



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDÁ SKIHPPÍJVIESSO  
Direktøren

## **Styresak /11/10**

### **Orienteringssaker til styret 15 februar 2010**

**Saksbehandler:**  
Eivind Solheim

Saksnr.: Dato:  
2009/350 08.02.2010

#### **Saksbehandlers kommentar :**

Denne saken omhandler følgende orienteringssaker:

- A. Nedlegging av driften ved Røsvik bo- og behandlingssenter – oppfølging personellsiden**
- B. AMU-sak Sykefravær 2009**
- C. Ivaretagelse av pasientrettigheter - spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis**
- D. AMU-sak Reduksjon sengetall ved kirurgisk avdeling i Vesterålen**
- E. AMU-sak Etablering av ambulerende akutteam i Salten**
- F. Planlagte styresaker 2010**

## **A. Nedlegging av driften ved Røsvik bo- og behandlingssenter – oppfølging personellsiden**

**Saksbehandler:** Kerstin Thoresen

### **Saksbehandlers kommentar:**

Styret besluttet i møte i september å legge ned driften ved Røsvik bo- og behandlingssenter (RBB) fra 1. februar 2010. Beslutningen er effektivert og de siste pasientene ble utskrevet i begynnelsen av januar.

Nedleggelsen berørte 32 fast ansatte. 18 av disse har tatt i mot tilbud om ulike stillinger i Bodø. Midlertidig arbeidsavtale er inngått for vaktmestertjeneste / ivaretagelse av sykehusets bygningsmasse i Røsvik. De øvrige ansatte er inne i en oppsigelsestid, jfr Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Herunder gjelder fortrinnsrett til andre passende stillinger i sykehuset i 1 år fra oppsigelsestidens utløp.

For å bistå de ansatte som starter pendling er det i en overgangsfase etablert et møblert overnattingstilbud / pendlerbolig. Kostnadene dekkes av sykehuset i 2010. Utstyr fra RBB er benyttet til møblering.

Oppfølging av personellet har vært gjort i et samarbeid med sentrale tillitsvalgte. Både de tillitsvalgte og de ansatte har utvist konstruktivt samarbeid i en vanskelig situasjon for de berørte.

De totale kostnader for 2010 tilknyttet betalt oppsigelsestid, tilrettelegging og kostnadsdekning pendlerbolig, vaktmestertjeneste m.m., har en forventet ramme på opp mot ca kr. 730.000.

### **Innstilling til vedtak:**

Styret tar saken til orientering

### **Avstemming**

#### **Vedtak:**

## B. Sykefravær 2009

**Saksbehandler:** Kerstin Thoresen

### **Saksbehandlers kommentar:**

For 2009 utgjorde sykefraværet i sykehuset gjennomsnittlig 9 %. Tilsvarende tall for 2008 var 9,5%. Statistikken viser en nedgang, men målet om et sykefravær på 7,5 % er ikke nådd. Sykefraværet har variert noe fra måned til måned. Mange avdelinger har hatt nedgang i sykefraværet, men noen har opplevd økning. På mindre enheter får hvert enkelt langtidsfravær store utslag. Den varslede svineinfluensaen synes ikke å ha påvirket fraværet 2. halvår 2009. Dette bekreftes av interne registreringer som ble foretatt ukentlig gjennom høsten.

I det løpende følger lederne opp de ansattes sykefravær iht retningslinjer som er tilknyttet IA- avtalen og i samråd med IA- konsulent, NAV og primærleger. Det etablerte samarbeidet på foretaksnivå med NAV fungerer iht de avtaler som er gjort,- både sentralt og når dette etterspørres på klinikknivå.

For å forebygge fravær er det løpende foretatt arbeidsmiljøkartlegginger og ergonomiske vurderinger i samarbeid med bedriftshelsetjenesten HEMIS. Særskilt utsatte personellgrupper følges opp i samsvar med den handlingsplan som årlig inngås med ekstern bedriftshelse-tjeneste. Nye, store tiltak er ikke iverksatt internt siste år.

### **På landsbasis**

Statistisk Sentralbyrå har så langt ikke offentliggjort sykefraværsstatistikk for 2009 på landsnivå. På NAVs nettsider framgår det imidlertid at statistikk tom 3. kvartal 2009 viser at det totale sykefraværet var på 7,7 prosent. D.v.s. en økning i sykefraværet på 11,0 prosent sammenliknet med samme kvartal i 2008.

### **Utviklingen i Nordlandssykehuset**

Som det framgår av tabellen nedenfor har større enheter som drift- og eiendomsavdelingen, kvinneklinikken, Lofoten og radiologisk avdeling hatt kraftig reduksjon i sykefraværet siste år.

Tilbakemeldingene tyder på at reduksjonen er framkommet på bakgrunn av en bevisst sykefraværsoppfølging, bruk av mulige tilretteleggingstiltak, avgang langtidssykemeldte, HMS som fast tema i interne møter, lederfokus og arbeid med interne samarbeidsforhold. Fra AKUM nevnes det spesielt at sikring av tilgang på faste, kjente vikarer har hatt fokus.

Når det gjelder kirurgisk og ortopedisk klinikk har det totalt sett vært en økning i fraværet siste år. Årsakene antas å ha sammenheng med et økende trykk på produksjonen, og det har i tilknytning til dette vært arbeidet med nødvendig omstilling, tilpasning av oppgaver og styrking av ledelse på postnivå.

Avd	Januar-desember 2009				Januar-desember 2008			
	Bemanning	Totalt	Korttid	Langtid	Bemanning	Totalt	Korttid	Langtid
AKUM	384,8	<b>10,2 %</b>	2,7 %	7,5 %	381	<b>10,3 %</b>	2,7 %	7,6 %
BARN	84,2	<b>7,6 %</b>	2,7 %	4,9 %	95,8	<b>7,3 %</b>	2,4 %	4,9 %
BUPA	126,5	<b>6,8 %</b>	2,9 %	3,9 %	134,1	<b>7,5 %</b>	2,9 %	4,6 %
DIR	11,4	<b>8,0 %</b>	1,8 %	6,2 %	12,2	<b>10,4 %</b>	0,7 %	9,7 %
DTEK	69,4	<b>7,7 %</b>	2,8 %	4,9 %	97	<b>11,6 %</b>	2,8 %	8,8 %
FAGA	28,1	<b>4,3 %</b>	2,7 %	1,6 %	27,7	<b>4,9 %</b>	2,9 %	1,9 %
IBYGG	8	<b>7,8 %</b>	1,3 %	6,5 %	6	<b>2,6 %</b>	1,5 %	1,1 %
IKT	3,4	<b>11,0 %</b>	1,4 %	9,6 %	2,4	<b>16,2 %</b>	0,3 %	15,9 %
KIR	110	<b>10,6 %</b>	2,8 %	7,9 %	118,2	<b>9,1 %</b>	2,7 %	6,3 %
KK	49,7	<b>5,5 %</b>	2,0 %	3,5 %	56,2	<b>10,2 %</b>	2,0 %	8,2 %
KSR	54,6	<b>8,2 %</b>	2,4 %	5,8 %	58,4	<b>8,8 %</b>	2,5 %	6,2 %
KVAM	6,3	<b>13,9 %</b>	0,3 %	13,5 %	7	<b>4,7 %</b>	2,3 %	2,4 %
LAB	175,2	<b>7,3 %</b>	2,8 %	4,5 %	163	<b>8,4 %</b>	2,4 %	5,9 %
LOFO	205,8	<b>9,6 %</b>	2,3 %	7,3 %	207,6	<b>11,8 %</b>	2,4 %	9,4 %
MED	254,3	<b>9,4 %</b>	2,6 %	6,8 %	269,3	<b>10,1 %</b>	2,6 %	7,4 %
NEVA	76,5	<b>8,1 %</b>	2,1 %	6,0 %	62,7	<b>8,1 %</b>	2,2 %	6,0 %
ORG	3	<b>3,7 %</b>	1,6 %	2,1 %	2,9	<b>6,4 %</b>	4,2 %	2,2 %
ORTO	43,4	<b>12,1 %</b>	2,1 %	10,0 %	44,3	<b>9,0 %</b>	2,3 %	6,7 %
PERS	45,7	<b>5,7 %</b>	2,2 %	3,5 %	44,1	<b>7,1 %</b>	1,3 %	5,8 %
RONA	73,2	<b>5,3 %</b>	2,0 %	3,3 %	79,7	<b>7,7 %</b>	2,3 %	5,4 %
SPS	141,6	<b>11,4 %</b>	3,7 %	7,7 %	154,6	<b>10,5 %</b>	3,4 %	7,2 %
SSKV	311,1	<b>9,4 %</b>	3,3 %	6,1 %	286,1	<b>9,3 %</b>	3,1 %	6,2 %
SYTR	1,1	<b>8,8 %</b>	0,4 %	8,5 %	7	<b>12,2 %</b>	2,0 %	10,2 %
VEST	305	<b>10,3 %</b>	2,9 %	7,5 %	330,3	<b>10,0 %</b>	2,7 %	7,3 %
ØKON	58,7	<b>7,1 %</b>	2,4 %	4,7 %	55	<b>4,6 %</b>	2,2 %	2,3 %
ØNØR	60,2	<b>10,5 %</b>	2,2 %	8,3 %	80,6	<b>9,9 %</b>	2,4 %	7,5 %
ØVRIG	71,9	<b>4,9 %</b>	1,4 %	3,6 %	1,8	<b>18,8 %</b>	2,3 %	16,5 %
<b>Totalt</b>	<b>2763,2</b>	<b>9,0 %</b>	<b>2,7 %</b>	<b>6,3 %</b>	<b>2785,2</b>	<b>9,5 %</b>	<b>2,6 %</b>	<b>6,8 %</b>

## Oppfølging

I 2010 vil fraværsrapporter bli tatt ut for de nye klinikkene og stabsenhetene. Det vil bli holdt øye med fraværsutviklingen og gjort nødvendig oppfølgingsarbeid.

Ut fra erfaring er fokus på løpende oppfølging av sykemeldte vesentlig, herunder tilrettelegging for bruk av aktiv sykemelding, samt gjennomføring av de tilpasninger som er mulige ift utstyr og arbeidstidsordninger. Det må arbeides mot et enda tettere samarbeid med NAV og primærleger, da tiltak i eller utenfor sykehuset avhenger av slikt samarbeid på et tidlig tidspunkt.

Via samarbeidsavtalen med ekstern bedriftshelsetjeneste forutsettes det også i det videre å kartlegge og søke gjennomført sykefraværsforebyggende tiltak.

Det pågår en overordnet diskusjon vedr IA- avtalen, dens innhold og sykelønnsordningen. Foretaket vil holde seg oppdatert og delta i det arbeid og de diskusjoner som måtte følge.

## Innstilling til vedtak:

Styret saken tas til orientering

## Avstemming

## Vedtak:

## **C. Ivaretagelse av pasientrettigheter - spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis**

**Saksbehandler:** Otto Mathisen

På bakgrunn av de siste dagers oppmerksomhet rundt håndteringen av og rutiner for innkalling og oppfølging av pasienter i Vestre Viken HF, Sykehuset Asker- og Bærum, ber Helse Nord RHF om at helseforetakene gjennomgår rutinene i eget foretak/sykehus.

Helse Nord RHF ber om at følgende forhold undersøkes:

1. Har foretakene etablert rutiner og praksis for mottak og registrering som sikrer at henvisningene vurderes rettidig og av rett faginstans (pasientrettighetsloven § 2-2 jfr § 2-1).
2. Har det forekommet endringer i frist for rett til nødvendig helsehjelp etter at denne er satt (jfr. pkt 1), og i så tilfelle i hvilket omfang? Hvis ja, er eventuelle endringer sporbare og medisinsk begrunnede?
3. Får pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp alltid brev med informasjon om sine rettigheter etter pasientrettighetsloven (både individuell og generell informasjon)? Jfr også anbefalte maler fra Helsedirektoratet, revidert juni 2009.
4. Fremkommer det informasjon i avvikssystemet eller pasientklager som kan tyde på at pasienter har kommet senere til behandling og oppfølging enn det som vurderes som medisinsk forsvarlig?

Kartleggingen skal danne grunnlag for foretakets vurdering av egne rutiner. Ved behov skal det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at pasientrettighetene ivaretas.

Det vises for øvrig til vedlagte brev fra Helse Nord.

Konklusjon fra vår gjennomgang, jfr vedlagte svarbrev til Helse Nord er at det er ingen indikasjoner på bevisst endring av frister i NLSH for å pynte på statistikken.

Videre oppfølging av saken i Nordlandssykehuset vil bestå i:

- Frister som er endret på må analyseres nærmere
- Klinikkvis gjennomgang av bruken av prioriteringsveilederne
- Gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyse av hvordan henvisninger håndteres
- Det igangsettes et OU prosjekt for å analysere, vurdere og foreslå hvordan vi bør møte det økende omfang av tilsyn, både med hensyn til organisasjon, kapasitet og kompetanse. Gjennomføres i løpet av 2010.

### **Innstilling til vedtak:**

Styret saken tas til orientering

### **Avstemming**

### **Vedtak:**

## Vedlegg 1 til C. Ivaretagelse av pasientrettigheter - spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis

Vår dato: 26.01.2010 Vår referanse: Arkivnr:

*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*

Deres dato: Deres referanse:

Jan Norum, fagdir. mobil 95404205

---

Til foretaksdirektørene og fagsjefene i

UNN HF

Helse Finnmark HF

Nordlandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF

Kopi: Helse Nord IKT, ved Dir. Ole Jan Hauge

## Ivaretagelse av pasientrettigheter - spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis

På bakgrunn av de siste dagers oppmerksomhet rundt håndteringen av og rutiner for innkalling og oppfølging av pasienter i Vestre Viken HF, Sykehuset Asker- og Bærum, ber Helse Nord RHF om at helseforetakene gjennomgår rutinene i eget foretak/sykehus.

Helse Nord RHF ber om at følgende forhold undersøkes:

1. Har foretakene etablert rutiner og praksis for mottak og registrering som sikrer at henvisningene vurderes rettidig og av rett faginstans (pasientrettighetsloven § 2-2 jfr § 2-1).
2. Har det forekommet endringer i frist for rett til nødvendig helsehjelp etter at denne er satt (jfr. pkt 1), og i så tilfelle i hvilket omfang? Hvis ja, er eventuelle endringer sporbare og medisinsk begrunnede?
3. Får pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp alltid brev med informasjon om sine rettigheter etter pasientrettighetsloven (både individuell og generell informasjon)? Jfr også anbefalte maler fra Helsedirektoratet, revidert juni 2009.

4. Fremkommer det informasjon i avvikssystemet eller pasientklager som kan tyde på at pasienter har kommet senere til behandling og oppfølging enn det som vurderes som medisinsk forsvarlig?

Kartleggingen skal danne grunnlag for foretakets vurdering av egne rutiner. Ved behov skal det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at pasientrettighetene ivaretas.

Vi ber om at svar på spørsmålene og beskrivelse av eventuelle tiltak som iverksettes oversendes Helse Nord RHF så snart som mulig og **senest innen mandag 1. februar 2010**. Dersom det er behov for forlenget frist må Helse Nord RHF underrettes snarest mulig.

**Videre ber vi om at foretakene gjør sine undersøkelser retrospektivt så langt praktisk mulig, og at det opplyses om tidsperioden som er kartlagt i svaret til Helse Nord RHF.**

For å støtte helseforetakene i endelige svar på punkt 2 og evt 3 vil det trolig være behov for å utvikle rapporter basert på elektronisk loggførte opplysninger. Helse Nord IKT vil bistå i forhold til dette arbeidet på forespørsel fra helseforetakene. Leverandøren av DIPS har allerede signalisert at de vil gi dette arbeidet høy prioritet.

Uavhengig av mulighet for uthenting av rapporter fra de pasientadministrative systemene må nødvendige interne gjennomganger som trengs for å svare på spørsmålene ovenfor gjennomføres raskest mulig.

Med vennlig hilsen  
Helse Nord RHF

Lars Vorland  
adm. direktør

Jan Norum  
fagdirektør

## Vedlegg 2 til C. Ivaretagelse av pasientrettigheter - spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis

Fagdirektør Jan Norum  
Helse Nord RHF  
8038 Bodø

NLSH Bodø 01.02.10

### Ivaretagelse av pasientrettigheter – spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis – svar fra Nordlandssykehuset

Det vises til brev fra Helse Nord av 26.01.2010 vedrørende ovennevnte. Med grunnlag i henvendelse til alle klinikkene i sykehuset har jeg følgende svar. I tillegg er DIPS-rapport 9182 kjørt for 2009 for NLSH Bodø (somatikk - inkl. radiologi - og psykiatri). Den vil i morgen også bli kjørt for NLSH Lofoten og Vesterålen.

1. *(Har foretakene etablert rutiner og praksis for mottak og registrering som sikrer at henvisningene vurderes rettidig og av rett faginstans (pasientrettighetsloven § 2-2 jfr. § 2-1.)*

Det er i klinikkene etablert rutiner for mottak, registrering og behandling av søknader i hht. nasjonal prioriteringsforskrift med fastsetting av frist for prioritert helsehjelp der det er indisert. Det sikres her spesialistvurdering i rett tid. Vurderingen skjer til dels betydelig raskere enn fristen på 30 dager. Henvisningshåndteringen skjer dels rent elektronisk og dels kombinert papir og elektronisk.

2. *(Har det forekommet endringer i frist for rett til nødvendig helsehjelp etter at denne er satt (jfr. pkt 1), og i så tilfelle i hvilket omfang? Hvis ja, er eventuelle endringer sporbare og medisinsk begrunnede?)*

Fra klinikkene meldes det at dette skjer aldri eller svært sjeldent, og da medisinsk begrunnet (radiologi opererer ikke med rett til nødvendig helsehjelp, men opererer med korte og medisinsk forsvarlige ventetider). DIPS-rapport 9182 har i dag vært kjørt for NLSH Bodø somatikk (inkludert radiologi) og psykiatri (rapporten vil i morgen bli kjørt for NLSH Lofoten og Vesterålen). Ca. 0,7 % av henvisningene er ikke avsluttede henvisninger med endring i dato for frist helsehjelp tidsmessig i pasientens disfavør. Dersom vi ikke filtrerer bort alle med avsluttede henvisninger og for øvrig beholder filter på, er tallet totalt ca. 1.5 %. Mail om hvordan dette er tatt ut oversendes. Vi vet for øyeblikket ikke hvor mye som her kan skyldes for eksempel retting av feiltastinger og hvor mye som er faglig beslutningsstyrt, men vi vil gå videre med de registrerte differansene for å finne hva som har skjedd ved disse episodene.

3. *(Får pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp alltid brev med informasjon om sine rettigheter etter pasientrettighetsloven (både individuell og generell informasjon)? Jfr. også anbefalte maler fra Helsedirektoratet, revidert juni 2009.)*

Pasientene får standardisert brev med melding om prioriteringsgrad og fristdato samt for de som ikke har rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp antatt ventetid, der det er informert om pasientene rettigheter etter pasientrettighetsloven. Vi bruker de tidligere utarbeidete brevmalene, nye vil bli implementert når regional arbeidsgruppe har avsluttet sitt arbeid, kfr. brev fra Knut Tjeldnes av 29.1.2009. Billeddiagnostisk avdeling har utarbeidet egne brev for innkallinger med utfyllende opplysninger til enhver type undersøkelse, med informasjon om pasientrettigheter med mer. Kirurgi: i Vesterålen blir det pr. dags dato ikke sendt venteliste-brev til dem som skal direkte til operasjon, det arbeides nå med å få på plass at alle skal få venteliste-brev.

4. *(Fremkommer det informasjon i avvikssystemet eller pasientklager som kan tyde på at pasienter har kommet senere til behandling og oppfølging enn det som vurderes som medisinsk forsvarlig?)*

Det hender at pasienter klager over lang ventetid, men man har her ikke konkludert med at det har vært medisinsk uforsvarlig. Man har fristbrudd, men det er ikke konkludert med medisinsk uforsvarlighet (eks. utredning og behandling av sykelig overvekt). Det er ikke fremkommet informasjon i avvikssystemet eller pasientklager som gir indikasjon på at pasienten skal komme eller er kommet til behandling senere enn det som er medisinsk forsvarlig. Problemene med lang ventetid har man hovedsakelig i Bodø. Man vil hele tiden være opptatt av medisinsk forsvarlighet i denne sammenheng. En del mer sjablongmessige kontrollintervaller i forhold til pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp kan av kapasitetsmessige hensyn bli noe forskjøvet, uten at dette har konsekvenser for medisinsk forsvarlighet.

Med vennlig hilsen

Otto Mathisen

## **D. AMU-sak Reduksjon sengetall ved kirurgisk avdeling i Vesterålen**

**Saksbehandler:** Hans T. Kvig Rydningen

Som oppfølging av budsjettet for 2010 er det laget sak til AMU hvor det foreslås at sengetallet ved Kirurgisk avdeling i Vesterålen reduseres med 3 fra 25 til 22. Gynekologi disponerer 2 av disse sengene.

Samlet planlegges dette tiltaket å gi en kostnadsreduksjon på 2,3 mill kr.

Det vises til vedlagte AMU-sak med tilhørende risikovurdering

### **Innstilling til vedtak:**

Styret saken tas til orientering

### **Avstemming**

### **Vedtak:**

## Vedlegg 1 til : D. AMU-sak Reduksjon sengetall ved kirurgisk avdeling i Vesterålen



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDÁ SKIHPPÍJVIESSO  
Kirurgisk-/ortopedisk klinikk

### AMU-sak 5/2010 Reduksjon sengetall ved kirurgisk avdeling i Vesterålen

**Saksbehandler:**  
Geir Brokstd

Saksnr.: Dato:  
2010/190 02.02.2010

#### Dokumenter i saken :

#### Trykte vedlegg:

- Prosjektplan
- Referat fra møte med tillitsvalgte, verneombud og ledergruppa i Vesterålen
- Risikovurdering.

#### Saksbehandlers kommentar :

#### Bakgrunn:

Kirurgisk ortopedisk avdeling Vesterålen har i dag til sammen 25 sengeplasser (22 kir og 3 gyn senger). I 2009 hadde vi på årsbasis et gjennomsnittlig antall pasienter på 20. I tillegg til dette kommer en del dagkirurgiske pasienter som ligger noen timer på ettermiddagen etter at DK stenger kl 1600, og en del akutte dagkirurgiske pasienter i helgene. Disse er det vanskelig å finne statistikk for. Samtidig har vi en relativ høy gjennomsnittlig liggetid. I 2009 var gjennomsnittlig liggetid på 4,5 dager. Det er enighet i klinikken om at det både er mulig og hensiktsmessig å redusere liggetiden for flere pasientgrupper.

Med dette som bakgrunn, foreslås det å redusere sengetallet i avdeling Vesterålen med 3 senger til 22, og en vil dermed ha 2 gyn senger og 20 kir senger.

#### For å gjennomføre denne endringen er det iverksatt en prosess (se vedlagte prosjektplan):

1. Møte med de tillitsvalgte og verneombudet 16/11-09 hvor tidsplan for prosjektet ble gjennomgått og gitt sin tilslutning til.
2. Teamene diskuterer pasientforløp og kommer med forslag om endringer.  
Vi har spesielt hatt fokus på hvordan liggetiden kan kortes etter ortopediske operasjoner som hofte-og kneproteser. Vi har også vurdert å endre en del preoperative rutiner, slik at pasientene kan komme til innleggelse samme dag som operasjonen er planlagt
3. Saken har vært drøftet med alle de ansatte på postmøte den 8/12-09
4. Saken er diskutert med KK/Barn klinikk lokalt, og en er kommet til at reduksjon av antallet gyn senger fra 3 til 2 er fullt ut gjennomførbart.

## **Konsekvenser for de ansatte ved reduksjon av bemanning Tiltak for å redusere risikoen ifm omstillingen**

Kortere gjennomsnittlig liggetid og derav en noe lavere beleggspersent gir åpning for denne reduksjonen i sengetall. Antallet behandlede pasienter skal som et minimum videreføres i 2010. Partene er enige om at endringen mest sannsynlig ikke vil medføre negative konsekvenser for arbeidsmiljøet.

Det vil imidlertid gjøre at vi blir mer sårbare, og kan forårsake noe økt innleie og overtid. Det blir en utfordring å følge opp dette.

Turnusplanen skrives om og bemanningen reduseres på ettermiddagsvakt fra 6 til 5 på vakt mandag til fredag. På dagvakt skal det være 8 på jobb på sengeposten fra om lag 9. Dagkirurgi og cytostatikabehandling kommer utenom.

Bemanningsreduksjonen realiseres ved vakanse i 2 stillinger. Samtidig settes personellet på DK inn i helgearbeid. Gjeldende turnus sies opp med virkning fra når ny turnus med endringer trer i kraft 15/3-10.

Det er ikke kommet innsigelser mot omleggingen fra tillitsvalgte og vernetjenesten.

Omleggingen vil kunne gjennomføres uten vesentlig risiko for arbeidsmiljøet, men forbruket av overtid må overvåkes fortløpende for å kunne avdekke eventuell økning (ansv avdelingsleder).

Hvis derimot presset på avdelingen – mot formodning – skulle bli økende og uakseptabelt, er det enighet mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombudet om at vi må vurdere å enten øke sengetall og bemanningen, eller avvikle noe av tilbudet lokalt.

Den nye driften skal evalueres (sep 2010, avdelingsleder har ansvaret for å ta initiativ til denne evalueringen).

### **Økonomi**

En tar sikte på kunne redusere bemanningen svarende til ca 2 årsverk som følge av omleggingen.

Omstillingsarbeidet ved avdelingen i VE totalt sett tar sikte på følgende for 2010:

- 2 årsverk nedtrekk årsverk – 1,0
- Operasjon nedtrekk – 0,5
- Raskere tilbake – 0,3
- Redusert bruk av ot og ekstravakter – 0,5
- Totalt 2,3 mill.

Det skisserte tiltaksarbeidet korresponderer således med de føringene som er gitt ifm budsjettarbeidet for 2010.

### **Innstilling til vedtak:**

AMU gir sin tilslutning til omleggingen.

## Vedlegg 2 til : D. AMU-sak Reduksjon sengetall ved kirurgisk avdeling i Vesterålen

### Prosjektplan: Fra døgn til dag

16.november	møte med tillitsvalgte og verneombud. Klargjøre oppdraget
25.november	ha utarbeidet plan for galleoperasjoner og proteseoperasjoner, deri også rutiner for preoperativ vurdering av operasjonspasienter. 2 sykepleiere fra hvert team sammen med behandlende lege
3.desember	Postmøte Drøfte hvordan vi kan være mer aktive i behandlingsforløpet med tanke på utskriving .
15.desember	Ha klart mulighetene for evt reduksjon i sengetall. Bestemme dato for iverksettelse av ny turnus. I turnusplanene innarbeides en evt utvidelse av åpningstidene på DK

### Referat fra møte med tillitsvalgte, verneombud og ledergruppa i Vesterålen

Mandag 16.november kl 13.00

Til stede: Marie Mosand, Ann Tove Sundbakk, Anne Solsem Joakimsen, Geir Brokstad, Stig Pedersen, Hanne Tufthaug

### Budsjettutfordringer for 2010

Geir orienterte om utfordringene med innsparing på 2,4 mill kr ble drøftet. Det ble drøftet hvordan vi skal kunne nå dette målet.

Det ble sett på hvilke konsekvenser det vil få for antall personer på de ulike vaktene hvis vi reduserer antall pasienter. Hvor mange senger må vi ta bort for å redusere bemanningen.

Vi drøftet om våre holdninger og forventninger kan påvirke pasientens liggetid i sykehuset. I tilfelle, hvordan kan vi endre dette.

Til slutt ble tidsskjemaet som var utarbeidet drøftet og de tillitsvalgte og verneombudet ga sin tilslutning til at dette var en grei måte å arbeide på

Ref. Hanne T

# Risikoanalyse ny organisasjonsmodell – Alternativ:



<b>Ufarlig</b> – Har ingen nevneverdig konsekvens <b>Uønsket</b> – Vil medføre uønsket situasjon med merarbeid osv, men ikke fare for at implementering skal stoppe eller forsinkes. Små eller ingen økonomiske konsekvenser. <b>Uheldig</b> – Det er et mindre økonomisk tap og det vil kunne ha effekt på framdriften i prosjektet. Det vil kunne ha effekt på internt arbeidsmiljø. Pasienter berøres, men blir i liten grad skadelidende. <b>Farlig</b> – Framdriften i implementeringen berøres. Merkbart økonomisk tap og internt arbeidsmiljø blir berørt, mindre konflikter kan oppstå. Pasienter kan bli skadelidende <b>Kritisk</b> – Full stopp i prosjektets framdrift. Store økonomiske konsekvenser. Arbeidsmiljøet blir berørt med mulighet for større konflikter. Pasienter blir mest sannsynlig skadelidende.	Sannsynlighet					Konsekvens					Produkt (S x K)	Prioritet
	Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Sannsynlig	Meget sannsynlig	Svært sannsynlig	Ufarlig	Uønsket	Uheldig	Farlig	Kritisk		
Hva kan skje? Arbeid og forhold som kan medføre risiko (uønskede hendelser/ tilstander). Vurderes både for <b>personer, miljø</b> og <b>materielle/økonomiske verdier</b>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Økt bruk av overtid.		x					x				4	3
Overbelegg/korridorpasienter		x						x			6	2
Generelle arbeidsmiljømessige belastninger			x				x				6	1

Deltakere ved utarbeidelsen:

Marie Mosand,  
Ann Tove Sundbakk,  
Anne Solsem Joakimsen,  
Geir Brokstad,  
Stig Pedersen,  
Hanne Tufthaug.

Utarbeidet 29 januar 2010.

Risikoreduserende tiltak:

Pri 1: Sørge for god informasjon til de berørte ansatte. Gjennomføre medarbeidersamtaler og personalmøter iht HMS-plan. Monitorere den arbeidsmiljømessige situasjonen fortløpende. Ansv avdelingsleder.

Pri 2: Monitorere situasjonen fortløpende. Vurdere å enten øke sengetall og bemanning, evt avvikle noe av tilbudet lokalt dersom presset på avdelingen øker uforholdsmessig. Ansv avdelingsleder.

Pri 3: Monitorere situasjonen fortløpende. Vurdere å enten øke sengetall og bemanning, evt avvikle noe av tilbudet lokalt dersom presset på avdelingen øker uforholdsmessig. Ansv avdelingsleder.

Avdelingsleder skal mer generelt holde dialog med de tillitsvalgte og vernetjenesten for å kunne fange opp uønskede konsekvenser og deretter i samråd med partene treffe hensiktsmessig tiltak.

Risikobildet for denne omorganiseringen vurderes som lav. Det er ikke avdekket forhold som gir uakseptable konsekvenser. Med de skisserte tiltak synes det klart at muligheten for gjennomføring uten vesentlige arbeidsmiljømessige belastninger er gode.

## **E. AMU-sak Etablering av ambulerende akutteam i Salten**

**Saksbehandler:** Torunn Alveng

Ved behandling av sak om nedlegging av Røsvik bo- og behandlingssenter fattet styret vedtak om at det skulle etableres ambulerende akutteam i Salten. I denne saken orienteres styret om denne etableringen, jfr vedlagte AMU-sak. I tillegg til etablering av akutteam styrkes rusteam, team for tidlig intervensjon samt de allmenpsykiatriske teamene i Bodø og Fauske med 1 stilling hver.

Som det fremgår av saken planlegges styrkingen av tilbudet innenfor en ramme på 5,5 mill kr.

### **Innstilling til vedtak:**

Styret saken tas til orientering

### **Avstemming**

### **Vedtak:**

## **Vedlegg 1 til sak E- Etablering av ambulerende akutteam i Salten**



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO  
Direktøren

### **AMUsak nr. 12/2010**

## **Styrking av Salten DPS og etablering av ambulant team**

### **Saksbehandler:**

Anne-Marit Rosenlund og Randi Meland

### **Saksnr.:**

2010/215

### **Dato:**

03.02.2010

### **Dokumenter i saken:**

#### Trykte dokumenter:

Brev fra NPF

Brev fra NSF

Stillingsbeskrivelse for enhetsleder

Oppdatert organisasjonskart for Salten DPS

#### Utrykte dokumenter:

Styresak 36/09 om nedlegging av Røsvik bo- og behandlingssenter og overføring av 5,5 millioner til utvidelse og oppbygging av nye tiltak ved Salten DPS innenfor poliklinikk eller dagbehandling.

IS veileder "Du er kommet til rett sted....." IS-1358, 03/2006.

Forslag til budsjett

## **Saksbehandlers kommentar :**

### **Kort om bakgrunn for ønskede tiltak:**

Det er underkapasitet ved flere av de polikliniske team og det er behov for å styrke de eksisterende funksjoner

Poliklinisk seksjon har siden 2008 hatt planer om å etablere et ambulant akutteam i tråd med anbefalinger fra helsedirektoratet. Det vises til IS veileder "Du er kommet til rett sted....." IS-1358, 03/2006.

Ledergruppen ved Salten DPS foreslår i samråd med klinikksjefen å fordele midlene som følger:

### **Styrking av de eksisterende team:**

#### **Team for tidlig intervensjon:**

Psykoseteamet arbeider med tidlig intervensjon i forhold til personer med symptomer på nyoppstått psykose innenfor schizofrenispekteret. I løpet av de 9 årene teamet har eksistert har det gitt tilbud til 90 pasienter som ikke har vært direkte i målgruppen, men som likevel har symptomer på nyoppstått psykose, og det har avvist flere. Erfaringene fra teamet tilsier at det er hensiktsmessig å gi tilbud om tidlig intervensjon og langvarig behandling til pasienter med risiko for å utvikle bipolar I lidelser og rusutløste psykoser, såkalte UHR (Ultra-høy risiko)-personer. Det er behov for å styrke opplysningsarbeidet til kommuner og pårørende.

**Nye midler: 1 stilling for psykologspesialist/psykolog**

#### **Rusteam:**

Teamet har pr i dag 4 stillinger, noe som gir en sårbarhet og medfører betydelig press på de enkelte tilsatte. Teamet har økt pågang av henvisninger og mange arbeidsoppgaver. Det er i tillegg til å være et behandlende team, vurderingsinstans for TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Teamet har mange uløste oppgaver, blant annet i forhold til de yngste pasientene og pasienter med dobbeltdiagnoser. De bør kunne drive grupper, psykoedukativt arbeid og familiearbeid. De bør ha ressurser til å arbeide nærmere hjelpeapparatet i kommunene.

**Nye midler: 1 stilling for behandler med høyskoleutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid.**

#### **Allmennpsykiatriske team:**

Både på Fauske og i Bodø er det underkapasitet, stor pågang av henvisninger og lange ventetider med fristbrudd.

#### **Fauske:**

En kan tenke seg økt pågang på teamet på Fauske etter nedlegging av RBB, siden Fauske kommune har stått for mange av innleggelsene der. Det vil sannsynligvis bli behov både for individuelle tiltak overfor pasienter og for utvidete veiledningstilbud til kommunene. Videre er det behov for et bedre tilrettelagt tilbud for den yngste pasientgruppen som ofte faller ut av tradisjonell behandling og ikke klarer seg i skole- eller arbeidssammenheng. Det er videre behov for å øke den utadrettede virksomheten til kommunene. Stryking av denne enheten vil kunne holde noe av midlene i Indre Salten.

**Nye midler: 1 stilling for psykologspesialist/psykolog**

#### **Bodø:**

Allmennpsykiatrisk team i Bodø har hatt en økning på ca 20% i antall nye henvisninger de to siste årene.

Legegruppa på teamet dekker de andre teamenes behov for legetjenester.

Teamet er pålagt å gi psykologtjenester til Bodø fengsel med inntil 20 % stilling.

Teamet har de samme utfordringer som allmennpsykiatrisk team på Fauske og rusteamet i å gi et bedre tilrettelagt tilbud til den yngste pasientgruppen.

**Nye midler: 1 stilling for psykologspesialist/psykolog**

## **Ambulant akutteam.**

### **Forarbeid:**

Det har siden 2008 foreligget planer for å opprette et ambulant akutteam i Salten. U.t har sammen med psykiatrisk sykepleier ved allmennpsykiatrisk team Bodø besøkt slike team i hhv Bergen, Jæren, Sandnes og Kongsvinger. Erfaringer fra ambulante akutteam andre steder i landet viser at det er en faglig hensiktsmessig og kostnadseffektiv bruk av ressurser og det rapporteres om tilfredshet blant brukere. Undersøkelser tyder på at ambulante akutteam reduserer bruk av tvangstiltak.

### **Prosessbeskrivelse:**

Etter omdisponering av midler har det konkrete planarbeidet foregått i arbeidsgruppe bestående av avdelingsleder ved Salten DPS, enhetsleder allmennpsykiatrisk team Fauske, psykiatrisk sykepleier ved allmennpsykiatrisk team Bodø, seksjonsleder for poliklinisk seksjon, verneombud ved Salten DPS, tillitsvalgt for NSF og plasstillitsvalgt for NPF. Tillitsvalgte har kommet med innspill til prosessen, disse er vedlagt.

Innsigelser fra NPF gjaldt innhold i stillingsutlysninger der de mente at det ikke framkom ulikheter i arbeidsoppgaver mellom psykologspesialist og behandler med treårig høyskoleutdanning. De påpekte også at det var uklart hvorvidt stilling som enhetsleder var planlagt utlyst. Disse forhold er tatt til etterretning og utlysningstekster er endret i tråd med NPF sine ønsker. NPF har ikke kommet med innsigelser i forhold til forsvarlighet av arbeidsmiljøet slik teamet er planlagt.

NSF hadde i utgangspunktet innsigelser i forhold til teamets tilgjengelighet og volum, det er i møter redegjort for vår begrunnelse for dette slik det er beskrevet i avsnittet under. NSF har etter det ikke hatt innsigelser til planene, og er enig i at kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø er innfridd.

Seksjon for økonomi har utarbeidet forslag til budsjett, dette er med som utrykt dokument.

Planene om opprettelse av teamet har vært sak i Rådet for Saltenpsykiatri 03.12.09, alle kommuner og brukerorganisasjoner har fått referat fra møtet, der det er bedt om innspill.

### **Målgruppe, aktivitet og kapasitet:**

Et akutt ambulant team er et tilbud for voksne over 18 år som er i en psykisk krisesituasjon og befinner seg i opptaksområdet til det aktuelle DPS. Eksempler på en psykisk krise kan være forverring av en psykotisk tilstand, en suicidal tilstand, en rusrelatert psykisk krise eller annen akutt krise. Teamet skal være et tilbud til personer som ellers vil kunne trenge en akuttinnleggelse. Det skal altså være et tilbud til alvorlig syke.

I veileder for ambulante akutteam "Du har kommet til rett sted" går direktoratet inn for at denne type tilbud skal være åpent på ettermiddag- og kveldstid. Turnus vil kreve ressurser til så mange stillinger at alle disponible midler brukes til et akutteam. Vi ønsker ikke å prioritere alt til akutte tjenester, men vil opprette et mindre team som i hovedsak er tilgjengelige innenfor vanlig arbeidstid. Erfaringer fra Kongsvinger tilsier at dette er et godt tilbud til pasienter og samarbeidspartnere. Det kan etter hvert bli aktuelt å ha en noe utvidet åpningstid.

Teamet vil gi tilbud til kommunene i opptaksområdet og til somatiske avdelinger ved Nordlandssykehuset i Bodø. For å nå de kommunene som ligger langt fra Bodø, vil teamet ha en del reisevirksomhet, og dessuten være tilgjengelig på telefon for å kunne gi råd og veiledning til helsepersonell. Det har spesielt vært drøftet hvordan tilbudet til indre Salten best kan ivaretas, og det var innledningsvis vurdert å ha en av stillingene i teamet lokalisert til Fauske. Arbeidsgruppen gikk senere bort fra dette da det vil gi et sårbart og for lite robust tilbud, samtidig som det vil være en svært krevende arbeidssituasjon for en behandler. Vi har derfor valgt å ha alle medarbeidere lokalisert i Bodø, men teamet vil ha et kontor disponibelt på Fauske og ha planlagt reisevirksomhet til indre Salten.

Teamet vil basere seg på henvisninger fra fastleger og det vil bli søkt om refusjonsrett for samtlige stillinger, slik at konsultasjoner gir inntekter i form av egenandeler og NAV-refusjoner.

**Bemanning og kompetanse:**

Teamene skal være tverrfaglige, og vi ønsker å tilsette en psykolog og tre personer med treårig høyskoleutdanning og med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Vi planlegger å gjøre interne omdisponeringer av ressurser, slik at psykiatrisk sykepleier (hjemmelsnr 3100427) som nå gjør vurderinger ved somatiske avdelinger vil inngå i teamet. Teamet vil da totalt ha 5 stillinger. Teamet er relativt lite, men ut ifra opptaksområder som er sammenlignbare (Kongsvinger) er det tilstrekkelige ressurser it i fra forventet omfang av arbeidsoppgaver.

**Nye midler: Enhetsleder, 1 psykologspesialist, og 2 høyskoleutdannede med videreutdanning innen psykisk helse.**

**Organisatorisk plassering i klinikken:**

Teamet inngår i klinikk for psykisk helse og rus. Det vil være en del av Salten DPS, poliklinisk seksjon. Teamet vil etableres med egen enhetsleder med seksjonsleder for poliklinikk som nærmeste overordnede.

**Lokaler:**

Teamet vil ha lokaler i Sjøgata 22 i de kontorer som til nå har vært disponert av rusteamet. Kontorene er tilfredsstillende for teamets virksomhet med plass til å ha pasienter til samtaler og gjøre dokumentasjonsarbeid. Lokalene ligger sentralt i byen, slik at det er god tilgjengelighet for pasienter og lett for behandlere å reise ut til pasienter og foreta tilsyn ved somatiske avdelinger.

**Vurdering:**

Slik teamet er planlagt med bemanning og lokalisering vil det ha rammebetingelser som gir et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Opprettelsen av et ambulant akutteam og oppretting av nye stillinger til de eksisterende team vil gi et bedre samsvar mellom arbeidsoppgaver og ressurser.

**Innstilling til vedtak:**

AMU viser til vedtak om styrking av Salten DPS og etablering av et ambulant akutteam.

AMU anbefaler direktøren å vedta de foreslåtte tiltak i samsvar med sakens framstilling.

## **F. PLANLAGTE STYRESAKER 2010**

I denne saken orienteres styret om saker som planlegges fremmet i løpet av 2010.

Nordlandssykehuset har en organisasjon som er innrettet og dimensjonert for løpende drift og oppfølging av denne. De saker som planlegges er i all hovedsak innrettet mot dette. Det er bare i liten grad dimensjonert for brede utrednings og analyseoppgaver.

I tillegg til de saker som fremmes på møtet 15.02 planlegges følgende saker i 2010:

- Regnskap 2009
- Økonomirapporter
- Investeringsplan 2011-2020- rammer 2011
- Epikristid
- Årlig melding 2009
- Kompetanseutviklingsplan og rekrutteringsstrategi
- Forskningsstrategi
- Strategiplan NLSH
- Vurdering av bruken av og andelen deltidsstillinger
- Innleie av sykepleiere
- Ny sengpost Hode/bevegelse
- Bolige i Nordlandssykehuset – forvaltning og dimensjonering
- Oppfølging av mulighetsstudie
- Revisjonsrapport 2009
- Økonomirapport
- Korttidspost rus
- Tertialrapporter
- Tilsyn
- Koordinatorfunksjon Lofoten og Vesterålen
- Revisjonsrapporter
- Budsjett 2011
- Orienteringssaker

**Styret inviteres i denne saken til å fatte følgende**

**Vedtak:**

Styret saken tas til orientering

**Avstemming :**

**Vedtak :**

## Vedlegg 1 F. PLANLAGTE STYRESAKER 2010

	15 .02	23.03	26.04-27.04	7.6	6.9	6.10	16.11	14.12
Regnskap og årsberetning 2009		x						
Revisjonsrapport 2009		x						
Økonomirapporter	x	x	x	x	x	x	x	x
Investeringsplan 2011-2020- rammer 2011			x					
Epikrisetid								
Årlig melding 2009		x						
Kompetanseutviklingsplan og rekrutteringsstrategi								
Forskningsstrategi								
Strategiplan NLSH								
Vurdering av bruken av og andelen deltidsstillinger								
Innleie av sykepleiere								
Ny sengpost Hode/bevegelse								
Boligee i Nordlandssykehuset – forvaltning og dimensjonering								
Oppfølging av mulighetsstudie								
Korttidspost rus								
Tertialrapporter				x		x		
Tilsyn								
Koordinatorfunksjon Lofoten og Vesterålen								
Intern revisjonsrapporter	x							
Budsjett 2011							x	x
Orienteringssaker	x	x	x	x	x	x	x	x
Oppdragsdokumentet 2010	x							
Samhandling	x							
PreOB	x							
Pasienttransport	x							
Lokalsykehusstrategi	x							