

# Årlig melding 2015

Fra Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVIESSU



# Innhold

1	Om rapporteringen.....	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser .....	4
2.3	Risikostyring og internkontroll .....	4
2.4	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	5
2.5	Innkjøp .....	7
2.6	Klima- og miljøtiltak.....	8
3	Pasientens helsetjeneste.....	9
3.1	Somatikk .....	14
3.2	Psykisk helsevern og rus .....	16
3.3	Samhandling .....	18
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap .....	20
4.1	Kvalitet.....	21
4.2	Pasientsikkerhet .....	22
4.3	Smittevern .....	23
4.4	Beredskap.....	23
5	Personell, utdanning og kompetanse .....	25
5.1	Helse, miljø og sikkerhet .....	28
6	Forskning og innovasjon .....	30
7	Styringsparametre 2015 .....	31
7.1	Styringsparamete.....	31
7.2	Rapporteringskrav .....	33
9.2	Sak til HF styrebehandling.....	36

# 1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Det er i tillegg lagt inn nummerering på rapporteringskravene.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

*Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer:* <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

*Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister:* <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste:* <http://www.kunnskapssenteret.no/>

*Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer*

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

*Nasjonale medisinske kvalitetsregistre -* <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

## 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

### 2.3 Risikostyring og internkontroll

#### Mål 2015:

- 2.3.1 Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:
- ROS- analyser
  - gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
  - oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
  - status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
  - Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

Det vises til rapportene for 1.tertial og 2. tertial 2015.

Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger ble presentert for styret i styresak 28/2015 i styremøtet 30.04.2015. Denne gjennomgangen beskrev hvordan ledergruppen 14.04.2014 gjennomgikk Oppdragsdokumentet 2015 med risikovurdering og ansvarsplassering knyttet til de enkelte punktene, etter at det har vært gjort en tilsvarende gjennomgang i ledergruppene ved de 3 sykehusenhetene. Ved disse gjennomgangene er også alle de aktuelle regionale hovedmålene og delmålene gjennomgått og risikovurdert ift. pasientperspektiv og foretaksperspektiv. Hvert punkt i Oppdragsdokumentet har fått prosjekteier og prosjektansvarlig for oppfølging og denne oversikten ble presentert for styret i saken. Styret er blitt orientert om status i oppfølgingen av de enkelte punktene i Oppdragsdokumentet.

Ledelsens gjennomgang 14.04.2015 omfattet også Sikkerhetsrevisjonen ift. informasjonssikkerhet med utgangspunkt i faktaark nr 6 fra Norm for informasjonssikkerhet. Videre er det også gjort en gjennomgang og risikovurdering av 2014 - resultatene for sentrale avsnitt i kvalitetsrapportene + et punkt vedr bygningsmessige og tekniske forhold. Disse punktene omfatter også meldte avvik, interne revisjoner og rutiner for behandling av eksterne revisjoner og tilsyn. Vurderingene ble gjort ift. 3 risikonivå, grønt, gult og rødt, og beskrevet tiltak for alle punktene. Det var ingen punkter som ble gitt høyeste risikonivå (rødt).

I styremøtet 30.04.2015 ble rapporter fra tilsyn og eksterne revisjoner i 2014 forelagt styret i styresak 27/2015. Rapportene fra 1.tertial 2015 ble behandlet i styremøte 26.05, og rapportene fra 2. tertial ble behandlet i styremøte 02.10. Rapportene fra 3. tertial blir behandlet i styremøte 12.02.2016.

Helseforetaket ble 25.08.2015 miljøsertifisert ihht. ISO 14001:2004, og styret ble orientert om dette samt styrets rolle i miljøsertifisering i styreseminar 27.08.2015

Det er gjennomført en beredskapsøvelse 02.06, med godt resultat, og helseforetaket deltok også i en beredskapsøvelse med øvrige nødetater 29.10.2015. Revisjoner av beredskapsplaner pågår fortsatt og

blir forelagt styret når planene er ferdig revidert.

### 2.3.2 Det skal vurderes om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

Helgelandssykehuset er organisert med 4 enheter, 3 sykehusenheter + enhet for prehospitale tjenester, og i tillegg stabsavdelinger for fag/forskning/utdanning, økonomi, HR, drift/eiendom, samhandling og kommunikasjon. Ledergruppen i helseforetaket består av administrerende direktør, medisinsk direktør og de 4 enhetsdirektørene.

Resultater innen kvalitet og kvalitetsforbedringstiltak/prosjekter er jevnlig tema i ledergruppen. Ledelseslinjen i enhetene er klart definert, og ansvaret for gjennomføring av kvalitetsforbedring er et linjeansvar, men med bistand og støtte fra stabsfunksjonene. Innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjelder dette særlig senter for fag, forskning og utdanning som har personellressurser innen kvalitetsarbeid, smittevern, beredskap og EPJ. Helseforetaket har også avtale med Sykehusapotek Nord om kjøp av farmasøytiske rådgivingstjenester med 4 sykehusfarmasøyter. Høsten 2015 ble det ansatt i alt 3,5 stillinger som kvalitetsrådgivere ved alle enhetene, og i tillegg en rådgiver + en egen kvalitetsrådgiver i 50 % stilling innen psykisk helse/rus. Kvalitetsrådgivernes oppgaver er bla.a. å være pådrivere og understøtte linjeledernes arbeid med kvalitetsforbedring, delta i kvalitetsrådenes arbeid og være superbrukere i kvalitetssystemet DocMap.

Det er kvalitetsråd ved alle sykehusenhetene og et sentralt kvalitetsutvalg for helseforetaket. Sammensetning og oppgaver er under endring ifbm kvalitetsarbeidet i 2016 og det skal også opprettes kvalitetsråd for prehospitale tjenester.

## 2 . 4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Mål 2015:

#### 2.4.1 Bidra til å trappe opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og involvere Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder også for prosjekter som allerede er under gjennomføring.

Sykehusbygg HF er engasjert i følgende prosjekter i Helgelandssykehuset HF:

- Helgelandssykehuset 2025: ny sykehusstruktur på Helgeland (prosjektledelse).
- DMS Brønnøy. Samarbeidsprosjekt med Brønnøy kommune (prosjektledelse).
- Nødkraft og rehabilitering av operasjons-fløy Sandnessjøen (byggeledelse).
- Renovering medisinsk, intensiv og dagkirurgisk fløy.

Helgelandssykehuset HF involverer Sykehusbygg HF i tråd med hensikten

#### 2.4.2 Innen utgangen av 2. tertial skal helseforetakene utarbeide en plan for å realisere gevinster/effekter av FIKS1-prosjektet. Planen skal vise de viktigste gevinstområder,

---

<sup>1</sup> Felles innføring kliniske systemer

konkrete tiltak som er nødvendig for å realisere gevinsten, samt tidsfrist og hvem som er ansvarlig for å hente ut gevinstene.

Dette punktet ble tatt opp på oppfølgingsmøte mellom Helse Nord og HSYK 21.10.2015. i referatet heter det:

- HSYK HF har ingen plan for dette arbeidet utover arbeid med felles inntakskontor.
- Vært i kontakt med UNN HF for å se hva de har tenkt å gjøre
- Felles vaktordning innen røntgen. Tror ikke det gir noen økonomiske effekter, men vil heve kvaliteten i tjenesten. Gir også muligheter til å dele arbeidsoppgaver med andre
- Har henvendt seg til NLSH HF og UNN HF, uten å få svar pt.
- FIN HF har laget en sak til sitt styre.
- De store effektene kommer med DIPS ARENA og El. med. & kurve. Det er for tidlig å si noe konkret om hvilke konkrete målbare effekter vi kan forvente.
- HSYK mener vi først må konsentrere oss om at medarbeidere får god opplæring – så kommer gevinstene på lengre sikt.
- HN RHF minner om at nytteverdien må sees i flere dimensjoner. Minst like viktig som økonomiske effekter, er mulighetene som ligger til forbedring innenfor kvalitet og pasientsikkerhet.

Notat fra UNN HF vedr samme sak er mottatt, og konklusjonen der er:

Det er en utfordring for gevinstrealisering av FIKS programmet at DIPS Arena som hovedsystem på langt nær er ferdig. Vi kjenner derfor ikke løsningene som skal danne grunnlag for å definere konkrete, målbare gevinster. Fokuset nå må derfor være på å gjøre betydelige organisatoriske forberedelser for at gevinster av systemporteføljen fra FIKS skal realiseres optimalt ved implementering i UNN. Disse kan og er igangsatt på det detaljeringsnivå som er mulig under gitte forutsetninger. Linjeledelsen må knyttes tettere opp til implementeringsprosjektet og få et klart ansvar for implementeringen, da dette vil kreve stor grad av endringsledelse. Gevinstrealisering bør formaliseres som en del av innføringsprosjektet og gevinstansvarlig oppnevnes.

HSYK har etter oppfølgingsmøtet fortsatt et planmessig arbeid med tanke på DIPS-sammenslåingen 28.02.2016. Dette gjelder informasjon om organisasjonsmessige endringer i DIPS, deltakelse i FIKS/HOS programmet, og nøye planlagt opplæring i hele organisasjonen. Prosjektleder HOS, 3 EPJ-konsulenter, opplæringskoordinator og i overkant av 50 superbrukere er involvert.

Det er etablert et prosjekt for å implementere felles radiologivakt i HSYK i samarbeid med Nlsh og målet er å få denne på plass i første halvdel av mars 2016.

Det gjøres noen tilpassninger i inntaksfunksjonen 28.02.2016 og arbeidet med etablering av felles inntakskontor fortsetter 1. halvår 2016.

#### 2.4.3 Bidra til å utvikle en helhetlig vedlikeholdsstrategi som et ledd i rullering av Plan for Helse Nord 2016–2019.

Kartlegging og tilstandsvurderinger er utført på all bygningsmasse i foretaket. Det foreligger et forslag til eiendomsstrategi på personalboligene i foretaket.

Tjenesten er tenkt organisert inn som eget område i ny sentralisert enhet i foretaket for å utvikle en sterkere og mer helhetlig vedlikeholdsstrategi.

## 2.5 Innkjøp

2.4.4 Bidra med tilstrekkelige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet.

Vi oppnevner og deltar med fagpersonell i de anskaffelsene som Helgelandssykehuset blir forespurt om å delta i.

2.4.5 Bidra til å utarbeide en regional plan for medisinteknisk utstyr (MTU) som skal være grunnlaget for regionale og nasjonale MTU-anskaffelser.

Det er laget en 4års plan for MTU-anskaffelser for Helgelandssykehuset HF og som er iverksatt, og den er også oversendt Helse Nord.

2.4.6 Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

Helgelandssykehuset forholder seg til "veileder for innkjøp til spesialisthelsetjenesten" både ved innkjøp av varige driftsmidler og forbruksmateriell.

2.4.7 Innfri målkrav i bølge 2[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

### Resultater:

Avtaledekning er redusert, med 2 %-poeng sammenlignet med 2014, til 70,05 % for hele 2015

For hele 2015 har den totale omsetningen (fakturert via Clockwork) økt med 17%. Grad av måloppnåelse for samme periode er 63,44%. Måloppnåelse for 2014 var 51,71%.

Resultatet av gjennomførte tiltak er tilfredsstillende.

---

<sup>[2]</sup> Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

2.4.8 Ha lojalitet til og sikre optimal utnyttelse av inngåtte lokale, regionale og nasjonale avtaler.

Lojalitet og utnyttelse av avtaleporteføljen til Helgelandssykehuset følges opp gjennom ClockWork og leverandørreskontoen

2.4.9 Sikre at alle utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før de settes i gang. Helse Nord IKT som tjenesteleverandør skal tidlig trekkes inn i prosjektene. Utviklingskontrakter som inngås skal sikre at alle helseforetak i Helse Nord kan benytte resultatene.

For uten mindre anskaffelser i forbindelse med oppgradering og utskifting av utstyr ved lab, teknisk m.fl., har Helgelandssykehuset ikke iverksatt egne utviklings- og endringsprosjekter som ikke har hatt en regional forankring.

2.4.10 Skal bidra til innovasjon ved at anskaffelser gjennomføres der innovasjon inngår som krav til tilbyder. Det skal vurderes gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.

Helgelandssykehuset har drøftet muligheten for gjennomføringen førkommersielle prosjekter i forskningsutvalget. Det har videre blitt gjennomført møter med Kunnskapsparken på Helgeland. En av hovedoppgavene til Kunnskapsparken er å bidra til at bedriftene får bedre tilgang og kjennskap til forsknings- og utdanningsmiljøer. Vi har bedt dem om å videreformidle til industrien at vi er åpne for et forskningssamarbeid.

Se for øvrig pkt.6.6

## 2 . 6 Klima- og miljøtiltak

### Mål 2015:

2.5.1 Rapporten ”Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014” skal følges opp og videreføres i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.

Helgelandssykehuset ble miljøsertifisert i august 2015. Det videre arbeidet med oppfylging av kravene ligger i kommende re-sertifiseringer.

2.5.2 Anbefalingene fra delrapporten ”Bygg og miljø” i det nasjonale klima- og miljøprosjektet skal følges opp, herunder arbeide kontinuerlig med å finne bedre



energiløsninger ved ENØK-tiltak og ved å planlegge nybygg etter strengeste energikrav.

Helgelandssykehuset HF legger til rette for miljø- og klimavennlige løsninger i sine sykehus. Siste år er det bl.a. planlagt energibesparende tiltak på Mosjøen sykehus og Sandnessjøen sykehus som en del av annet renoveringsarbeid.

Det planlegges klimaregnskap og beregning av livsløpskostnader i vår utredning av ny sykehusstruktur på Helgeland (Helgelandssykehuset 2025).

2.5.3 Øke bruk av teknologi (telefon/video) for å erstatte tjenestereiser.

Økt bruk av videokonferanser i 2015. Helgelandssykehuset er i ferd med å ta i bruk regional Skype-løsning. I løpet av 2016 regner vi med at vi ser effekten av dette mht. mindre behov for tjenestereiser i forbindelse med møter etc.

### 3 Pasientens helsetjeneste

*Styringsparameter og rapporteringskrav som er beskrevet i tekst i kapittel 3 i oppdragsdokumentet ligger i kapittel 7 i rapporteringsmalen, jf kapittel 7 i oppdragsdokumentet hvor kravene er fremstilt i tabellform.*

#### Mål 2015:

3.1.1 Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

Det er foreløpig ikke etablert flere felles standardiserte pasientforløp utover pakkeforløpene for kreftsykdommer. Grunnen til dette er kapasitetsmangel.

3.1.2 Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Det er ansatt forløpskoordinatorer, 2 x 0,5 stillinger, ved alle sykehusenhetene i helseforetaket, se også punkt 3.0.3

3.1.3 Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS2.

Det er ansatt forløpskoordinatorer, 2 x 0,5 stillinger, ved alle sykehusenhetene i helseforetaket. Disse har fått opplæring og ansvar for koding av pakkeforløp. Foretaket hadde ressurser i regionalt prosjekt og bidro slik til å utvikle rapporteringsløsning.

---

<sup>2</sup> Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

### 3.1.4 Oppnevne en lokal forvaltningsansvarlig for Helse Nord LIS.

Foretaket har oppnevnt lokal forvaltningsansvarlig for Helse Nord LIS.

### 3.1.5 Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

Nødvendige endringer i pasientadministrative systemer er utført. Det er gitt opplæring prosedyrer både knyttet til pakkeforløp og de endringene som har fremkommet pga endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, bl.a. ny fristbruddsportal.

### 3.1.6 Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».

HSYK har deltatt i det regionale prosjektet med representant i styringsgruppen og med lokal implementeringsansvarlig, og pasientens tilgang til egen pasientinformasjon er tilbudt i tråd med fremdrift i det regionale prosjektet.

### 3.1.7 Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/ behandling i første svar på henvisningen.

Dette er innført som hovedregel ved alle poliklinikker/inntaksfunksjoner i helseforetaket. Dette vil bli fulgt opp etterkant av DIPS-sammenslåingen 28.02.2016

### 3.1.8 Skal ha koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Koordinerende enhet ble etablert i Helgelandssykehuset 1 september 2015. Stillingen ble utlyst våren 2015. Det jobbes nå med å få oversikt over rehabilitering og habiliteringstilbud lokalt og i Helse Nord. Oversikten skal gjøres tilgjengelig for ansatte og samarbeidsparter. Pasienter med komplekse behov med behov for koordinering av tjenester følges i dag i stor grad opp av spesialist og/ eller av spesialsykepleier innenfor aktuelt fagområde. Det jobbes for å få etablert en felles rutine for koordinator og etablering, oppfølging og samarbeid om individuell plan.

### 3.1.9 Sikre at pasientene har et nødvendig rehabiliterings-, habiliterings- og geriatritilbud.

For habiliteringsområdet er det satt i gang et prosjekt for kartlegging og avklaring av hvordan tilbud skal utformes i Helgelandssykehuset HF og hvordan vi på best måte kan tilby pasientene en godt tilbud i samsvar med nasjonale og regionale veiledere / handlingsplaner.

Helgelandssykehuset har i 2015 etablert 5 inhosptale senger for kompleks rehabilitering. Dermed klarer nå Helgelandssykehuset å ivareta de oppgavene som ligger inn under rehabilitering i sykehus/spesialisthelsetjenesten. Det er blitt ansatt personell i det nye tilbudet etter gjeldende Nasjonale retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Helgelandssykehuset har i

tillegg et variert og godt tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser samt sammensatte tilstander.

### 3.1.10 Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Helgelandssykehuset har et faglig samarbeid med Helgeland rehabilitering i Sømna.

### 3.1.11 Sørge for et godt tilbud til CFS/ME3 pasienter.

Helgelandssykehuset hadde i begynnelsen av 2015 utfordringer med legedekning innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, slik at det ble satt inntaksstopp for CFS/ME. Fra høsten 2015 fikk vi ny spesialist på plass, og kom i gang med utredning av CFS/ME og 3 utredninger pr uke.

### 3.1.12 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Det har ikke vært kapasitet til å gjennomføre egne pasienterfaringsundersøkelser hittil i 2015 pga andre store prosjekter. PasOpp-undersøkelsene offentliggjøres og gjennomgås i sykehusenhetene og innen områdene når resultatene foreligger.

### 3.1.13 Vurdere å etablere standardiserte og webbaserte PROM4-målinger

Dette er ikke etablert pga kapasitetsmangel

### 3.1.14 Bruke rapporter fra SKDE5 og nasjonale behandlingsveiledere for å sikre enhetlig behandlingspraksis.

Rapporter fra SKDE brukes regelmessig for å overvåke og iverksette tiltak ift forskjellig sykehusforbruk og som ledd i prosjekter for å tilbakeføre gjestepasienter.

Nasjonale behandlingsveiledere brukes ved alle 3 sykehusenhetene, men et systematisk arbeid mtp. at praksis utøves helt likt, er ikke kommet i gang, men vil bli iverksatt ila 2016.

### 3.1.15 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge har økt både sammenlignet med plan for 2015 og sammenlignet med 2014. Dette gjelder både for poliklinikk og døgntilbud. Økningen har vært mindre enn planlagt aktivitet for 2015 innenfor poliklinisk virksomhet for psykisk helsevern for voksne og døgnbehandling TSB. For døgnbehandling TSB, Rusenheten, har vi hatt flere

<sup>3</sup> Kronisk utmattelsessyndrom

<sup>4</sup> Patient reported outcome measures

<sup>5</sup> Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

utskrivninger enn planlagt og lavere antall liggedøgn. Rusenheten etablerte tilbud om brukerstyrt plass i 2015 uten at sengetallet kunne økes. I praksis betyr det at det er disponibel 7 plasser i stedet for 8 til planlagt virksomhet.

De voksenpsykiatriske poliklinikkene har hatt lavere aktivitet enn plan og sammenlignet med året før. Årsaken til manglende måloppnåelse er sammensatt, men beregnet aktivitet på vakante stillinger er en av grunnene. Midlertidig omdisponering av ressurser fra poliklinikk til døgn er en annen årsak.

Døgntilbudene innen psykisk helsevern for voksne har flere utskrivninger enn planlagt og flere enn 2014. Det er etablert krise-/akutsenger i døgnavdelingene som tar imot pasienter fra AAT og fra akuttpost på Nordlandssykehuset, dette gir flere og kortere innleggelseser.

Ventetiden innen psykisk helse og TSB har dessverre økt noe i 2015. For barn og unge hadde vi en ventetid på 34 dager i 2015 mot 32 i 2014. For voksne har det økt fra 54 dager til 60 dager. På TSB er det en økning fra 70 til 73 dager. Når det gjelder ventetidene innenfor TSB dreier det seg i stor grad om døgntilbud. Som nevnt ovenfor er det etablert brukerstyrt tilbud som har medført en plass mindre til planlagte innleggelseser. Dette har medvirket til økte ventetider. Her er det satt inn tiltak for å redusere ventetiden ved å tilby behandling andre steder. Hva som er årsaken til økte ventetider innen psykisk helsevern er vanskelig å si, men utviklingen følges nøye.

### Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201512

Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	997,9	1 253,7	1 243,0	10,8	25,6 %	1 243
<b>Psykisk helse</b>	191,9	249,8	278,2	(28,3)	30,2 %	278
<b>Rusomsorg</b>	32,5	45,6	30,7	14,9	40,2 %	31
<b>Prehospitale tjenester</b>	282,8	331,7	320,7	11,0	17,3 %	321
<b>Personal</b>	4,1	5,1	5,7	(0,6)	23,1 %	6
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 509,3</b>	<b>1 885,9</b>	<b>1 878,2</b>	<b>7,7</b>	<b>25,0 %</b>	<b>1 878</b>

Brutto driftskostnader for psykisk helse og rus har hver for seg økt mer enn for somatikk fra 2014 til 2015. Nye tilbud er etablert innen psykisk helse og rus. Foretaket overtar ansvaret for LAR-pasienter. Dette har medført ansettelser av nytt personell. Beregninger viser at kostnadene som følger med etableringen av LAR-tilbud er høyere enn overføring til formålet fra UNN. Det er ansatt kvalitetsrådgiver i 50% for psykisk helse og rus, i tillegg til at det er ansatt rådgiver for psykisk helse og rus i 100% stilling. Utover dette har det vært relativt tung satsing på kompetanseheving innenfor områder som krever spesiell kompetanse. Traumeområdet er et område der 110 ansatte deltar. Det er også bevilget egne midler til utdanning innen DBT-behandling.

### Andel av totale driftskostnader

Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	JB totalt i år
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	66,1 %	66,5 %	66,2 %	66,2 %
<b>Psykisk helse</b>	12,7 %	13,2 %	14,8 %	14,8 %
<b>Rusomsorg</b>	2,2 %	2,4 %	1,6 %	1,6 %
<b>Prehospitale tjenester</b>	18,7 %	17,6 %	17,1 %	17,1 %
<b>Personal</b>	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %

<b>Sum driftskostnader</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>
----------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

### 3.1.16 Gjennomføre fagplaner i tråd med prioriteringer i Plan for Helse Nord 2015–2018.

Fagplanenes prioriteringer gjennomføres, men ikke etter god nok systematikk og med god nok dokumentasjon. Bedre rutiner på dette skal etableres i 2016. Ved Helse Nords internrevisjon 09/2015 på oppfølging av regionale fagplaner fikk HSYK avvik på at føringer på bemanning ift fagplanen for diabetes og smittevernplanen ikke var oppfylt.

Det er nå ansatt diabetessykepleier i 100 % stilling med oppgave som samhandlingskoordinator for diabetes mot kommunene.

Bemanning for hygienesykepleiere vil bli vurdert sammen med intern handlingsplan for smittevern som er under utarbeidelse.

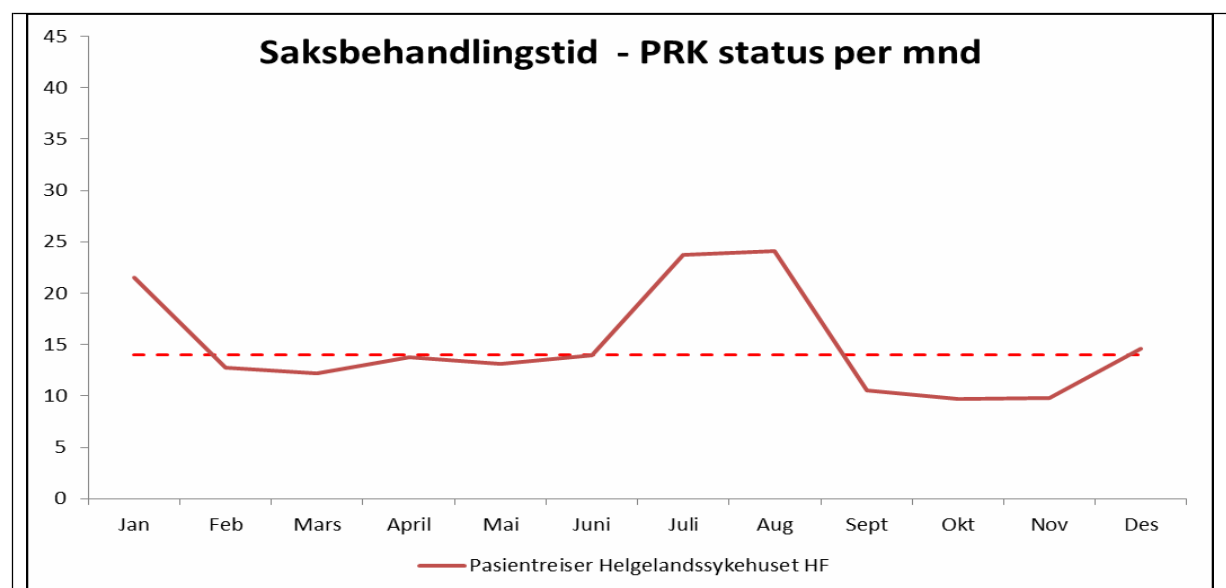
### 3.1.17 Besvare 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreiser innen 60 sekunder.

Gjennomsnittlig servicegrad gjennom hele året 2015 ble 78,5%.

### 3.1.18 Operasjonalisering av resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet.

Vi har tatt aktivt del i prosjektarbeidet som er gjennomført i regi av Helse Nord RHF for å høyne kvaliteten på pasientreiseområdet. De tiltak som prosjektet har anbefalt er implementert i organisasjon

### 3.1.19 Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.



Kravet til saksbehandlingstid er i hovedsak holdt gjennom hele året. I perioder med stor saksinnngang er dette håndtert ved hjelp av overtid.

3.1.20 Bidra med helsefaglige ressurser i utvikling av pasientrettet informasjon i oppbygging og utvikling av våre nettsider, og delta i regionalt/nasjonalt prosjekt med felles nasjonal nettløsninger på helsenorge.no-plattformen. Det skal ikke opprettes nettsted eller eksterne nettjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Helgelandssykehuset hadde i 2015 en ledende regional og nasjonal rolle, med tidligere webredaktør som leder av regional prosjektgruppe, og som en av to deltakere i nasjonal prosjektgruppe fra Helse Nord. Ny webredaktør overtok plassen i nasjonalt prosjekt på slutten av 2015. I nasjonalt prosjekt sitter også webredaktør i Helse Nord RHF. Det er stort fokus på både regionalt og nasjonalt samarbeid.

I Helgelandssykehuset har lokal prosjektredaksjon vært i aktivitet fra midten av 2015. I redaksjonen sitter det to overleger, to helsefaglige rådgivere, samhandlingssjef og en praksiskoordinator, i tillegg til to deltakere fra Senter for kommunikasjon. Redaksjonen har satt ned arbeidsgrupper, en for somatikk og tre for psykisk helse og rus. I tillegg er eller vil de fleste spesialistene i Helgelandssykehuset involveres i innholdsproduksjon.

Oppbyggingen av de nye nettsidene er i gang. Det er produsert innhold til mange behandlingsløp, også nasjonale fellestekster som andre helseforetak kan benytte i sine nettsider. De nye nettsidene skal etter planen lanseres i juni.

## 3 . 1 Somatikk

### Mål 2015:

3.1.1 Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Fagavdelingen ved Nordlandssykehuset jobber med utarbeidelse en fagplan innenfor området. Helgelandssykehuset bidrar med Sør-samisk brukerrepresentant fra helseforetakets brukerutvalg.

3.1.2 Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15.

Det er utarbeidet et forslag om organisering av overgrepsmottak i Helgelandssykehuset. Det har vært kontakt med politiet under utarbeidelsen av forslaget. Kommunene på Helgeland har ikke vært med i arbeidet så langt, men de er orientert om at arbeidet pågår. Forslaget er til behandling i ledergruppen ved sykehuset.

### 3.1.3 Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR<sup>6</sup> innen utgangen av 2015.

Røntgenområdet bruker SECTRA som sin systemleverandør. SECTRA har gitt tilbakemelding på at NPR uttrekk fra SECTRA skal være på plass i 2016. SECTRA er en del av FIKS prosjektet og har prosjektleder der. Det ligger ventelistefunksjon i SECTRA i dag, og disse vil være en del av NPR meldingen når denne er klar. Helgelandssykehuset har etablerte rutiner for leveranser av NPR uttrekk, og når leverandøren er klar, vil dette kunne gjennomføres.

### 3.1.4 Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

Det vises til rapport 2.tertial.

Handlingsplan ble presentert for styret som vedlegg til virksomhetsrapport pr april 2015 i styremøte 26.05.15, (sak 33/2015). Antall åpne dokumenter og åpne henvisningsdokumenter var ikke brakt under kontroll innen utgangen av 2. tertial, men i løpet av 2. tertial var antall åpne dokumenter redusert med 11 % og antall åpne henvisningsdokumenter redusert med 25 %. Arbeidet i tråd med handlingsplanen gikk seinere enn forutsatt under sommeravviklingen, men arbeidet ble intensiveres og oppfølging av handlingsplanen ble også bli rapportert til Helse Nord sammen med handlingsplan for arbeid med ventelister/fristbrudd og langtidsventende 22.09.2015 og til styret i styresak 66/2015 i styremøte 02.10.

Ved årsskiftet er situasjonen vedr åpne dokumenter er omtrent uforandret. Dette skyldes primært at DIPS ASA fortsatt ikke har effektuert bestillingen om maskinell rydding av åpne dokumenter i Sandnessjøen. Vi har nå fått informasjon om at denne ryddingen blir utført ifbm. DIPS-sammenslåingen 28.02.2016.

Antall åpne henvisningsperioder er redusert med 62,7 % siden utgangen av mai mnd, fra 10.820 til 4.037, og rydding pågår fortsatt etter oppsatt plan.

### 3.1.5 Delta i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

Helgelandssykehuset vil fra og med oppstartsmøte den 28. januar og frem til levering den 8. april, arbeide med kostnadsvektsarbeidet i henhold til krav for besvarelse. Dette er første året Helgelandssykehuset skal levere data i kostnadsvektsarbeidet.

---

<sup>6</sup>Norsk pasientregister

- 3.1.6 Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og ”Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten”.<sup>7</sup>

Ernæringsstatus på innlagte pasienter kontrolleres og tiltak iverksettes i tråd med nasjonale retningslinjer. Det er ansatt kliniske ernæringsfysiologer ved alle 3 sykehusenhetene. Det er imidlertid ikke etablert en overordnet ernæringsstrategi, men dette arbeidet vil bli igangsatt 1. januar 2016.

## Foretaksspesifikke mål 2015:

### Helgelandssykehuset

- 3.1.7 Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

Et arbeid med å innføre felles radiologiske prosedyrer mellom HSYK og Nlsh har så vidt startet i 2015. Felles protokoll for MR prostata ifbm. pakkeforløp ved prostatakreft er en av de aktuelle protokollene. Arbeidet blir ytterligere aktualisert ved etablering av en vaktordning i radiologi i samarbeid med Nlsh 1. januar 2016.

- 3.1.8 Ventetid for rekonstruksjon av bryst.

Ventetid for rekonstruksjon av bryst: Poliklinisk vurdering: 4 uker. Operasjon: 4 uker. Svært få henvendelser i 2015, da UNN håndterer disse pasientene selv, og sender andre pasientkategorier til oss. 4 pasienter operert i 2015.

## 3.2 Psykisk helsevern og rus

### Mål 2014:

- 3.2.1 Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Helgelandssykehuset tilbyr ulike behandlingstilbud, men ikke medikamentfritt tilbud i egen avdeling. Det er knyttet en del usikkerhet til hvordan dette evt skal utformes og hvilke pasienter som skal få sin behandling i en slik avdeling. Imidlertid får de pasienter som ønsker det, og der det regnes som forsvarlig, mulighet for behandling uten medikamenter. Det må understrekes at mange av pasientene

<sup>7</sup>Mål fra tilleggslista til oppdragsdokument 2015



som er i behandling faktisk ikke bruker medisiner for den lidelsen de får behandling for.

### 3.2.2 Det skal etableres et samarbeid med barnevernet slik at barn og unge som har behov for det, gis et helhetlig behandlingstilbud.

Helgelandssykehuset deltok på møte med Bufetat Nord 15.01.16. Lokale avtaler skal bygge på regional avtale. Saken planlegges tatt opp i OSO-møte slik at vi får lik utforming av lokal avtale, i samarbeid med samhandlingssjef. Utover dette har avdelinger i foretaket samarbeidsavtaler innen psykisk helse og rus med kommunene i området.

### 3.2.3 Implementere<sup>8</sup> regionalt kompetanseprogram for traumebehandling i samarbeid med RVTS<sup>9</sup>.

Helgelandssykehuset HF deltar med 110 ansatte fra alle DPS. Dette betyr at vi har en forholdsvis tung satsing på kompetanseheving innen traumefeltet. Veiledere har deltatt på regional opplæring. Programmet gjennomføres via e-læring, fysiske samlinger og veiledning. Første fellessamling ble gjennomført i november.

### 3.2.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.

Alle enheter innen psykisk helse og rus arbeider ambulant. Det er etablert samarbeidsavtale med Mosjøen fengsel. Legespesialister og psykologspesialister inngår i det ambulante arbeidet i den grad spesialistdekningen tillater det. Den ambulante virksomheten som er beskrevet kommer i tillegg til virksomheten som utøves av ambulant akutteam.

### 3.2.5 Innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia skal startes, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017.

Helgelandssykehuset har ikke fått tilbakemelding om at Helsedirektoratet har foretatt nødvendige avklaringer slik at dette kan settes i gang. Det gjelder særlig juridiske avklaringer som må klarlegges, og evt endringer i lov og forskrift.

### 3.2.6 Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.

Planen er ikke ferdigstilt, innholdspunkter er klare. Dette vil være et prioritert arbeid for

<sup>8</sup> Helse Nord RHF: Delta i kompetanseprogrammet

<sup>9</sup> Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

kvalitetsrådgiver og rådgiver psykisk helse og rus i 2016. Det er avklart med Nordlandssykehuset HF at deres plan for riktig og redusert bruk av tvang legges til grunn i arbeidet.

3.2.7 Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå,<sup>10</sup>

Rusbehandling er integrert i psykisk helsevern på DPS-nivå.

## Foretaksspesifikke mål 2015:

### Finmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset

3.2.8 Overta ansvar for LAR<sup>11</sup> i eget foretaksområde i 2015.

Helgelandssykehuset overtar ansvaret for LAR-pasienter tilhørende Rana-området 01.03.16. Det er opprettet egne stillinger som skal arbeide med dette fagområdet. Det har tatt tid å få nødvendig spesialistdekning på plass. Ved interne omrokking har dette latt seg gjøre. De fleste pasientene tilhører Ranaområdet slik at en stor del av pasientene overtas 1.3.16. Overtakelsen skjer i samarbeid med UNN. De resterende antall pasienter skal etter planen være overtatt innen utgangen av juni.

## 3.3 Samhandling

### Mål 2015:

3.3.1 Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS<sup>12</sup>. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt.

Helgelandssykehuset følger de prinsippene og føringer for ikt-anskaffelser som det her refereres til.

3.3.2 Skal aktivt bidra til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.

Helgelandssykehuset HF bidrar med ressurser i alle delprosjektene i FIKS-programmet, samt prosjektet Digitale tjenester i Nord. For alle disse prosjektene er «en innbygger – en journal» et grunnleggende prinsipp. Helgelandssykehuset har også styrket intern forvaltning av elektronisk pasientjournal (EPJ) for å ivareta etablerte regionale standarder som igjen bygger på samme

<sup>10</sup> Helse Nord RHF: Så langt lokale forhold tilsier det.

<sup>11</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

<sup>12</sup> Felles innføring av kliniske systemer

grunntanke.

Helgelandssykehuset har blitt bedt om å stille en ressurs til Nasjonal IKT (NIKT) i en gruppe som håndter kritiske feil i EPJ. Funksjonen virker lite kjent og det er ikke etablert meldemekanismer i Helse Nord som omfatter slike feil.

3.3.3 Skal etablere arena med faste møter for samhandling med avtalespesialistene. Helse Nord RHF vil fasilitere etableringen av møtearenaene.

Etablere et godt samarbeid med avtalespesialistene i sine nedslagsfelt for å sikre gode pasientforløp, slik at den samlede kapasiteten blir utnyttet optimalt.

Faste møtepunkter blir ivaretatt av RHF, avtalespesialistene ønsker ikke å ha møtearenaer ut over dette men deltar gjerne i nettverksbygging der utveksling av erfaring kan skje)  
Lokalt jobbes det nå med å få på plass samarbeidsavtaler mellom Helgelandssykehuset og avtalespesialister som har sin praksis etablert på Helgeland.

3.3.4 Vurdere å etablere kliniske samarbeidsutvalg (KSU) i regi av OSO<sup>13</sup> i de enkelte helseforetaksområdene, for å styrke samhandlingen på klinisk nivå (inkludert fastlegene).

- 1) Det er etablert ett klinisk samarbeidsutvalg knyttet til kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen der formålet er å etablere rutiner og samarbeid som skal bidra til at pasientsikkerheten er ivaretatt.
- 2) Det er etablert ett klinisk samarbeidsutvalg som skal kartlegge behov for samarbeid og ansvarsområder innenfor rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og rehabilitering i kommunehelsetjenesten. Begrenset til somatisk rehabilitering.

På Helgeland har det vært nødvendig å endre sammensetningen av OSO. Nytt revitalisert OSO hadde sitt første møte 3 september 2015. Etablerte KSU er vil derfor fortsette det påbegynte arbeidet i 2016.

Praksiskoordinator/ konsulenter (fastleger ansatt i sykehuset) og spesialister i Helgelandssykehuset gjennomfører minimum 1 dialogmøte/ fagmøte årlig i hver region ( Nord-, Sør-, Indre- og Ytre Helgeland)

3.3.5 Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten ”Kompetanseutfordringer som følge av samhandlingsreformen”<sup>14</sup> skal legges til grunn for det videre arbeidet.

- 1) Praksiskoordinator/konsulenter planlegger og gjennomfører 4-6 «møteserier» pr. år i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Formålet er kompetanseoverføring og undervisningen skal også bidra til at endringer og etablering av fagtilbud i Helgelandssykehuset gjøres kjent blant primærlegene.
- 2) Det gis opplæring til personell i kommunen som skal følge opp pasienter med spesielle behov/ behandling som før overflytting til kommunen.
- 3) Det er mulig for helsepersonell i kommunen å delt på undervisning i sykehusene. (undervisningsplan gjøres kjent for kommunehelsetjenesten)

<sup>13</sup> Overordnet samarbeidsorgan

<sup>14</sup> Styresak Helse Nord RHF, sak 90/2014

- 4) Kliniske utvalg som er etablert/ etableres legger til rette for at det kartlegges områder som krever overføring av kompetanse.
- 5) Samarbeid om planlegging og gjennomføring og evaluering av læring og mestringskurs initiert i 2015 og følges opp i 2016. Det er gjennomført felles «Livsløystkurs» til kreftrammede i Mosjøen og i Sandnessjøen i 2015.

3.3.6 Skal, der det er relevant, invitere kommuner og brukerrepresentanter inn i pasientforløpsprosjekter.

Brukerrepresentanter deltar i økende grad i pasientforløpsprosjekter. Prosjekter der brukerrepresentant og eller kommunene/ spesialisthelsetjenesten bidrar

Etablering av Distrikts medisinsk senter på Sør Helgeland (somatisk poliklinikk, samarbeid med DPS):

- Økt tilfredshet hos brukere og ansatte
- Tidlig intervensjon og tettere oppfølging i brukerens nærmiljø skal bidra til forebygging av sykdomsutvikling.
- Fokus på felles rutiner for rapportering, måling av effekt (FOU)
- Stabil, målrettet og effektivisert bruk av spesialisthelsetjeneste
- Redusert antall innleggelser i sykehus
- Unngå re innleggelser i sykehus.
- Bredere faglig og erfarings basert tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt.
- Nærhet til tilbud legger til rette for innhenting av gjestepasienter
- Samfunnsøkonomisk lønnsomt da man sparer transportkostnader og reduserer tidsbruk som har betydning for tapt arbeidsinntekt etc.

Bidrar i kliniske samarbeidsutvalg, utvalg knyttet til rehabilitering og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

## **Foretaksspesifikke mål 2015:**

### **Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN**

3.3.7 Delta i planlagt samarbeidsprosjekt "Et friskere Nordland" med Nordland fylkeskommune.

Prosjekt har ikke kommet i gang? Helgelandssykehuset bidrar med Samhandlingssjef. Regional koordinator for læring og mestringsarbeid følger opp og har etterlyst fortgang i oppstart.

## **4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap**

## 4 . 1 Kvalitet

### Mål 2015:

- 4.1.1 Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Helseforetakene fikk 30.10.2015 en bestilling fra Helse Nord om etablering av registrering i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene der det var mangelfull innrapportering. HSYK besvarte dette 01.12.2015 med en oversikt over hvordan restansene skal løses.

Det er igangsatt et internt arbeid i HSYK for å få ytterligere oversikt over registrering i de medisinske kvalitetsregistrene, for å sikre kvalitet på registreringene og at registerdata vil bli brukt i kvalitetsforbedringsarbeid i helseforetaket.

- 4.1.2 Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten.

Kvalitetsresultater publiseres månedlig gjennom virksomhetsrapportene til Helse Nord og styret. Styret orienteres også om resultatene av de nasjonale kvalitetsindikatorene som publiseres hvert tertial.

Under ”kvalitet” på helseforetakets hjemmeside publiseres uønskete pasienthendelser, resultat av nasjonale kvalitetsindikatorer og pasientundersøkelser.

Oppdateringen på hjemmesiden har vært noe mangelfull i 2015, og dette skal justeres i 2016.

- 4.1.3 I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.

Dette arbeidet er ikke påbegynt, men avtaler vedr helsetjeneste for studentene vil bli gjennomgått med de aktuelle utdanningsinstitusjonene i 2016.

- 4.1.4 Bidra til å revidere/oppdatere Helse Nord's kvalitetsstrategi som ferdigstilles våren 2015, med påfølgende revidering av egen strategi.

HSYK deltok i dialogmøte med representanter for Helse Nord 06.03.2015. På bakgrunn av intern høring, orienteringssak til foretakstillitsvalgte og styrebehandling i styresak 68/2015 i styremøte 02.10.2015, ble det gitt høringsuttalelse på utkast til kvalitetsstrategien 14.10.2015.

- 4.1.5 Gjennomføre tiltakene i rapporten ”Kvalitet i ventelistedata” fra Helsedirektoratet.

De fleste av tiltakene i rapporten er på et mer overordnet nivå enn helseforetak. Prosessene ivaretas i regionale råd og utvalg, eller prosesser mot HN IKT. Tiltak for opplæring av ansatte og innføring av

regionale prosedyrer for henvisninger mellom foretak er innført og gjennomført tidligere.

4.1.6 Tilegne seg kunnskap til å kunne gjennomføre minimetodevurderinger og yte støtte for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Minimetodevurdering er foreløpig ikke brukt som støtte for innføring av nye metoder, men vil bli vurdert som ledd i helseforetakets handlingsplan for kvalitetsforbedringsarbeid i 2016.

## 4.2 Pasientsikkerhet

### Mål 2015:

4.2.1 Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.

Det er levert data til Virksomhetsrapporten på fremdrift og status i pasientsikkerhets arbeidet i Helgelandssykehuset

Foretak/sykehus	Forebygge selvmord	Forebygge overdosere	Trygg kirurgi	Samst. legemiddellister	Hjerne slag	UVI	SVK	Trykksår	Fall	Ledelse av pasientsikkerhet
Helgeland – Mo i Rana	0/0	1/1	1/1	2/2	1/1	3/3	0/0	2/3	2/3	
Helgeland – Mosjøen	0/0	0/0	1/1	2/2	1/1	1/1	0/0	1/2	1/2	
Helgeland – Sandnessjøen	0/0	0/0	1/1	1/1	1/1	3/2	0/0	2/3	2/3	

4.2.2 Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Det er ikke etablert felles rutiner for dette i Helgelandssykehuset. Pasienter henvises til somatiske tilbud når dette behovet avdekkes. Innen fagområde rus har vi sett at behovet for somatisk oppfølging er stor. På samme vis henvises pasienter fra de somatiske avdelingene til psykisk helsevern og rus når slikt behov avdekkes eller det kan foreligge et slikt behov. Spesialister innen områdene bistår med råd og veiledning der dette er nødvendig.

4.2.3 I samarbeid med Sykehusapotek Nord skal det utarbeides og implementeres en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus.

I samarbeid med Sykehusapotek Nord skal det utarbeides og implementeres en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus. Prosedyrer for samstemming ved innleggelse og utskrivelse er implementert.

- 4.2.4 Tiltaket ”Innføring av generisk ordinerings” skal gjennomføres i samarbeid med Sykehusapotek Nord.

Generisk ordinerings innført 16. november.

### 4 . 3 Smittevern

#### Mål 2015:

- 4.3.1 Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves.

Retningslinje gjort kjent for ansatte, bla ved opplæring/informasjon og utdeling av retningslinjen i lommeformat. Fagrevisjon for å vurdere etterlevelse av retningslinjer ved behandling av pneumoni utført.

- 4.3.2 Alle ansatte i Helse Nord skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene.

Tiltak som er iverksatt:

Alle avd.ledere har fått tilgang til å hente ut rapporter over gjennomførte kurs for ansatte i egen avdeling. Dette gjelder alle e-kursene, også håndhygiene.

Hatt fokus på implementering av Campus inn i avdelingene.

Gjennomført e-læringskurs i håndhygiene er 47% pr 28.01.16. Ansvar for lav gjennomføring er ledelsen i linjen.

- 4.3.3 Alle sykehus skal rapportere antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Tverrfaglig antibiotikagruppe opprettet høsten 2015. Rapportering av antibiotikaforbruk ikke utført i 2015. Prioritert i gruppens antibiotikastyringsprogram for 2016.

### 4 . 4 Beredskap

#### Mål 2015:

#### 4.4.1 Gjennomføre risikovurderinger som danner grunnlaget for sykehusenes legemiddelberedskap, inkl. forsyningssikkerhet.

##### **Legemiddelberedskap ved Helgelandssykehuset**

Faglig ansvar for antidotlagrene er lagt til medisinsk direktør. Lageret ved HSYK - Sandnessjøen og Mosjøen er i hovedsak plassert ved Intensivavdelingen, i Mo i Rana er lageret i Akuttmottaket.

Legemiddelkomiteen ved Helgelandssykehuset har det faglige ansvaret for å følge opp liste over legemidler som det føres beredskapslager for i foretaket. Denne lista oppdateres årlig i forbindelse med LIS-anbud. Lagrene er i hovedsak plassert på intensiv- og akuttavdelinger.

Ut fra erfaring og anbefaling fra sammenlignbare sykehus er akuttberedskapslagrene er dimensjonert for 20-30 pasienter i 1 døgn. Øvrige beredskapslager er dimensjonert for 3-4 uker. Beredskapslagrene er plassert på sykehusavdelinger og ansvar for praktisk oppfølging av disse er lagt til personale på avdelingene.

Helgelandssykehuset får legemidler fra private apotek. Som hovedregel mottar disse legemidler til sykehusene fra grossistens lager i Tromsø fraktet med bil (Bring). Dette kan gi utfordringer ved dårlige vær- og veiforhold.

#### 4.4.2 Inngå avtale mellom helseforetak og Sykehusapotek Nord som klargjør Sykehusapotek Nords rolle og ansvar for helseforetakets legemiddelberedskap.

Det er ikke inngått en særskilt avtale mellom Sykehusapotek Nord og Helgelandssykehuset for legemiddelberedskap. Helgelandssykehuset avventer arbeidet som pågår i Beredskapsutvalget i Helse Nord for å tilstrebe en lik prosedyre i regionen. Helgelandssykehuset har avtale med private apotek for leveranse av legemidler.

#### 4.4.3 Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur. Gjennomføres for vann og strøm hver for seg.

Det er utført risikoanalyse for vann- og strøm tilførsel til sykehusenhetene i Helgelandssykehuset. Det er igangsatt tiltak for utbedring av strømrreserver(aggregat) ved sykehusenheten i Mo i Rana og Sandnessjøen.

#### 4.4.4 Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS<sup>15</sup>-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

---

<sup>15</sup> Risiko- og sårbarhetsanalyse



Informasjonssikkerhet med en oversiktsrapport over status i helseforetaket er behandlet av styret i styresak 47/2015 i styremøte 19.06.2015. Dessuten behandles informasjonssikkerhet i årlig: ledelsens gjennomgang.

I rapporten som ble styrebehandlet ble følgende oppfølgingstiltak skissert:

- Implementering av obligatorisk e-læringskurs i informasjonssikkerhet når dette blir tilgjengelig
- Gjennomføring av ROS-analyser etter at HOS trinn II er gjennomført
- Årlig øving av planverk for IKT-svikt
- Kontroller av utvalgte databehandleravtaler ila høsten 2015.

Styret tok saken til orientering

Kontroller av utvalgte databehandleravtaler, ble ikke gjennomført som planlagt pga kapasitetsmangel, men blir gjennomført i 2016.

## **Foretaksspesifikke mål 2015:**

### **Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset**

4.4.5 Delta i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue.

Helgelandssykehuset har deltatt i planlegging og gjennomføringa av Barents Rescue 2015

## **5 Personell, utdanning og kompetanse**

### **Mål 2015:**

5.1.1 Samarbeidsorganet mellom RHF og universiteter/høyskoler benyttes aktivt til å planlegge aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet

Helgelandssykehuset deltar aktivt i samarbeidsorganet mellom RHF, Universitet og høyskoler

- 5.1.2 Sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.

Nyopprettede LIS-stillinger i 2015		
SSJ	MSJ	MIR
KIRURGI - ansatt	VOP - ansatt	RØNTGEN Ansatt
ØRE, NESE, HALS- ikke godkjent utdanningssted	BUP – ikke godkjent utdanningssted, mangler spesialist	ANESTESI - Ansatt
ANESTESI – Ble ansatt men sa opp. Endret til GYNEKOLOGI – ansatt.	HUD – ikke godkjent utdanningssted	GYN - Ansatt
PSYKIATRI – ikke godkjent utdanningssted, mangler spesialist	UROLOGI - ansatt	GENERELL KIRURGI - Ansatt
	RADIOLOGI – ikke godkjent utdanningssted	BUP - tilbud om stilling sendt 2015
		DØGN VOKSNE – Ble ansatt men sa opp. Nytt tilbud sendt i 2015

- 5.1.3 Bidra til å oppfylle partenes avtale om fast tilsetning av leger i spesialisering.

Alle LIS tilsettes fast. Ny ordning gjelder for LIS tilsatt etter 1. Juli 2015. Avtale om spesifikt gruppe 1 tjenestested er ikke på plass. Venter på at det blir utpekt koordinator i Helse Nord.

- 5.1.4 Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere.

Helgelandssykehuset har oversikt over behovet for operasjon - og intensivsykepleiere for å erstatte avgang/nye behov. Det er igangsatt tiltak for å rekruttere internt og eksternt til disse videreutdanningene.

Helgelandssykehuset deltar på ulike arenaer for å rekruttere helsepersonell til sykehusenhetene. Sykehusenhetene prioriterer eget kompetanse og gjør ut fra dette avtale med helsepersonell som ønsker å ta ulike videreutdanninger av kortere eller lengre varighet.

Gjennom Paragona har Helgelandssykehuset rekruttert to radiologer, 1 i Sandnessjøen (startet i januar 2015) og 1 i Mosjøen (oppstart januar 2016). På sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana er det økt med 1 LIS stilling på hver av enhetene

Vi har fått på plass utdanningsavtale mellom foretaket og eksternt rekrutterte sykepleiere som allerede gjennomfører videreutdanning eller som kan dokumentere at de har fått plass/tatt opp på det aktuelle studiet.

- 5.1.5 Innfri pålagt antall praksis og turnusplasser med god kvalitet som beskrevet i vedlegg 1 i Oppdragsdokument 2015.

Tilsatt 13 turnusleger 1. Mars 2015 og 15 turnusleger 1. September 2015. Måltall 28 pr. år / 14 pr. halvår. Liten skjevhet i fordeling høst vår pga tidligere svangerskapspermisjoner. Måltall 28 pr år er oppfylt.

- 5.1.6 Målsettingene i Lærlingestrategi for Helse Nord skal oppfylles – satsning på helsefagarbeiderlærlinger 2014–2016. Strategien bygger på innhold og målsettinger i

Samfunnskontrakt for flere læreplaner. Måltall for inntak av helsefaglæringer fremkommer i vedlegg 1 i Oppdragsdokument 2015.

Helgelandssykehuset har innfridd målkravet i oppdragsdokumentet jf. 40 % økning i inntak av helsefagarbeiderlæringer. Kartlegging av fullførte fagbrev i 2013 til 2015 viser en fullføringsgrad på 90 %

5.1.7 Utvikle strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

Følgende strategi følges

- Møteserier mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene 4-6 ganger årlig,
- Kliniske utvalg (prioriteres i henhold til tjenesteavtale 1)
- Tilgjengelig undervisningsplan for spesialisthelsetjenesten for helsepersonell i kommunen
- Rutiner knyttet til opplæring av kommunalt helsepersonell før utskrivelse fra sykehus
- Samhandlingskonferanse for klinisk personell x 1 pr. år
- Implementere og videreutvikle elektronisk samhandling

5.1.8 Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Helgelandssykehuset deltar ikke i et formalisert kompetanse nettverk i klinisk rettsmedisin.

5.1.9 Utvikle og implementere tiltak i Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord.

1. Gjennomført og evaluert introduksjonsprogram, basisopplæring og systemopplæring av nye ledere og ledere som ikke tidligere har gjennomført slik opplæring. 1. linjelederne er en prioritert målgruppe.
2. Avsatt ressurs som skal utvikle system for innfasing og utfasing av ledere.
3. Påbegynt et arbeid for å videreutvikle system for lederavtaler
4. Vi deltar med ressurs i det regionale arbeidet med utvikling av elektronisk lederhåndbok

5.1.10 Bidra til å utvikle regional HR-strategi og handlingsplan for rekruttering som oppfølging av Strategisk kompetanseplan del 2.

1. Helseforetaket utarbeider årlig handlingsplan for rekruttering. Det tas utgangspunkt i grunnlaget som ble lagt i strategisk kompetanseplan samt foretakets egne vurderinger av rekrutteringsbehov
2. Det er også utarbeidet oversikter over langsiktig rekrutteringsbehov basert på naturlig avgang og beregnet turnover. Denne oversikten danner grunnlaget for den jobben som gjøres i rekrutteringssammenheng.

Helseforetaket deltar med ressursperson i regionalt rekrutteringsnettverk og i HR- sjefsmøter og deltar på den måten i det HR- strategiske utviklingsarbeidet som til enhver tid er satt på dagsorden.

5.1.11 Fortsette arbeidet for å redusere uønsket deltid og arbeide for en heltidskultur.

Ingen nye tiltak er iverksatt i 2015. Dette har sin bakgrunn i streng prioritering av ressurser

## Foretaksspesifikke mål 2015:

### Helgelandssykehuset

5.1.12 Utarbeide plan for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging innen 01.06.15.

Plan utarbeidet og ledergruppebehandlet den 23.6.15. Varierende tiltaksgjennomføring i 2015 skyldes sannsynligvis for lite fokus på forankrings-/implementeringsarbeidet og dermed også eierforhold til tiltakene i planen

## 5 . 1 Helse, miljø og sikkerhet

### Mål 2015:

5.1.1 Følge opp resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeidet, samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede gjennomføring av MU i 2016.

- Med i regionalt nettverk for Medarbeiderundersøkelsen
- Gir informasjon og støtte, veiledning og prosessveiledelse i forbindelse med alle faser av MU fra uttak av rapporter, til gjennomgang av resultat og tiltaksarbeid på enhetene
- Oversikt over status oppfølging i foretaket gjennom HMS indikatorer.  
Informasjon og opplæring om MU i intern lederopplæring

På bakgrunn av MU undersøkelser har flere avdelinger i foretaket gjennomført verdiarbeidsprosesser i 2015. Senter for HR har bidratt som rådgivere og prosessveiledere i slike

5.1.2 Handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet skal oppdateres årlig, i nært samarbeid med vernetjenesten.

Handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet skal oppdateres årlig, i nært samarbeid med vernetjenesten

Helseforetakets HMS - handlingsplan er utarbeid i samarbeid med vernetjenesten.  
Fokusområder 2015 har i hovedsak vært oppfølging av MU og sykefravær.

Sykefraværsutvikling:

2014: Januar 6,9% desember 7,5%. Gjennomsnittlig fravær: 7,1%

2015: Januar 7,9 desember 6,9%. Gjennomsnittlig fravær 7,6%

Helseforetaket har i 2015 hatt spesielt fokus på de avdelingene som har hatt fravær over 10%. Sykefraværet er fortsatt en utfordring. Det ble derfor i desember 2015 besluttet å iverksette et sykefraværprosjekt med prosjektittel: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede. Prosjektperioden er satt til 2 år. Målet er sykefravær stabilisert på 6,5% eller lavere.

#### HMS- Indikatorer:

For å sikre kontinuerlig oppfølging og oversikt på HMS feltet er det i foretaket utarbeidet en mal for standard rapportering over HMS – indikatorer som går ut til samtlige ledere i foretaket. Det rapporteres i forkant av AMU møter 5 ganger pr år. Indikatorene som Det gis status på er:

Gjennomgang av MU, utført vernerunder, utarbeidet HMS -handlingsplan for egen avdeling, Opplæring MTU, Brannvern, Gjennomført utviklingssamtaler, HMS som tema på avdelingsmøter, oppdatert stoffkartotek

Ihht siste status pr november 2015 dokumenteres det at HMS tiltakene gjennomføres i meget høy grad.

#### Kursopplegg i tema Vold og Trusler:

I 2015 ble planarbeidet for gjennomføring av et dagskurs i tema Vold og trusler gjennomført. Foredragsholder er førstelektor og spesialrådgiver Ole Greger Lillevik. Kurset gjennomføres i januar 2016.

#### AKAN:

I 2015 har det vært økt fokus på AKAN arbeidet. Det er innledet et samarbeid med AKAN sentralt om gjennomføring av et kursopplegg for ledere og medlemmer i AKAN utvalget.

#### Vernetjenesten:

Det er gjennomført årlig verneombudssamling og grunnopplæring for nye verneombud (kombinasjon av e-læringskurs og en felles kursdag)

#### ISO sertifisert:

helseforetaket ble ISO -14001:2004 sertifisert 25.08.15. På godkjenningstidspunktet hadde 75% av medarbeiderne gjennomført e-læringskurs om miljø i egen bedrift

5.1.3 Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

Helgelandssykehuset har i flere år samordnet deler av virksomheten under sommerferie avviklingen og har god erfaring med det. Alternierende stenging av fødeavdelingene og fødestuene, og døgnavdelingene psykisk helse er eksempler. Helgelandssykehuset har vært representert i arbeidsgruppen i Hele Nord der samordning av behandlings tilbud i sommerferien ble diskutert.

## 6 Forskning og innovasjon

### Mål 2015:

- 6.1 Det skal utvikles strategier og planer med tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21<sup>16</sup> i samarbeid med regionalt helseforetak.

Helgelandssykehuset skal utarbeide ny forskningsstrategi i første halvdel av 2016. I og med at HelseOmsorg21 vil bli en svært viktig del av dette arbeidet så har vi valgt å samkjøre dette punktet med utarbeidelsen av den nye forskningsstrategien, og således utsatt dette til våren 2016.

- 6.2 For å øke nytten av offentlig finansiert klinisk forskning, skal det innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning.

Helgelandssykehuset har innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning.

- 6.3 Det skal etableres rutiner for formidling og implementering av forskningsresultater.

Sluttrapport vil bli etterspurt alle prosjekter som ferdigstilles fra og med 2016. Sluttrapporten skal blant annet inneholde informasjon om forskningens nytteverdi og muligheter for implementering og bedring av nåværende praksis. Sluttrapportene vil gjøres tilgjengelig på intranettsidene. Resultater av særlig interesse vil bli trukket frem i forskningslederens nyhetsbrev.

Å lage rutiner for implementering av forskningsresultater syntes forskningsutvalget var utfordrende i og med at dette vil variere avhengig av type resultater og fagfelt. Det vil derfor bli lagt opp individuelle planer for implementering dersom sluttrapporten peker på muligheter for bedring av nåværende praksis.

- 6.4 Bidra i arbeidet med å utarbeide ny forskningsstrategi i Helse Nord.

Helgelandssykehuset har bidratt med følgende:

- Forskningsleder har deltatt i referansegruppen for Helse-Nords forskningsstrategi
- Innspill under Helse-Nords besøk ved Helgelandssykehuset i sommer
- Innspill til den endelige høringen i januar 2016

<sup>16</sup>Nasjonal strategi som skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgsområdet.

- 6.5 Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre.

Helgelandsykehuset har foretatt en fullstendig kartlegging av de tilgjengelige kvalitetsregistrene. Informasjonen vil bli gjort tilgjengelig ved neste utlysning av lokale forskningsmidler.

- 6.6 Det skal vurderes gjennomført førkommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.

Helgelandsykehuset har drøftet muligheten for gjennomføringen førkommersielle prosjekter i forskningsutvalget. Det har videre blitt gjennomført møter med Kunnskapsparken på Helgeland. En av hovedoppgavene til Kunnskapsparken er å bidra til at bedriftene får bedre tilgang og kjennskap til forsknings- og utdanningsmiljøer. Vi har bedt dem om å videreformidle til industrien at vi er åpne for et forskningssamarbeid.

## 7 Styringsparametre 2015

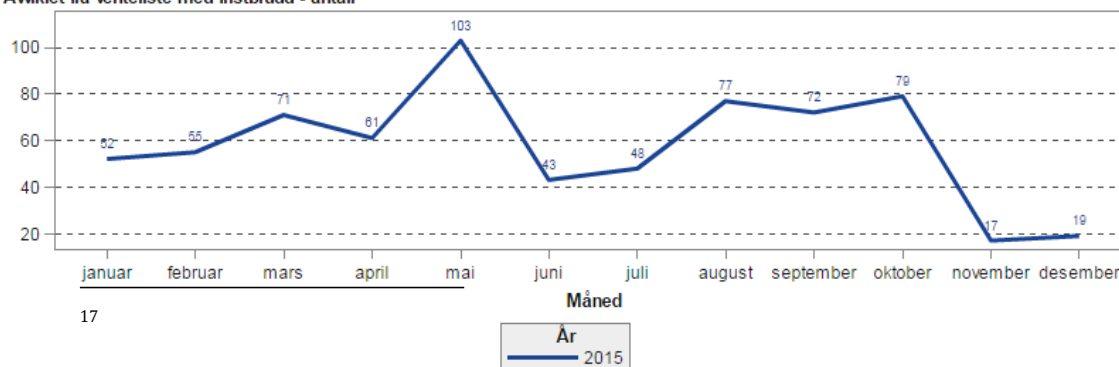
### 7.1 Styringsparamete

- 7.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for foretaket samlet i 2015 ble 60 dager. Fokus på ventetid og fristbrudd har vært sentral i hele 2015. Det har vært oppfølgingspunkt og ulike tiltak har blitt gjennomført. I tillegg vil de direkte tiltakene for reduksjon av fristbrudd ha indirekte effekt på ventetiden, se punkt 7.1.2 for beskrivelse.

- 7.1.2 Ingen fristbrudd<sup>17</sup>.

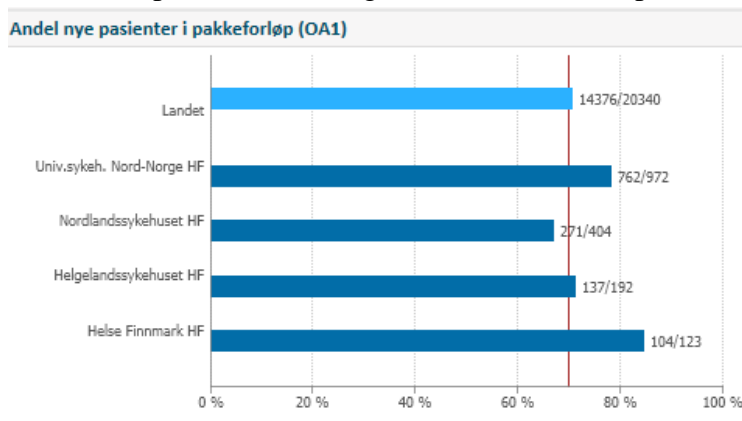
Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall



17

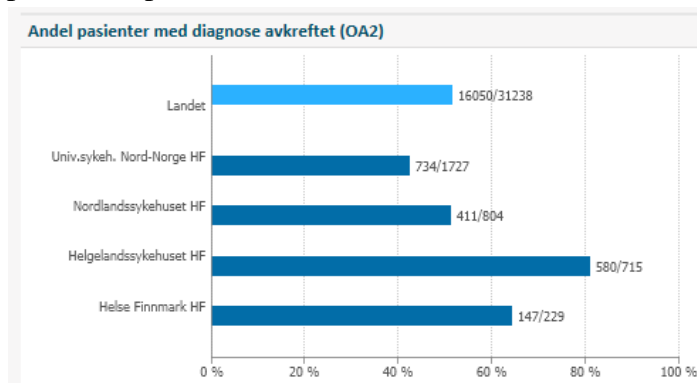
Det har vært jobbet iherdig med fristbrudd i store deler av foretaket i 2015, flere tiltak har vært iverksatt uten at effekten har vært helt tilstrekkelig. Tiltak har vært bruk av Helfo, innleie leger, fokus på rettighetstideling, lengre tidshorisonter på planlagte legeressurser, enklere tilgjengelig styringsdata i HN LIS. Pr 31/12 hadde helseforetaket 18 ventende fristbrudd mens det 30/9 var 72. Det er fortsatt mangler i gjennomføringen av ventelisteprosedyrer, slik at en stor del av de registrerte fristbruddene ikke er reelle, men skyldes at ventetidsperiodene ikke er avsluttet korrekt.

### 7.1.3 Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.



Andel kreftpasienter som registreres i pakkeforløp ble for Helgelandssykehuset HF 71% for 2015. Kreftkoordinatorer er ansatt, ansvarlige leger oppnevnt, nasjonale og regionale prosedyrer iverksatt. Opplæring gjennomført.

### 7.1.4 Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.



Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid ble 81% for 2015 for Helgelandssykehuset HF. Tiltak gjennomført se punkt 7.1.3



### 7.1.5 Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose.

Tertial_ ▲	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015
HF ▲	Andel reinnleggelser	Andel reinnleggelser	Andel reinnleggelser
FINNMARKSSYKEHUSET HF (101971)	13,5 %	12,9 %	13,5 %
HELGELANDSSYKEHUSET HF (100065)	15,9 %	15,7 %	16,4 %
NORDLANDSSYKEHUSET HF (101051)	15,0 %	15,3 %	14,8 %
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF (101719)	14,9 %	16,0 %	14,3 %

Andel reinnleggelser er lavere for samtlige tertial i 2015 sammenlignet med 2014. Det forventes at antall reinnleggelser i 2016 vil bli lavere enn 2015 etter datasammenslåingen av basene i DIPS. Pasientstrømmer mellom sykehusene på Helgeland registreres i 2015 som flere sykehusopphold mens de i 2016 vil bli samme sykehusoppholdet.

### 7.1.6 Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig iht. NOIS<sup>18</sup>-registerforskriften.

Prevalensundersøkelsene gjennomføres 2 ganger årlig som pålagt i Helgelandssykehusene. Selve undersøkelsen foretas av hygienesykepleiere, smittevernlege og farmasøyter.

### 7.1.7 NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.

Pr 31.08.15 var oppfølgingsprosenten på 99,33%. Hvis oppfølgingsprosenten er lavere når data for hele året foreligger, vil det bli sett nærmere på tiltak for å øke oppfølgingsprosenten ytterligere.

## 7.2 Rapporteringskrav

### 7.2.1 Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus.

Data i kvalitetsindikatoren gjelder 2014. 30 dagers overlevelse etter innleggelse uansett årsak var for HSYK 94,9 %, mens landsgjennomsnittet var 95,2 %. For helseforetaket var det en økning fra 2013, da resultatet var 94,5 %. Fordelingen på sykehusenhetene i 2014 var Mosjøen 95,2 %, Mo i Rana 94,9 % og Sandnessjøen 94,8 %.

For de øvrige helseforetakene i Helse Nord var resultatene NLSH 95,6 %, UNN 95,1 % og HFI 94,8 %. Resultatet for HSYK er således ikke svært forskjellig fra de øvrige helseforetakene i regionen.

<sup>18</sup> Forskrift om Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

## 7.2.2 Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter.

Tertial_ ▲	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015
HF ▲	Andel reinnleggelser	Andel reinnleggelser	Andel reinnleggelser
FINNMARKSSYKEHUSET HF (101971)	17,7 %	14,9 %	15,5 %
HELGELANDSSYKEHUSET HF (100065)	17,2 %	19,8 %	19,7 %
NORDLANDSSYKEHUSET HF (101051)	16,6 %	15,8 %	15,7 %
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF (101719)	15,8 %	18,2 %	15,4 %

Andel reinnleggelser for eldre pasienter (over 70år) er høyere enn for alle pasientene. Se 7.1.5. Samhandling mellom foretaket og kommunene på Helgeland, og kommunenes påbegynte arbeid med distriktsmedisinsk senter har som ett av sine mål å jobbe med reduksjon og forhindring av reinnleggelser. Se også punkt 3.3.6

## 7.2.3 Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Mål 20 %.

I 2015 har 16 % av pasientene, mellom 18 og 80 år, som er innlagt Helgelandssykehuset med blodpropp i hjernen, fått trombolytisk behandling.

Fordelt på sykehusenhetene:

- Mosjøen 11,5 %
- Mo i Rana 19,4 %
- Sandnessjøen 16,7 %

Det er igangsatt et internt kvalitetsforbedringsprosjekt for å bedre pasientforløpene for hjerneslagspasienter.

## 7.2.4 Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet.

I 2015 har 68 % av pasientene som er innlagt i Helgelandssykehuset med blodpropp i hjernen blitt innlagt direkte i slagenhet

Fordelt på sykehusenhetene:

- Mosjøen 50 %
- Mo i Rana 75 %
- Sandnessjøen 85 %

I hovedsak er slagpasientene som ikke er registrert innlagt i slagenhet innlagt på intensivavdelingen enten for trombolytisk behandling eller fordi det er vurdert overvåkingsbehov utover det slagenheten kan tilby.

Fra 2016 vil intensiv bli likestilt med slagenhet i denne rapporten i Norsk Hjerneslagregister.

## 7.2.5 Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus.

Helgelandssykehuset har ikke sykehusfunksjon innen psykisk helsevern. Helgelandssykehuset har imidlertid økt antall årsverk innen psykisk helse og rus de siste årene.

### 7.2.6 Andel tvangsinnleggelses skal reduseres sammenliknet med 2014.

Nasjonal statistikk over antall tvangsinnleggelses og utvikling over tid er ikke tilgjengelig. Tall over antall tvangsinnleggelses må innhentes fra Nordlandssykehuset da Helgelandssykehuset ikke er involvert i alle disse.

### 7.2.7 Fastlegers erfaring med distriktpsikiatriske sentre

Undersøkelse ble utført i 2014 og gjennomgått foreløpig ved DPS'ene i desember 2014 basert på de foreløpige rapportene. Etter at de endelige rapportene forelå, har de vært gjennomgått i fellesmøte mellom alle DPS'ene i januar 2015, og der det er sett på hvilke tiltak som er mest aktuelle. Samlet for foretaket har det vært oppmerksomhet knyttet til rekruttering av spesialister. Dette har ikke fastlegene opplevd som tilfredsstillende. Ventetider har også vært et punkt det har vært jobbet med i forbindelse med tilbakemeldingen. Fastlegene opplever at det er lang ventetid, selv om foretaket ligger under 65 dager.

### 7.2.8 Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det har ikke vært gjennomført undersøkelse knyttet til pasienters erfaring med døgn opphold innen TSB i 2015. Det har vært gjennomført en brukerfornøydhetsundersøkelse i 2014. Det ble gitt gode tilbakemeldinger fra de som besvarte undersøkelsen. Det var 4 av 6 pasienter som besvarte.

### 7.2.9 Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)

Undersøkelse foretatt i 2014 og publisert i desember 2014 viser at pasienter innlagt i døgnavdeling, Mosjøen. Den omfattet 9 pasienter med svarprosent på 100. Dette er små tall og for flere av spørsmålene er det ikke gjengitt resultat. Resultatet samlet sett viser gjennomsnittsskåre på fra 3- 4,7. Med en skala fra 1 til 5 der 5 er best, ligger avdelingen godt an i denne undersøkelsen.

### 7.2.10 Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)

Tabell 1: Resultater på indikatorene for Helgelandssykehuset HF. Skala 0-100 der 100 er best.

Indikator	Antall svar 2014	Gjennomsnitt 2014	Landssnitt 2014	Endringer	
				2013-2014	2011-2014
Pleiepersonalet	565	76	76	↔	↑
Legene	566	75	76	↔	↑
Informasjon	566	73	73	↔	↑
Organisering	581	68	68	↔	↑
Pårørende	387	76	80	↔	↔
Standard	586	74	72	+*	↔
Utskriving	488	58	58	↔	↔
Samhandling	362	67	63	↔	↔
Ventetid	183	64	65	↑	↔

+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: .  $p < 0.1$ , \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$   
 Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå  $p < 0,01$ , og ikke justert for pasientsammensetning  
 Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette. Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Tabell viser resultatene på ni pasienterfaringsindikatorer. Den viser positiv utvikling fra 2011-2014.

#### 7.2.11 Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Farmasøyt deltar fast i ortogeriatrisk team ved avd Mo i Rana. Legemiddelgjennomganger utføres etter Integrated Medicines Management (IMM) modellen. Det er gjennomført 15 legemiddelgjennomganger i 3 tertial. Totalt 50 legemiddelgjennomganger i 2015

#### 7.2.12 Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Ansvaret for samstemming ved innleggelse og utskrivelse er plassert hos lege jmf prosedyrer for samstemming. Samstemming dokumenteres i eget felt i legemiddelkurven. Gjennomsnittlig andel pasienter med dokumentert samstemt legemiddelliste ved innleggelse i 3. tertial er hhv 83%. Lege kan henvise til farmasøyt ved behov for hjelp til samstemming. Farmasøyt har i utført 53 legemiddelsamstemminger i forbindelse med kvalitetsmålinger i regionalt prosjekt SamStem i 3. tertial. Farmasøyt utfører samstemming etter Integrated Medicines Management (IMM) modellen. Totalt 110 legemiddelsamstemminger i 2015.

## 9.2 Saker til HF styrebehandling

9.2.7 Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT-resultater og oppfølging av disse.

Status for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet blir rapportert til styret månedlig gjennom virksomhetsrapportene. Dette innebærer også oppdatert status for tiltakspakkene i

pasientsikkerhetsprogrammet og oppfølging av resultater fra innsatsområdene..

Resultatet av nasjonale kvalitetsindikatorer 2.tertial 2015 ble presentert for styret i styresak 90/2015 i styremøte 15.12.

Handlingsplan med tiltak for ikke godkjente dokumenter og åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt, ble presentert for styret i styresak 33/2015 i styremøte 26.05.

9.2.8 Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.

Oppdragsdokumentet 2015 og systematikk for oppfølging av de enkelte punktene ble presentert for styret i styremøte 19.02 15 i styreseminar og styresak 08/2015. Tertialrapportene fra helseforetaket til Helse Nord der det rapporteres på enkelte punkter i oppdragsdokumentet med status og tiltak, er styrebehandlet i styremøtene hhv. 26.05 og 02.10. Tertialvis status for øvrig har ikke vært presentert som egne styresaker.