om leveranse av sertifiseringstjenester. For perioden 16. mai 2020 til 15. mai 2022 er Kiwa Teknologisk Institutt Sertifisering AS. For foretaket innebærer dette KIWA overtar som sertifiseringsorgan etter at DNV-GL har vært vår leverandør siden 2017.

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

9 Risikostyring og måloppnåelse av krav i oppdragsdokument fra Helse Nord 2019

I oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF i 2019 var det ikke beskrevet egne mål hvor det var krav om særskilt risikovurdering. For noen områder i oppdragsdokumentet var det krav knyttet til vurdering av risiko, risikokompetanse eller status på spesifikke områder:

- **Kvalitetsutvikling (3.5 – pkt. 2)**
Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. Dette ble gjennomført i forbindelse med styreseminar 29. april 2019.
- **Kvalitetsutvikling (3.5 – pkt. 3, 4, 6 og 7)**
Krav om samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets og pasientsikkerhetsindikatorer, for å identifisere områder hvor foretaket har gode resultater eller stor framgang med tilhørende handlingsplan. Nordlandssykehuset startet prosessen med å identifisere et område der foretaket har gode resultater/fremgang og to områder hvor foretaket har svake resultater/høy risiko jf. OD kapittel 3.5 punkt 3, 4, 6 og 7. Foretaket har hatt felles møte med klinikkene hvor en har fått innspill til områder hvor foretaket har lav og høy risiko. Innspillene har dannet grunnlag for valg områder. Status redegjort for i Tertialrapport 2. tertial 2019 og årlig melding.
- **Forskning og innovasjon (3.8 – pkt. 1)**
Krav om at alle verktøy som brukes til å registre og oppbevare forskningsdata skulle risikovurderes. Dette ble gjennomført av fagavdelingen i juni 2019.
- **Personvern og informasjonssikkerhet (4.2 – pkt. 2)**
Krav om å styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni. Dette ble gjennomført i styremøte 21. mai 2019 sak 2019-048 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet - status pr mai 2019.
- **Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet**
Krav om å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial. Alle risikovurderinger som var planlagt ble gjennomført i perioden fra november 2015 til april og redegjort for i styremøte 23. mai 2018 sak 037/18 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet - status pr mai 2018.

9.1 Oppfølging og rapportering

Kravene i oppdragsdokumentet er rapportert i tertial rapportering og årlig melding. For hvert av kravene er det gjort vurdering av måloppnåelse. Årlig melding er redegjort for i styremøte 18. mars styresak 017-2020 Årlig melding 2019 og beskriver status for hvordan kravene i årlig melding.

10 IKT

10.1 IKT Beredskapsplaner

Et utfordrende område for foretaket er håndtering av planlagt og ikke planlagt nedetid eller bortfall av datasystemer og infrastruktur. Ved nødvendig vedlikehold av infrastruktur, nettverk og systemer er det rutiner for varsling fra Helse Nord IKT som skal gi tid til å få vurdert hvilke implikasjoner dette kan få, og det kan planlegges og gjennomføres i samarbeid med Helse Nord IKT. Ved komplikasjoner er det mulig å revidere planene. Under gjennomføring er det også tilfeller der det vil være behov for å ha katastrofeledelsen eller der det brukes andre støttefunksjoner for å håndtere nedetiden.

Det er en stor utfordring at vi ikke har en fullgod oversikt over infrastruktur/nettverk og hvilke systemer som er avhengig av ulike elementer i nettverket samt hvilke enheter/brukere som blir påvirket ved nedetid i nettverket. Noe av denne informasjonen er hos Helse Nord IKT i deres varslingssystemer, men er ikke tilstrekkelig. Det pågår anskaffelse av elektroniske verktøy for dette i Helse Nord IKT for Network Access Control (NAC) og Asset Management som skal gi en god systemstøtte for en forbedret kontroll og oversikt.

Foretaket har jobbet internt med å gjennomgå beredskapsplanverket for den oversikten og kontrollen vi trenger for å ha en god kontroll på hva som berøres og konsekvenser for klinisk bruk av nedetid på nettverkskomponenter og dataservere. Det er en omfattende jobb som ikke er ferdigstilt. I en ny systemløsning som er startet opp for protokoll over databehandlinger legges det også inn hvilke systemer som inngår i databehandlinger. Dagens oversikt i Excel vil da overføres til nytt system.

I det videre arbeidet med beredskapsplanverket vil det etableres dokumentasjon som dekker informasjonsklassifisering for sensitivitet, kritikalitet og prioritet. Dette vil gi foretaket et forbedret grunnlag for beslutninger og oppfølging i forbindelse med nedetid, uforutsette hendelser og reetablering etter nedetid. Foretaket vil da kunne se hvilke implikasjoner som det må tas hensyn til, og kunne gjøre en vurdering av gjennomføring med minst risiko.

Det startes nå opp et regionalt prosjekt hvor alle helseforetakene deltar sammen med Helse Nord IKT med målsetning å utarbeides en felles beredskapsplan for IKT for foretaksgruppen, som lokale planverk linkes til. Prosjektet skal sikre at det f.o.m. 2021 arbeides systematisk mellom foretakene med kompetansebygging, øvelser og forbedringsarbeid. Dette vil også støtte opp om det vi gjøre i foretaket for å ha kontroll og oversikt over våre avhengigheter og implikasjoner slik at vi kan håndtere dette.

10.2 Avtaleforhold og IKT leverandører

Høsten 2018 startet arbeidet med revisjon 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 stoppet opp i desember 2019 på grunn av behov for avklaringer om sentrale betingelser som er viktige for helseforetakene. Helse Nord IKT og Helse Nord RHF gjør disse avklaringer. Arbeidet er avtalt å fortsette vår 2020.

10.3 Bestillertjenesten

Det tilbakemeldes fra Helse Nord IKT at de jobber aktivt med å forbedre leveransene sine. Opplevelsen hos oss er at de i mindre grad har lyktes med dette. Det tar svært lang tid å få avklaring på saker meldt til Felles innboks. For saker som er ferdig prioritert der opplever vi lang leveranse tid

på og behov for purring fra oss som kunde for fremdrift. Også for tjenester i drift har vi utfordringer med å få tilstrekkelig rask respons ut fra våre behov. Det er fortsatt utfordringer i forhold til reell deltagelse i prosjekter iverksatt av Helse Nord IKT. Kundeportalen til Helse Nord IKT ble satt i drift i 2019 og det er gitt jevnlig tilbakemeldinger til Helse Nord IKT om endringer og brukeropplevelser for å få det tilpasset våre medarbeideres behov.

Prosjekt Operativsystem, overgang til Windows 10 blir avsluttet i juni 2020.

I forbindelse med at vi planlegger overgang til to-faktor autentisering ved pålogging har vi gjennomført en større undersøkelse av hvordan pålogging i Nordlandssykehuset fungerer i dag, og hva vi som organisasjon kan godta av blant annet tidsbruk i en påloggingssammenheng. Den har gitt oss gode dokumentasjoner på krav som må imøtekommes når vi nå skal jobbe med å få implementert to-faktor autentisering i 2020.

10.4 Møterom og strømming

Styrerommet i G4 har fått mulighet til strømming av lyd og bilde. Det er inngått vedlikeholdsavtale med ekstern tjenesteleverandør for våre viktigste møterom og auditorium. Det har også vært prioritert å forbedre møteromsløsninger flere steder i foretaket.

10.5 Hjemmekontorløsning med oppsving i Pandemiperioden

I forbindelse med opptrapping av pandemi har det vært et stort behov for å få etablert hjemmekontor på en god plattform for alle ansatte som jobber hjemmefra i denne perioden. Det har vært brukt ulike løsninger tidligere, men det har nå vært prioritert å få så mange som mulig over på «mobilt kontor» som hjemmekontorløsning. I perioden har det vært mulig å dekke foretakets løpende behov for hjemmekontor.

Kostnader til IKT utstyr har som følge av dette økt i perioden.

10.6 Bruk av videoløsninger internt.

Bruke av videokonferanser og også telefonkonferanser har tatt seg kraftig opp i pandemiperioden. På administrativ side har dette vært den sentrale plattform for det meste av møter. Skype for business har fungert til tross for en sterkt økende bruk.

11 Beredskap og sikkerhet

Det overordnede ansvaret for beredskapsplanverket i Nordlandssykehuset HF ligger hos administrerende direktør og utøves gjennom linjen hos de enkelte klinikker/senter/staber. Foretakets beredskapsutvalg skal bidra til at de ulike beredskapsplanverk er oppdatert og til enhver tid tilpasset organiseringen av foretaket. Beredskapsutvalget skal også bidra til at det blir gjennomført opplæring og arrangert øvelser slik at foretaket er forberedt på å fungere som skissert i planverket.

I 2019 gjennomgikk beredskapsplanverket knyttet massetilstrømning en omfattende revisjon. Arbeidet med etablering av beredskapsplanverk innen IKT og CBRNE startet opp i 2019 og vil ferdigstilles i 2020.

Aktører i Totalforsvaret som PST, Sivilforsvaret, Forsvaret, Politiet og Fylkesmannen har vært på besøk og presentert seg og sitt ansvarsområde for beredskapsutvalget samt katastrofeledelsen. Denne presentasjonen av ulike samvirkepartnere vil fortsette i 2020.

Det er gjennomført omfattende tiltak for å samordne planverk og gjennomføre samtrening med kommunene i Nordlandssykehuset sitt nedslagsfelt. Dette arbeidet vil fortsette inn i 2020.

Det har vært gjennomført flere øvelser i 2019 på foretaksnivå, både på tabletop-nivå og deltok også i fullskalaøvelse ØV NORD. Deltakelsen i ØV NORD planlegges videreført og det skal videre gjennomføres fullskalaøvelser ved lokalsykehusene innen sommeren 2021.

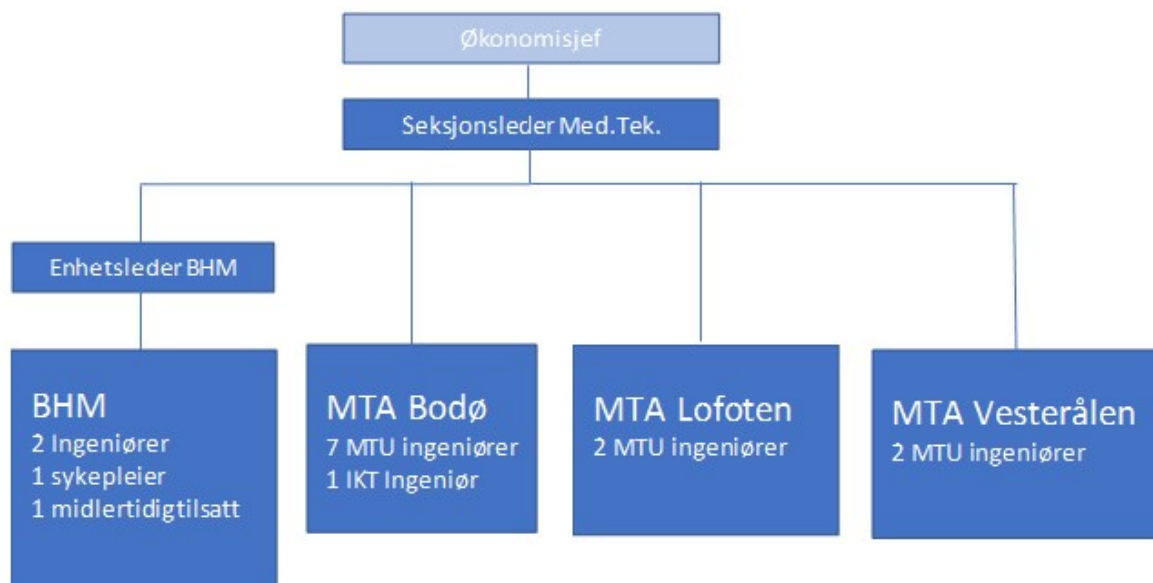
Nordlandssykehuset er en av representantene i Øvingsforum Nordland. Dette er et samarbeid mellom Brann, helse, Politi, Sivilforsvaret, Forsvaret og FORF som skal koordinere øvingsaktiviteten mellom de forskjellige aktører. Arbeidet ledes av politiet, og har vis seg å være en fin arena for relasjonsbygging.

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.

12 Medisinskteknisk

12.1 Organisering

Ved Nordlandssykehuset er Medisinteknisk en seksjon i Økonomiavdelingen.



I Lofoten og i Vesterålen er det registrert ca.1000 Medisinsk tekniske utstyrsenheter (MTU) på hvert av sykehusene og i Bodø er det registrert ca.7500 MTU enheter.

Bemanningen i Lofoten og Vesterålen fungerer greit i det daglige, men er sårbart ved feriefravær/sykefravær.

Ansvarsfordelingen i Bodø er hovedsakelig gjort etter utstyrsgrupper, men i noen tilfeller avdelingsvis. Ideelt sett skulle vi hatt minst to personer med kunnskap, kompetanse og erfaring innen hvert utstyrsområde. På noen felt har vi greid å få til det, men på de fleste områder hviler medisinsk teknisk ansvar og kompetanse på enkeltpersoner, noe som øker sårbarheten. Spesielt sårbar er maskinparken i laboratoriet, hvor en MTU ingeniør har ansvar for nærmere 90 % av analysemaskinene som er fordelt over 4 etasjer i O-fløyen. En del av laboratorieutstyret er ansvarsmessig fordelt til andre i seksjonen, dette er et arbeid som må videreføres for å redusere sårbarheten.

I tillegg til forvaltning, drift og vedlikehold av MTU er det et kontinuerlig påtrykk om medisinteknisk representasjon i ulike prosjekter. Slike prosjekter foregår både lokalt, regionalt og nasjonalt og kan til tider være svært tidkrevende og utfordrende å kombinere med kjerneoppgavene for ansatte i medisinteknisk seksjon.

12.2 Behandlingshjelpemidler

Pr. juni 2020 har Nordlandssykehuset registrert utlån på 5011 behandlingshjelpemidler (BHM), fordelt på 4770 brukere. Det er nylig tilsatt enhetsleder i en nyopprettet stilling. Dette har gitt et tilskudd til driften og reduserer sårbarheten både ved sykefravær og ferieavvikling.

BHM håndter en stor brukergruppe i et stort geografisk utfordrende distrikt. Omfanget av brukerutstyr og antall brukere har økt de siste årene og enheten fikk økte ressurser våren 2020 for å håndtere det.

13 Økonomi og innkjøp

13.1 Innkjøp

Hovedprinsippet i Lov og forskrift om offentlig anskaffelser er at alle varer og tjenester vi anskaffer i offentlig sektor skal være konkurranseutsatt. På bakgrunn av konkurranser etablerer vi rammeavtaler på kjøp av produkter og tjenester. Alle avtaler legges inn i Clockwork (CW) og benyttes av brukerne når det bestilles varer. Det er to tilnærminger til bestilling av varer fra avdelingene. Alle varer vi har på sentrallager er tilknyttet avtaler. I tillegg kan avdelingene bestille varer som ikke er lagerført men fortsatt er på avtale. Bestillingene går da via innkjøp til godkjenning/evaluering. Vi arbeider systematisk med å informere bestillere og foretaket om de avtalene vi har inngått. Det er et stort behov for informasjon i foretaket på dette punktet.

Det har i lang tid vært fokus på omsetning i Clockwork (CW) som en målestokk for uthenting av gevinster ved bruk av systemet. Nordlandssykehuset har arbeidet systematisk med dette over tid, og har en omsetning via CW rett i underkant av 80 %, og dermed pr nå høyest av sykehusforetakene i regionen.

Avtaler vi inngår både lokalt, regionalt og nasjonalt konkurranseutsettes av Sykehusinnkjøp. Seksjonsleder innkjøp deltar i taktiske samarbeidsmøter med de operative lederne i Sykehusinnkjøp månedlig. Her avstemmes lokale behov og oppfølging av pågående saker. I tillegg deltar seksjonsleder i de regionale samhandlingsmøtene (innkjøpsforum) mellom foretakene i regi av Helse Nord. Vi deltar også i det regionale CW forvaltningsforum. De arbeider systematisk med samhandling og optimalisering av felles bruk av foretakenes innkjøpssystem.

13.2 Lager og logistikk

Forsyning i Nordlandssykehuset baserer seg på lager av fysiske produkter i foretaket og bestilling av varer direkte fra avdeling til leverandører. All forsyning av varer gjøres gjennom forsyningsenheten, som distribuerer til avdelingene. Det er et potensial i forhold til forbedring gjennom å frigi areal fra paller til plukk på sentrallager. Vi har behov for å optimalisere produktsortiment og transporttid på varer for å påse at vi har de riktige mengder og produkter lagerført.

Aktiv forsyning og logistikk internt i sykehuset er ressurskrevende, men en nødvendighet på grunn av lite areal ute på avdelingene.

Nordlandssykehuset startet i 2019 arbeidet med å beregne både utstyrsbehov i en beredskap og lagerbeholdning av dette. Selv om beregnet behov ikke var bestilt kunne vi raskt iverksette oppbygging av beholdning. Vi var derfor tidlig med å sette bestilling fra leverandørene våre for å møte det økte behovet for smittevernutstyr.

De arealbehov vi må ha for å dekke det volum av utstyr på driftslager og beredskapslager i henhold til 4 ukers drift ved pandemi, har vi ikke tilgjengelig i foretaket i dag. Vi er derfor avhengig av å leie tilleggsareal. Leie av tilleggsareal har ekstra kostnader, men også noen fordeler. Dette vil hjelpe oss med å frigi areal lokalt til plukklager, og vil få bedre arealutnyttelse knyttet til inn og ut forsyning av varer. I eksternt lagerareal vil vi kunne motta større forsyninger, som igjen vil kunne gi oss volumrabatt.

14 Økonomisk bærekraft

Plan for håndtering av foretakets bærekraftsutfordring er redegjort for i styresak 084-2019 Budsjett 2020 – status i arbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse og i styresak 033-2020 Rullering av plan for drift og investering 2021-2028 inkludert oppdatert bærekraftsanalyse.

Nordlandssykehusets økonomiske utfordring var før pandemien 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 har de siste årene vært økende, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling har blitt begrenset som følge av at kapitalkostnadene utgjør en stadig 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, skulle 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.

Helseforetaket har siden medio februar 2020 planlagt og iverksatt tiltak for å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet til å håndtere det pågående og forventede utbruddet av Coronavirus med forventet økning av innleggelse av pasienter med covid-19 i helseforetakene. Dette har mellom annet omfattet innføring av en rekke smittevernstiltak, nedtak av elektiv virksomhet, praktisering av nasjonale karantenebestemmelser i forhold til egne ansatte (foretaket har i perioder hatt rundt 500 egne ansatte i karantene) og omfattende forberedende arbeider, herunder ekstraordinære rekrutteringsaktiviteter.

Foretakets omstillingsplan for 2020 omhandler i stor grad mer effektiv bruk av månedsverk for å øke samlet aktivitet. Pandemien har imidlertid medført et nødvendig nedtak av elektiv aktivitet parallelt med økt personellbehov. Pågående omstillingsarbeid har fokus på hvordan foretaket best mulig skal innrette pasientbehandlingen de neste 12-18 månedene i en «ny normal». Digitalisering, både av arbeidsoppgaver, pasientinformasjon og kommunikasjon vil være sentrale virkemiddel både av hensyn til smittevern og økning av foretakets kapasitet.

Nordlandssykehuset har tidligere varslet Helse Nord om at foretaket som følge av situasjonen knyttet til coronaviruset i hovedsak har konsentrert driften rundt forberedelse til mottak av og håndtering av covid-19-pasienter, parallelt med en situasjon der en stor del av personellet har vært i karantene. Foretaket etablerte tidlig i mars katastrofeledelse og sentrale ressurser i foretaksledelsen og klinikkledelsen har utelukkende vært allokert til dette arbeidet. En direkte konsekvens har vært at det pågående omstillingsarbeidet måtte stilles i bero, elektiv aktivitet er tatt ned i betydelig grad, og ressursene er prioritert til de mest nødvendige oppgaver.

I møte mellom statsråd Bent Høie og styrelederne og AD-er i RHF ble det presisert at tiltakene som må gjøres for å bekjempe virusutbruddet er nødvendig og at budsjettene skal sikres gjennom tilleggsbevilgninger slik at økonomi ikke skal være begrensende for å gjøre de rette valgene.

Forankringen av dette klare styringssignalet finner vi også i Prop. 67 S (2019 – 2020) av 27. mars. Under punkt 2.7 heter det:

«Bevilgninger til de regionale helseforetakene

Det vises til anmodningsvedtak nr. 416 (2019–2020) av 19. mars 2020: «Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene har tilstrekkelige midler når de nå planlegger å møte korona-pandemien og styrker intensivkapasiteten. Sykehusene og andre virksomheter innenfor helse må få dekket uforutsette og nødvendige utgifter knyttet til legemidler og medisinsk utstyr i perioden krisen varer. Spesialisthelsetjenesten er i en krevende beredskapsperiode. Tjenesten spisser ressursene sine mot beredskap og akutt behandling, samtidig som planlagt aktivitet utsettes. Utsettelse av planlagt behandling vil gi sykehusene lavere aktivitetsbaserte inntekter fra Innsatsstyrt finansiering (ISF). Samtidig vil helseforetakenes kostnader samlet sett øke. Helseforetakene har ekstrakostnader blant annet som følge av avvik i driften knyttet til sykdom, personell i karantene, barnepass, vikar- og overtidskostnader og kostnader knyttet til ekstraordinære innkjøp, leie av bygg til beredskapssykehus mv. Regjeringen ga i [Prop. 52 S \(2019-2020\)](#) uttrykk for at den vil sikre at helse- og omsorgssektoren gis mulighet til å iverksette de tiltak som er nødvendige gitt situasjonen.»

Nordlandssykehuset HF har forholdt seg til disse styringssignalene på et, etter vår oppfatning meget nøktern vis.

Den største usikkerheten i budsjettopplegget for 2020/2021 pr i dag er knyttet til tilpasning til «ny normal» og håndtering av etterslepet i pasientbehandling som følge av nedtak i elektiv virksomhet.