

Årlig melding 2016

Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



Innhold

1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3 Risikostyring og internkontroll	4
2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4
2.5 Anskaffelsesområdet	5
2.6 Klima- og miljøtiltak	7
3 Pasientens helsetjeneste	8
- ventetid, variasjon og effektivitet.....	8
3.1 Somatikk.....	14
3.2 Psykisk helsevern og rus.....	16
3.3 Samhandling	18
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	21
4.1 Kvalitet.....	21
4.2 Pasientsikkerhet.....	23
4.3 Smittevern	24
4.4 Beredskap	25
5 Personell, utdanning og kompetanse	26
5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	29
6 Forskning og innovasjon	30
7 Styringsparametere 2016	31
8 Oppfølging og rapportering	31
9 Sak til HF styrebehandling	32

1 Om rapporteringen

Se også Kap. 8.

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2016** til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

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

De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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?

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

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2016

- Gjennomføre samspillmodell med Sykehusbygg HF.

Helgelandssykehuset har engasjert Sykehusbygg til å ivareta prosjektledelsen på «Helgelandssykehuset 2025», byggeledelse på renovering av operasjons/ny nødstrøm Sandnessjøen, Byggeledelse på renovering/ombygging Mosjøen og prosjektstøtte for implementering av ny ambulanseplan for Helgeland. I tillegg brukes sykehusbygg sporadisk som rådgivere.

Samspillet fungerer godt.

- Delta i utarbeidelse av styresak til Helse Nord RHF knyttet til oppfølging av nytteverdien av FIKS- programmet og DIPS Arena, innen utgangen av andre tertial.

Dette arbeidet har vært forutsatt koordinert fra Helse Nord, men det er foreløpig ikke kommet spesifikk bestilling på deltakelse fra Helse Nord.

- Som oppfølging av ny tilstandsrapport og med data registrert i klassifikasjonssystemet, bidra til en omforent vedlikeholdsstrategi ved rullering av Plan for Helse Nord 2017–2020 innen 31.03.16

Det er gjort et godt kartleggingsarbeid og vi har nå oppdaterte tegninger med funksjonsbeskrivelse på hele foretakets eiendomsmasse. Registrering på HOD sin mal er påbegynt.
Arbeidet vil bli ferdigstilt før 1. april.

- Bidra i å vurdere hvilke muligheter en husleiemodell kan gi, og hvordan den eventuelt kan implementeres i foretakene.

Det er foretatt enkle beregninger av kostnader bundet opp mot arealer i Mosjøen og Mo i Rana. Arbeidet har gått tregt grunnet liten kapasitet.

Helgelandssykehuset har nå dedikert ny prosjektleder på dette så arbeidet vil bli intensivert frem mot sommeren 2017.

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Plan foreligger og arbeidet er godt i gang.
 Ny budsjett- og regnskapsstruktur for enheten inkludert moderne FDVU system basert på NS 3454 er under utarbeidelse og skal være i drift fra 1. april.
 Ny prosjektleder for implementering av Medusa er på plass og arbeidet med å registrere er i gang. Behandlingshjelpemidler inngår i dette.
 Vi innfører og tar i bruk flere moduler for arealforvaltning i Lydia. Arbeidet er i gang.

- Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Det er ikke foretatt ekstern revisjon av større byggeprosjekter fordi vi har ikke ferdigstilt noen. Helgelandssykehuset har to større prosjekter på gang. Disse er planlagt ferdigstilt i mars og april 2017.

Helgelandssykehuset:

- Arbeidet med idéfase for Helgelandssykehuset skal startes.

Det er etablert en prosjektorganisasjon og sykehusbygg er leid inn med prosjektledelse/støtte. Arbeidet er godt i gang og i tråd med plan.

2.5 Anskaffelsesområdet

Mål 2016

- Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok.

Helgelandssykehuset HF har forsøkt å knytte de fleste anskaffelser gjennomført i 2016 til det nasjonale kategoristrukturen, men har ikke implementert det systematisk i arbeidet. Hovedårsaken er etablering av Sykehusinnkjøp og at den nye organiseringen kan ivareta mye av dette arbeidet.

Samordning

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

Helgelandssykehuset har levert underlag i henhold til fristene som er gitt, (se også rapport 1.tertial 2017).

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Helgelandssykehuset har levert underlag i henhold til fristene som er gitt. Ulikheter i struktur mellom foretakene gjør at det ikke er grunnlag for å gjøre denne samordningen. Saken er behandlet i innkjøpsforum. Konklusjonen pr. 1. tertial var at grunnlaget for å gjøre fellesanskaffelser gjennomgås i neste møte, (se punktet nedenfor vedr. anskaffelsesprosesser 2017).

- Innen 30.11.16 levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og /eller startes opp i 2017.

Helgelandssykehuset har levert første utkast til arbeidsplan anskaffelser til Helse Nord. Med bakgrunn i etablering av ny organisasjon internt har planarbeidet tatt noe lengre tid. Vi er imidlertid i tett dialog med Helse Nord og tar jevnlig opp dette i innkjøpsforum.

- Innen 31.12.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelsesprosesser i 2017 som kan gjøres felles for 2 eller flere av foretakene.

Helgelandssykehuset har levert underlag i henhold til fristene som er gitt. Ulikheter i struktur mellom foretakene gjør at det ikke er grunnlag for å gjøre denne samordningen. Saken er behandlet i innkjøpsforum. Konklusjonen var at grunnlaget for å gjøre fellesanskaffelser på de områdene hvor Helgelandssykehuset har behov for samordning har vært utfordrende å få til.

- Følge opp regional plan for MTU-anskaffelser. Alle planlagte anskaffelser skal skje i tråd med plan, og uforutsette behov skal avstemmes regionalt før anskaffelsesprosess starter opp. Dette gjøres parallelt med prosess i kategoristyringsprosjektet.

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

Systemstøtte

Mål 2016

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon. Innen 1.1.2017 skal det innenfor definert scope kunne rapporteres detaljert for alle vareanskaffelser hva som kjøpes, på hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Implementering av innkjøpssystemet fullt ut ved Helgelandssykehuset har hatt fokus og det arbeides målrettet mot å oppnå det. På organisasjonsnivå er innkjøp og sentrallager en del av ny enhet «Drift og eiendom» som vil være foretaksovergripende og med dette sikre større mulighet for samordning og implementering av innkjøpssystemet i resten av organisasjonen.

Dette i tillegg til å øke avtaledekningen og sikre opplæring i CW vil være prioriterte områder for 2017.

Ressurser

Mål 2016

- Stille til rådighet nødvendige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet, jf. samarbeidsavtale mellom RHF og HF-ene

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

- Sikre at forvaltningsressurs for innkjøps- og logistikksystem er frigjort til forvaltningsoppgaver i henhold til plan.

Helgelandssykehuset har dedikert ressurs i form av systemforvalter som ivaretar oppgavene.

- Sikre tilstrekkelige ressurser til å fullføre utrulling av innkjøps- og logistikksystem.

I forbindelse med ny intern organisering av hele området Drift og Eiendom vil det bli gjennomført kartlegging med formål å sikre fremdrift på full utrulling av logistikksystemet for hele foretaket.
For øvrig ivaretar vi dette i dag gjennom sentrallager og systemforvalter ved Helgelandssykehuset.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Mål 2016

- Helseforetakenes miljøsertifikat skal resertifiseres etter ny versjon av ISO-14001:2015 i løpet av 2016/2017.

Resertifisering etter gammel standard vil bli gjennomført i mai 2017. Arbeidet med å tilpasse ny standard vil starte opp til høsten 2017.
Arbeidet er i tråd med plan.

- Helseforetakene skal sette miljømål for de miljøindikatorerne som forventes besluttet av administrerende direktører (AD-ene) i de regionale helseforetakene. Resultater for disse indikatorerne skal rapporteres ved utgangen av 2016.

Det måles på de vedtatte miljøindikatorerne og rapporteringen er i tråd med plan.

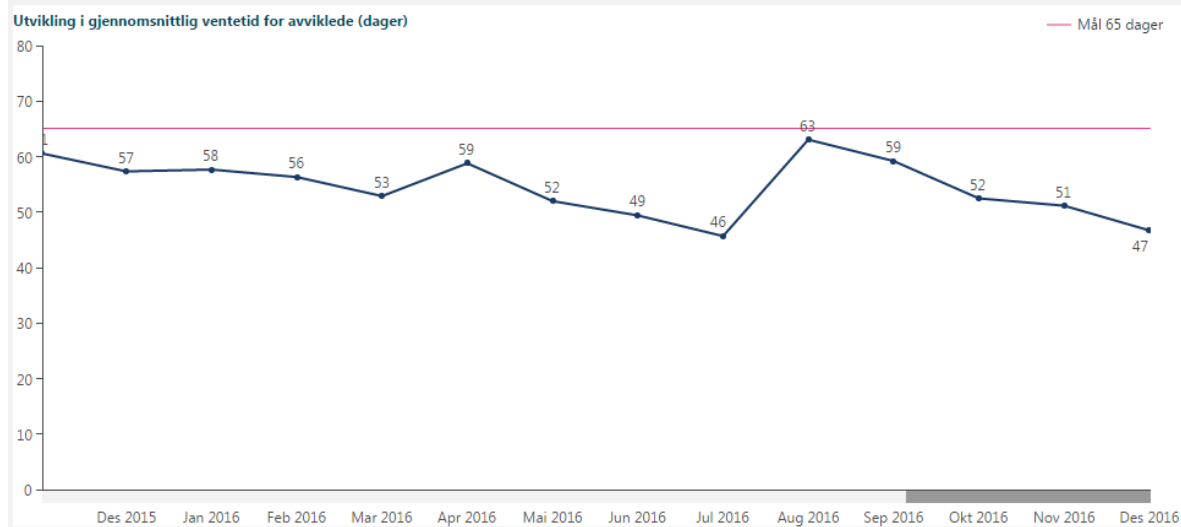
3 Pasientens helsetjeneste

- ventetid, variasjon og effektivitet

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

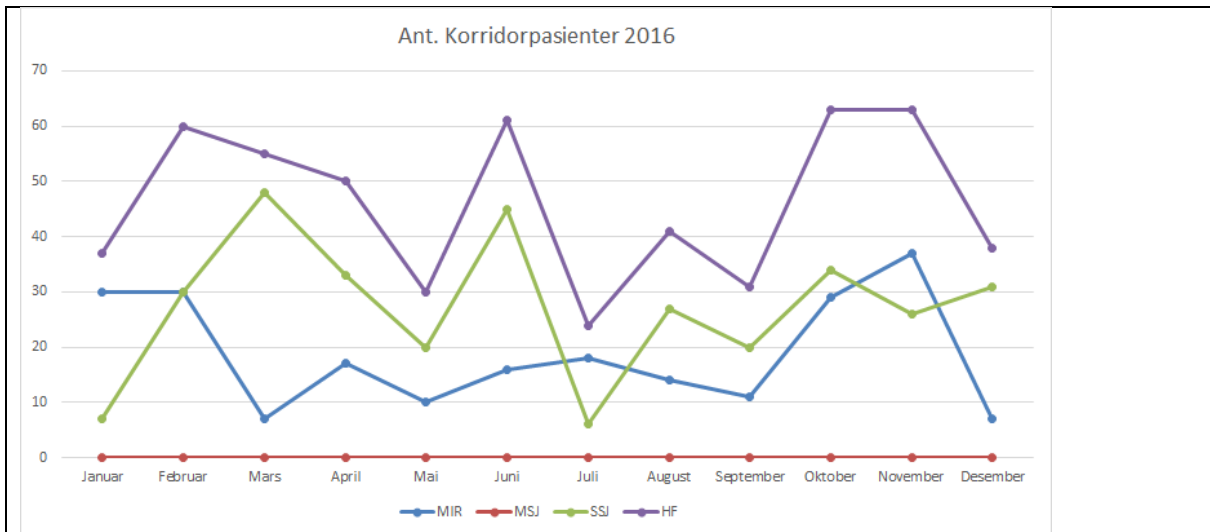
Gjennomsnittlig ventetid i desember 2016 på 47 dager for HSYK, -11 dager i forhold til desember 2015. HSYK har hatt gjennomsnittlig ventetid under 65 dager i hele 2016 og oppfyller styringskrav for ventetid



- Ingen fristbrudd.

108 ventende fristbrudd pr 31/12, andel avviklede fristbrudd i desember på 4 %. Økende utfordring i 3. tertial 2016, spesielt innen fagområdene øyesykdommer, fordøyelsesykdommer og nevrologi. En stor andel av fristbruddene er ikke reelle og skyldes manglende etterlevelse av regionale prosedyrer for avslutning av ventetidsperioder. Tiltak er planlagt og delvis igangsatt. Det jobbes for å oppnå mål for 2017 og området vil ha fokus til dette er gjennomført.

- Ingen korridorpasienter.



Det har vært korridorpasienter ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen hver mnd. Gjennomsnitt 19 pr mnd i Mo i Rana og 27 pr mnd i Sandnessjøen. Ingen korridorpasienter i Mosjøen. Dette skyldes høy aktivitet og at vertskommunene Ranas og Alstadhaug i økende grad har hatt utskrivingsklare pasienter liggende i sykehusene. Mosjøen har et noe høyere sengetall ift antall innbyggere, og har ikke de samme utfordringene ift vertskommunen med utskrivingsklare pasienter. Det blir tatt kontakt med de aktuelle kommunene for å løse utfordringene.

- Bidra til å utarbeide og implementere nye nasjonale pakkeforløp.

Det har ikke vært tatt initiativ fra helse Nord til nye pakkeforløp i 2016, men det er varslet arbeid med pakkeforløp innen infarktbehandling, slagbehandling og psykiske helse. Helgelandssykehuset er positiv til dette arbeidet, og vil delta i fremtidige implementeringsarbeid.

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

Andel innenfor pakkeforløp 83 % i 2016, foretaket oppfylder styringsmål.

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

61% andel innenfor standard forløpstid i 2016. Flaskehals er kartlagt og det arbeides internt med dem som gjelder Helgelandssykehuset, og i linjen der hvor ventetider i regionen påvirker måloppnåelse. Dette gjelder særlig PET-scan undersøkelser ved UNN Tromsø og MR-undersøkelser ved Nordlandssykehuset Bodø.

- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft). Mål minst 70 %

Helgelandssykehuset har ikke ansvaret for pakkeforløp brystkreft. For pasienter med lunge,- prostata og tykk-og endetarmskreft er andelen registrert i et definert pakkeforløp 88 % i 2016.

- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %

Helgelandssykehuset har ikke ansvaret for pakkeforløp brystkreft. For pasienter med lunge,- prostata og tykk-og endetarmskreft er andelen innenfor anbefalt forløpstid 59 %. Utfordringer i 2016 med ventetider for PET og MR-prostata.

- Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt). Mål minst 70 %

Se punkt over. Andelen er lik totaltallene for Helgelandssykehuset angitt over.

- Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %.

Se punkt over. Andelen er lik totaltallene for Helgelandssykehuset angitt over.

- Ha dedikerte analyseressurser til å bistå avdelingene i å implementere tiltak for å redusere variasjon.

Det har vært etablert et regionalt innsatsteam med representanter fra Helgelandssykehuset under ledelse av prosjektleder fra Helse Nord for å se på tiltak for reduksjon av innleggelser og liggetid ved sykehusenheten i Mosjøen. Rapport med tiltak avgitt i desember 2016. Tiltak implementeres i 2017.

Forøvrig benyttes interne analyseressurser som bistand til avdelingene i tiltaksarbeid. Det har ikke vær spesifikke prosjekter forøvrig i 2016 for å redusere variasjon.

- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015, målt ved utvalgte indikatorer definert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av indikatorer innen utgangen av mars 2016.

Det har ikke vært gjort spesifikt arbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i påvente av utvalgte indikatorer som skulle defineres fra Helse Nord.

- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Det er ikke spesifisert utvalgte fagområder fra Helse Nord. Prosjekt med regionalt innsatsteam ved sykehusenheten i Mosjøen (nevnt ovenfor), har sett på variasjon i liggetid innenfor ulike fagområder. Tiltak implementeres i 2017.

- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Det er ikke spesifisert fagområder fra Helse Nord. Det ble imidlertid mottatt data på at andel dagkirurgi ved tonsillektomier var lav ved ØNH-avdelingen i Sandnessjøen ift landet forøvrig. Tiltak for å endre dette ble iverksatt 01.10. Effekt blir vurdert innen utgangen av 1. tertial 2017.

- Opprette helhetlig pasientforløp for sykelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.

I 2. tertial-rapport ble det redegjort følgende:

- 1) Sykehusenhetene har hatt en felles gjennomgang og er åpen for å dele på ressursene som trengs for å gjennomføre læring og mestringskurs.
- 2) Læring og mestringsavdelingen har vært i møter med ledelsen i Rana-, Sandnessjøen-, Brønnøysund og Vefsn og lagt frem forslag om samarbeid som skal resultere i at det lages et helhetlig pasientforløp der det er kjent hvilke tilbud som finnes i kommunene til pasientgruppen og hvilke tilbud som finnes i sykehuset. Formål er også at pasientforløpet skal være koordinert.
- 3) Kommunene er invitert med til å stille med ressurser i læring og mestringskurs
- 4) Det jobbes med å etablere et tettere samarbeid mellom sykehusenheten i Sandnessjøen og kommunene med formål å få på plass helhetlige pasientforløp.
- 5) Praksiskonsulentene er involvert
- 6) Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) er involvert og er invitert til å ha et innlegg på samhandlingskonferansen og det vurderes om vi kan få til en samling mellom sykehusleger og kommuneleger der målet er økt kompetanse både for sykehusleger og primærleger i oppfølging av overvektige.

Det blir satt frister for gjennomføring av tiltakene.

Etter dette har samhandling om pasientforløp for sykelig overvekt vært tema på samhandlingskonferanse 08.-09.11.2017, og samhandlingssjef og representanter for helseforetakets arbeid med Læring og mestring har besøkt de største kommunene (Alstahaug, Rana, Vefsn og Brønnøy). Alle bortsett fra Alstahaug har sagt at de ønsker å samarbeide tettere om denne pasientgruppen i forhold til læring og mestringstilbud. Saken var planlagt til møte i OSO (overordnet samarbeidsorgan) 10.02. Dette møtet er utsatt.

Siden helhetlige pasientforløp ikke kan sies å være etablert enda, kan implementeringseffekt ikke måles. Det foreligger ikke data på ventetid eller pasientopplevd kvalitet.

- Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid.

Det har vært utarbeidet en god oversikt over status mtp innrapportering, registeransvarlig etc for aktuelle nasjonale kvalitetsregistre som Helgelandssykehuset skal rapportere til. Data fra Norsk hjerteinfarktregister og Norsk hjerneslagsregister er benyttet i lokalt klinisk forbedringsarbeid. Forøvrig har det ikke vært kapasitet til benytte registerdata i forbedringsarbeid.

- Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene.

Det er foreløpig ikke lagt til rette for dette i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, og det er ikke foretatt eget arbeid i regi av Helgelandssykehuset.

- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Helseforetaket har foreløpig ikke utviklet egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet. På bakgrunn av resultater fra PasOpp-undersøkelsene 2015 er det etablert et prosjekt ved sykehusenheten i Sandnessjøen for å bedre pasientopplevd kvalitet.

- Iverksette tiltak, sammen med pasienter og deres pårørende, for å bedre helsepersonells kommunikasjon og informasjon (muntlig og skriftlig).

Tiltak er iverksatt i forbindelse med arbeidet med nytt nettsted for spesialisthelsetjenesten (sykehusforetakene) i landet, der nettstedet til Helgelandssykehuset inngår. Lansering fant sted høsten 2016, og alt innhold er utarbeidet med stor grad av brukerinvolvering og brukertesting (pasienter og pårørende). I dette ligger tilbakemeldinger på brukergrensesnitt, språk og grafisk utforming – inkludert universell utforming.

Høsten 2016 initierte Helgelandssykehuset et eget «Klart Språk»-prosjekt med sikte på oppstart 1. kvartal 2017. Prosjektet vil rette seg inn mot tekstlig innhold på papir og nett som er pasient- og pårørenderetta, men også administrative tekster. Prosjektet planlegges også løftet opp som et fellesprosjekt for alle foretakene i Helse Nord i regi av kommunikasjonssjefene i foretakene.

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Gjennomsnittlig ventetid innen både psykisk helsevern og TSB er bedret og har vært rundt 30 dager over flere rapporteringer. For psykisk helsevern for barn og unge er denne nedgangen

spesielt gledelig. Det har vært arbeidet målrettet med kvalitetssikring av alle sider i henvisningsforløpet. Det er imidlertid få henvisninger på noen områder sånn at variasjoner kan gi forholdsvis store utslag.

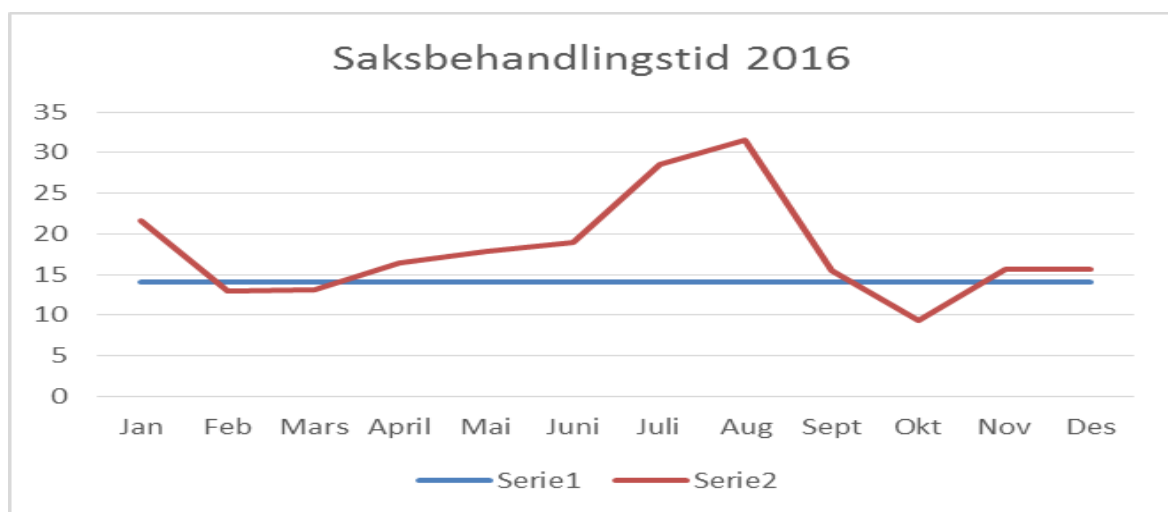
Kostnadene har fortsatt økt forholdsvis mer innen somatikk enn psykisk helsevern og TSB. Dette forklares i stor grad med vakanser i lege- / psykologstillinger, særlig spesialistandelen. Når det gjelder økning i antall årsverk er andelen høyere enn for somatikk. Psykisk helsevern for barn og unge har fortsatt god aktivitet, og langt større prosentvis økning enn somatikk, samtidig som vi ser en beskjeden økning innen psykisk helsevern for voksne. Innen TSB-området har vi ikke tall å sammenligne med fra i fjor.

Implementere og ferdigstille resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet innen 01.08.2016.

- Innledende kartlegging gjennomført
- Tiltaket er ikke sluttført ved utgangen av 2016 og blir videreført med avslutning i 2017. Fremdriften styres av Helse Nord.

- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager.

- Pasientreiseregninger avregnet etter Syketransportforskriften hadde i 2016 en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 18,1 dager. Dette er 4 dager lenger enn regionalt krav om saksbehandlingstid.



- Avviket mot kravet skyldes i hovedsak flere ansatte på langtidssykemelding i perioden april – juni med påfølgende ferie. Normal saksbehandlingstid var på plass medio september.
- F.o.m. 01.10.2016 overtok Helgelandssykehuset ansvaret for avregning av reiseregninger etter den nye Pasientreiseforskriften for hele Nord-Norge. Pr. 31.12.2016 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid 24,7 dager.

- Gjennomføre flytting av egne internett til felles nasjonal webløsning. Det skal ikke opprettes nettsted eller eksterne nettjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Helgelandssykehuset.no lanserte nye nettsider som planlagt 8. juni, sammen med de øvrige helseforetakene i Helse Nord. Vi har på plass 56 behandlinger som er beskrevet godt til pasienter og pårørende, som er en del av den felles nasjonale nettløsningen. I 2017 skal dette arbeidet videreføres med tre nye områderedaktører i 20 % stilling hver som skal bistå webredaktør. Det er nå beskrevet over 1000 behandlinger i felles nettløsning vi kan dra nytte av i dette arbeidet. Vi er med andre ord ikke ferdige med å bygge behandlingssidene, på lik linje med de øvrige helseforetakene, men dette har fokus nå. Det øvrige innholdet på nettsidene er på plass i stor grad.

Det er ikke opprettet nettsteder eller tjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

- Ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Det er etablert kontakt med SANKS med mål om å etablere samarbeidsavtale mellom Helgelandssykehuset og SANKS. Det er pt samarbeid med SANKS når det gjelder lån av kontorer når representanter er på Helgeland, og i enkelte pasientsaker. Det er behov for å formalisere kontakten og videreutvikle den.

Det er oppnevnt sørsamisk brukerrepresentant fra Helgeland i Helse Nord prosjekt Helsetjenester for eldre.

- Etablere ungdomsråd innen utgangen av 2016.

Det er laget utkast til mandat for ungdomsråd, forankret i Brukerutvalget, men det er foreløpig ikke behandlet i ledergruppen. Det vil bli forsøkt etablert ungdomsråd ila 1. halvår 2017.

3.1 Somatikk

Mål 2016

- Etablere interne mål og rutiner for overvåking og lukking av: Åpne dokumenter eldre enn 14 kalenderdager (DIPS- rapporter D-9586 og D-9582), åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt (D-7221), ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt (D-9690).

Det er etablert rutiner for overvåking og lukking av åpne dokumenter eldre enn 14 kalenderdager, åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt og ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt, men ikke etablert interne mål.

Antall åpne dokumenter og åpne henvisningsperioder rapporteres hver måned til styret og Helse Nord gjennom virksomhetsrapportene. Ugjorte oppgaver i arbeidsflyt rapporteres hver måned til områdesjefer av arbeidsflytansvarlige ved hver sykehusenhet.

Antall åpne dokumenter er ila 2016 redusert fra 6624 til 1487, mens antall åpne henvisningsperioder er økt fra 4037 til 8729. Etter en intern kampanje i slutten av november

ble antallet ugjorte oppgaver i arbeidsflyt eldre enn 14 dager redusert fra 5100 til 3450. Tiltakene vil bli fulgt opp ytterligere.

- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet innen endoskopi, for å unngå flaskehals i pakkeforløpet.

Andel pasienter i pakkeforløp for tykk-og endetarmskreft som blir behandlet innen standard forløpstid er 67 % altså like under kravet på 70 %. Pakkeforløpene prioriteres mht endoskopikapasitet. Helseforetaket har utfordringer knyttet til koloskopikapasitet, spesielt i Mo i Rana, og dette har medført at kontrollpasienter har måttet vente utover antydte tidspunkt for kontroll. Det arbeides med tiltak for å øke koloskopi-kapasiteten, og for å utnytte samlet kapasitet i helseforetaket i større grad.

- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom det tverretatlige «program for forbedring av nødmeldingstjenesten».

Program for forbedring av nødmeldetjenesten er et tverretatlig prosjekt som omfatter nødmeldetjeneste innenfor brann, politi og helse. Helse delen av programmet er hovedsakelig ivaretatt gjennom HODs utredning «Sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene» som kom i september 2016. Et av utvalgets hovedbekymringer knyttet til dagens struktur har vært samarbeidet mellom nødetatene i de situasjoner der det er påkrevet. Nytt nødnett er tatt i bruk etter at hoveddelen av utvalgets arbeid ble gjennomført og har lagt et bedre teknisk grunnlag for slikt samarbeid. Vårt inntrykk er at dette nå fungerer bra. De styringskrav som foreligger så langt er knyttet til svartid i sentralene. Helgelandssykehuset oppfyller dem. Det vil for øvrig ta noe tid å gjennomgå alle punktene i rapporten. Mange av forslagene innebærer endret oppgavefordeling mellom helseforetakene og må derfor tas opp i samarbeidsmøter. Vi har vært i kontakt med UNN og varslet at vi ønsker å starte en prosess og tar sikte på å begynne arbeidet relativt raskt.

- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

Radiologmiljøet i Helgelandssykehuset har sammen med NLSH laget felles radiologiske protokoller, siden NLSH deltar i radiologisk vaktordning i HSYK. Senest er det utarbeidet felles radiologiske 3-fase CT-protokoller for undersøkelse av pasienter med mistenkt hjerneslag, basert på regionalt utkast.

- Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til forskrift og veileder.

Sykehusenhetene i Helgelandssykehuset registrerer personskader i noe varierende grad. Dette er tatt opp lokal ledelse ved sykehusenhetene og det er fokus på å forbedre dette. Det har vært avholdt et felles møte i Helse Nord med NPR der det ble gitt tilbakemelding fra Helgelandssykehuset om at det er nødvendig å få aktivert er funksjon i DIPS slik at personskadeskjemaet blir oppretta og ligger i arbeidsflyten til vedkommende. Det rapporteres inn data til NPR hver tertial.

- Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)

PasOpp-undersøkelsen 2015 viste stort sett uendrete forhold for sykehusenhetene i Mo i Rana og Mosjøen, mens Sandnessjøen hadde negativ utvikling i tilbakemeldingen på flere spørsmål ved sammenlikning av resultatene 2014-15 og 2011-15. Som nevnt under «pasientens helsetjeneste» er det etablert et prosjekt ved sykehusenheten i Sandnessjøen for å bedre pasientopplevd kvalitet.

- 30 dagers overlevelse etter hjerneslag

30 dagers overlevelse etter hjerneslag 2015 var for Helgelandssykehuset 86,9 %. For sykehusenhetene er resultatene: Sandnessjøen 87,7 %, Mosjøen 87,1 % og Mo i Rana 85,8 %. Landsgjennomsnitt 87,3 %. Ingen av enhetene er angitt å ha signifikant avvik fra landsgjennomsnittet. Det pågår et arbeid internt i HSYK med en felles gjennomgang av prosedyrer, inkludert radiologiprotokoll, for akutt mottak av pasienter med hjerneslag for å sikre rask diagnostikk, behandling og evt. transport til videre behandling (trombektomi, der det er aktuelt).

- 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd

30 dagers overlevelse etter hoftebrudd i 2015 var for Helgelandssykehuset 91,1 %. Mo i Rana har HF-funksjon i ortopedi og hadde 91,3 % overlevelse. Landsgjennomsnitt 92,1 %.

3.2 Psykisk helsevern og rus

Mål 2016

- Planlegge innføring av e-helsebehandling¹ i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det er igangsatt et prosjekt knyttet til evaluering av terapieffekt gjennom implementering av kartleggingssystemer og brukervedvirkning. Prosjektet skal synliggjøre behandlingseffekt under behandlingsforløpene for å forhindre lange behandlingsforløp uten effekt. Dette inkluderer brukeres opplevelse og medvirkning til egen helsehjelp. Prosjektet er knyttet til Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland. Feltet har også bidratt i utviklingen av Helsenorge.no. Pasienter benytter også tilbudet om OCD-behandling.

- Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern.

Poliklinikkene i foretaket arbeider ambulant og har fokus på tilpassing av behandlingstilbudet særlig ift pasienter med alvorlige lidelser. Poliklinikkene kan f.eks. ha «utedager» i den enkelte

¹ Bruk av IKT og internett til helseformål som behandling, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, informasjon om sykdom og helsefremmende/ forebyggende tiltak

kommune, hyppighet varierer. Det er etablert samarbeid med ulike deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

- Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet, samt styrke samarbeidet med førstelinjen.

Antall utskrivninger har økt, poliklinisk aktivitet TSB ligger under plan for året. Det betyr likevel ikke at det er overført ressurser fra poliklinisk aktivitet til døgntilbud. De polikliniske stillingene med unntak av LAR Mo i Rana, er organisert i de voksenpsykiatriske poliklinikkene, dette har medført at vi først i 2016 definerte plantall for polikliniske kontakter innen TSB og vi har dermed ikke sammenligningsgrunnlag med årene før. Det er jevnlig og relativt hyppige samarbeidsmøter med førstelinjen.

- Innlagte pasienter må sikres somatisk undersøkelse og oppfølging.

Det er utarbeidet standard ved døgnavdelingene over hvilke blodprøver og urinprøve som skal tas på pasienter som kommer til ordinær innleggelse. I situasjoner som krever spesiell undersøkelse samarbeides det med kirurgiske og medisinske poliklinikker.

- Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år.)

Spe- og småbarnstilbud er godt etablert i deler av tjenesten, og videre etablering og kompetanseheving pågår.

- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

Fengslet i Mosjøen har 15 plasser, i hovedsak varetektsplasser hvor personer kan oppholde seg i kortere eller lengre tid. Helgelandssykehuset har samarbeid med Vefsn kommune som i utgangspunktet gir tilbud i fengslet. På bakgrunn av henvendelse fra disse etableres tilbud ut fra det som til enhver tid er behovet.

- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Det er søkt om godkjenning Rusavdelingen som utdanningsinstitusjon for rus- og avhengighetsmedisin. Det er satt av ressurser til utdanningsstilling i tilknytning til dette.

- Distriktpsikiatriske sentre skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister.

Det er etablert ambulant akutteam. Teamet har to spesialiststillinger, hvorav den ene er besatt. Poliklinikkene har alltid drevet med ambulant virksomhet og har fortsatt med det også etter at ambulant akutteam ble etablert.

- Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rusavdelingen i Helgelandssykehuset har ikke deltatt i slik undersøkelse i 2016. Det er planlagt ny undersøkelse i 2017 der avdelingen vil delta. Opplysninger om resultat er avhengig av at tilstrekkelig mange pasienter responderer i undersøkelsesperioden.

Foretaksspesifikke mål 2016

Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset

- Overta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i eget foretaksområde i 2016. Rapporteres innen utgangen av første tertial.

Helgelandssykehuset har overtatt ansvaret for LAR. Det er ansatt eget personell som skal ivareta disse oppgavene, til sammen 4 – 5 stillinger. I enhet Mo i Rana er disse organisert i tilknytning til Rusavdelingen. Ved de øvrige enhetene er de organisatorisk lagt til de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og psykologspesialist inngår i teamet med 50%-stillinger. Som konsekvens av dette er Rusavdelingen styrket med lege og psykolog.

- Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang.

Plan for riktig og redusert bruk av tvang er ikke ferdigstilt. Dette henger sammen med at Helgelandssykehuset skal ha et prosjekt som skal omfatte hele kjeden knyttet til det akutte tilbudet. Her inngår vaktberedskap, AAT og transport av psykisk syke. Hvilket akutttilbud som finnes lokalt har betydning for riktig og redusert bruk av tvang.

3.3 Samhandling

Mål 2016

- Etablere lokale samarbeidsavtaler mellom Bufetat og helseforetaket slik at barn og unge gis et helhetlig behandlingstilbud.

Samarbeidsavtale mellom Helgelandssykehuset og Bufetat er utformet etter anbefalt mal for slike avtaler.

- Delta aktivt i etableringen av gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene som gir grunnlag for et godt samarbeid og en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom helseforetak og avtalespesialistene i eget nedslagsfelt. Samarbeidsavtalen kan gjelde pasientflyt/strømmer, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og helseforetaket mv. Helse Nord RHF vil fasilitere fellesmøter og initiere samarbeidet mellom avtalespesialister og helseforetak.

Det er foreløpig ikke inngått samarbeidsavtaler med noen av avtalespesialistene i eget nedslagsfelt. Det har vært kontakt med én (hudlege), men uten at det har vært inngått avtale. Arbeidet blir tatt opp igjen i 2017.

- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

Samarbeidsavtalene ble reforhandlet høsten 2016. I forberedelsen til reforhandlingene var ledere og annet helsepersonell i sykehuset involvert i arbeidet.

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

Helseforetaket har fortsatt forbedringspotensial i forhold tidligmelding og epikrisekvalitet når pasienter som utskrives har behov for kommunale tjenester. Antall samhandlingsavvik/hendelser kan være et parameter på dette.

- I samarbeid med aktuelle kommuner, bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.

Helgelandssykehuset bidrar også med spesialisthelsetjeneste oppgaver eller veiledning til asylsøkere og flyktninger når kommunene ber om det.

- Øke utøvende virksomhet mot kommunehelsetjenesten ved blant annet veiledning, for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Helgelandssykehuset gir tilbud opplæring og veiledning til kommunehelsetjenesten når det oppstår behov for det.

- Utrede muligheten for bedre tilrettelegging for tilgang til resepter/legemidler via digitale tjenester.

Innføring av bruk av E-resept ble forsinket høsten 2016 pga IKT-tekniske forhold. E-resept er nå tatt i bruk, foreløpig i begrenset omfang, men tiltak for å øke bruken blir iverksatt første tertial 2017.

- Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden i Helse Nord.

HSYK har tett samarbeid med Sykehusapotek Nord (farmasøyter ved Helgelandssykehuset er ansatt i Sykehusapotek Nord). Det har vært utført klinisk farmasi ved flere avdelinger ved sykehuset Mo i Rana (periodevis). Elektronisk legemiddelkabinett innført ved intensiv/medisinsk avd Mosjøen. HSYK har bidratt i legemiddellogistikkprosjektet samt e-kurveprosjekt. Håndbok i legemiddelhåndtering revidert.

- 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. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen.

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

- Bidra aktivt 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.

Det er på foretaksnivå avsatt ressurser som arbeider med innføring av nasjonale og regionale IKT-løsninger

- Kjernejournal
- E-resept
- Digitale pasienttjenester i Nord

I tillegg bidrar Helgelandssykehuset med deltakere til regionale utvalg og råd som jobber for standardiserte rutiner innen EPJ. Helgelandssykehuset har også Helse Nord's representant i NIKT systemeierforums gruppe for systemsvikt.

Foretaksspesifikke mål 2016

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset

- Ta i bruk Samhandlingsbarometeret² i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Samhandlingsbarometeret er demonstrert i OSO-møte, men ikke tatt systematisk i bruk

² Kunnskapsbank for samhandling: www.samhandlingsbarometeret.no

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

Etter HOS trinn 2 har Helgelandssykehuset hatt fokus på opplæring spesielt med hensyn til nye og endrede rutiner. Det er derfor igangsatt et opplæringsprogram i kraft av EPJ-rådgivere som kartlegger og gir målrettet opplæring til alle relevante avdelinger. Opplæringen er obligatorisk og avdelingsledelse har ansvar for at alle ansatte mottar opplæringen.

- Definere fem mål for datakvalitet - med tiltak, for å forbedre kvaliteten i elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ).

- Ikke godkjente dokumenter >14 dager
- Åpne henvisninger uten planlagt kontakt
- Usignerte laboratoriesvar > 14 dager
- Usignerte røntgensvar > 14 dager
- Usignert patologissvar > 14 dager

Tiltak:

- Arbeidsflytansvarlige personer har fått konkrete oppgaver med å overvåke ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt ukentlig. Ansatte med oppgaver som er eldre enn 14 dager har blitt kontaktet direkte i brev form.
- Det er igangsatt rydding på alle enheter for å håndtere henvisninger som ikke er avsluttet riktig.
- Et obligatorisk opplæringsprogram for alle DIPS-brukere er besluttet etter HOS-prosjektet. Innholdet er ikke begrenset kun til de fem målene, men er rettet mot funksjonalitet som har skapt problemer for datakvalitet generelt.

- Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding.

Etter sammenslåingen av DIPS-databasene har ikke alle tilbakemeldingene fra NPR inneholdt informasjon om hvor pasientene er behandlet. Dette har gjort arbeidet med aktivt bruk for å unngåfeilkoding utfordrende. Ventelistetilbakemeldingen har denne informasjonen og brukes til forbedring. Tilbakemeldingene for ISF, og Pakkeforløp har vi etablert andre kvalitetssikringsrutiner for å kontrollere data. HSYK har hatt dialog med NPR siden sammenslåingen for å få tilbakemeldingene slik at de igjen kan utnyttes maksimalt men NPR har ikke hatt ressurser til å gjennomføre denne jobben enda.

- Sikre at alle helseforetak innregistrerer data i relevante (der de har pasienter) nasjonale kvalitetsregistre.

For å sikre tilfredsstillende innregistrering av data, har det høsten 2017 vært en gjennomgang for å verifisere registeransvarlig og registreringsansvarlig for de ulike aktuelle nasjonale kvalitetsregistre der Helgelandssykehuset har pasienter.

- Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder.

Mini-metodevurdering har foreløpig ikke vært i bruk. Det har i 2016 ikke vært beslutninger om innføring av nye metoder og eller endring av praksis/avvikling av metoder, der bruk av metoden har vært ansett nødvendig.

- Gjennomføre hendelsesanalyser, og ha klare prosedyrer for åpenhet og oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

Det har ikke vært gjennomført hendelsesanalyser, da man har ventet på en regional systematikk. Det er besluttet i ledergruppen å benytte rotårsaksgranskning som metode i avviksbehandling i helseforetaket. Helgelandssykehuset har prosedyrer for oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og flere prosedyrer for personell som har vært involvert i hendelser. Publisering av §3-3-hendelser har ikke vært gjort i nye nettsider, men dette blir tatt opp igjen våren 2017.

- Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene. Mål: reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.

Helgelandssykehuset har i dag tre GTT team på plass, et team på hver sykehusenhet, og det leveres data til pasientsikkerhetsprogrammet for 2016. Det jobbes kontinuerlig med forbedringsarbeid og tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet så sykehuset har som mål å redusere andel pasientskader basert på GTT med 25 % fra 2013 til 2018.

- Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring.

Ingen bidrag fra nasjonale kvalitetsregistre i vitenskapelige artikler fra helseforetaket. Det er iverksatt prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring innen behandling av hjerneslag og pasientforløp for akutt hjerteinfarkt, der resultater fra hhv Norsk hjerneslagsregister og Norsks hjerteinfarktregister inngår som en del av grunnlaget for prosjektene og resultatforbedringer vil være noen av målene.

Foretaksspesifikke mål 2016

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge

- Legge frem en handlingsplan for utrulling og bruk av ASJ innen andre tertial 2016 sammen med hovedprosjekt for innføring av ASJ, med tertialvis rapportering på status.

Helgelandssykehuset deltar i prosjektet til helse nord for innføring av ASJ. Ny organisering av GTT team er oppe til nytt vedtak. Team(ene) få opplæring av legeressurs fra NLSH i henhold til fremdriftsplan i prosjektet. Når prosjektet er ferdig vil GTT team på HSYK benytte elektronisk løsning for GTT granskning.

- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Legemiddelinnkjøpsavtaler inngått og fulgt opp. Prosedyre for rullering av legemidler mellom sykehusenhetene innført (for å redusere kassasjon). Eget bestillingssystem for legemidler innført (basislister revidert/ redusert). Bestillingssystemet gir felles oversikt over lagerbeholdning og forenkler dermed lån av legemidler mellom avdelinger/enheter. Antidotliste revidert (inkludert antall og lokalisering). Elektronisk legemiddelkabinett innført ved intensiv/medisinsk avd. Mosjøen.

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2016

- Alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter.

Helgelandssykehuset har hatt som utgangspunkt at sengepostene er de aktuelle avdelinger for tiltakspakkene. Samstemming av legemidler er den tiltakspakken som avviker fra denne praksis og Helgelandssykehuset vi gjennomgå spredningsplan for å avklare hva som er relevante avdelinger.

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

Det rapporteres månedlig fra pasientsikkerhetsprogrammet i virksomhetsrapporten til Helse Nord RHF og styret.

- Bidra i prosjekt for å beskrive en løsning for elektronisk bestilling og utarbeide dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler.

Helgelandssykehuset har bidratt i legemiddellogistikkprosjektet samt e-kurveprosjekt. Elektronisk bestillingssystem for legemidler innført.

4.3 Smittevern

Mål 2016

- Krav fra HOD er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, skal være null innen utgangen av 2016.

Resultat fra prevalensundersøkelse mai 2016:
Helgelandssykehuset 2,0 %. Landsgjennomsnitt 4,5 %
Resultater fra sykehusenhetene:
Sandnessjøen: 1,6 %
Mo i Rana: 1,7 %
Mosjøen: 4,0 %

- Det skal implementeres antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak³. Dette skal blant annet omfatte:
 - Årlig rapportering av antibiotikaforbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.
 - Implementering og etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk.

Det er høsten 2016 vedtatt iverksetting av antibiotikastyringsprogram etter mal fra tilsvarende program ved UNN.
Det er laget rapport over antibiotikabruk fordelt på antibiotikagrupper. Foreløpig er dette fordelt på sykehusenheter, men i 2017 blir dette også fordelt på avdelinger.
Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er tatt i bruk, men etterlevelsen vil bli fulgt opp i 2017 som en del av antibiotikastyringsprogrammet.

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Prevalensundersøkelser utføres 2 ganger årlig (mai og november) ihht forskrift. Når resultatene av disse undersøkelsene foreligger blir de kommentert overfor styret og Helse Nord.

³ Et styringsprogram skal sikre rasjonell antibiotikabruk og implementering av nasjonale retningslinjer.

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

Oppfølgingsprosent for 1. og 2. tertial 2016 er 94,32 for HF. Lavest oppfølgingsprosent har enhet Mo i Rana med 93,74. Det er lavest oppfølgingsprosent på hemi-protese. Det skyldes årsaker som ikke svar fra pasient og pasienter som dør i og etter oppfølgingsperioden. Total insidensandel for 1. og 2. tertial på dype og organ/hulrom infeksjoner er 2,42 %.

- Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. Mål: 30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012.

Forbruket er redusert med 11% i 2015 sammenlignet med 2012. Antibiotikastyringsprogram inkludert A-team opprettet. Forbruksrapport for 2015 utarbeidet og distribuert internt.

4.4 Beredskap

Mål 2016:

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser innen utløpet av 2016 for de systemer som inneholder sensitiv personopplysninger i tråd med gjeldene lover og forskrifter.

Helgelandssykehuset har gjennomført ROS-analysene for alle de aktuelle systemene i 2016 forutenom DIPS og MTU. Dette er planlagt i 1. kvartal 2017.

- Ivareta arbeidet med løpende oppfølging av planverk for beredskap.

Det arbeides kontinuerlig med oppdatering av det senariobaserte planverket i Helgelandssykehuset. Planverket for massetilstrømning vil bli ferdigstilt i februar/mars 2017.

- Følger opp at påtalte avvik i Riksrevisjonens rapport om beredskap lukkes og at oppfølgingen rapporteres i tertialrapportene.

Det er gjennomført ROS analyse for strøm og vannforsyningen til sykehusenhetene i Helgelandssykehuset. Med bakgrunn i denne er det utarbeidet en tiltaksplan for oppfølging.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2016:

- Bidra til å videreutvikle og ta i bruk fremskrivninger fra Nasjonal bemanningsmodell.

Foretaket hadde to representanter med på innledende opplæringsdag i scenariometodikk og nasjonal bemanningsmodell på Gardermoen 17.10.2016. Videre opplæring for Helgelandssykehuset innen bruk av simulering er planlagt med representanter fra Helse Nord 1.2.2017. En regional workshop er også planlagt 29/30.3.2017.

- Ta i bruk regional handlingsplan for rekruttering.

Regional Handlingsplan ble vedtatt av styret i Helse Nord 22.9.2016. Arbeidet med implementering av planen er satt i gang, men ikke ferdigstilt. Pga ny teamorganisering i Senter for HR blir implementeringsarbeidet igangsatt i 2017. Enkelte av tiltakene tilsvarer aktiviteter innført tidligere.

- Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1. Tilleggskrav for ambulanséfaglæringer: 50 % skal rekrutteres fra videregående skole i egen helseregion.

Helgelandssykehuset har innfridd i forhold til økt inntak av helsefagarbeider lærlinger jf. målsetningen i det regionale prosjektet. Det tas årlig inn 4 ambulanselæringer.

- Delta i prosjekt «ledermobilisering».

Det er sendt sak fra Senter HR til ledergruppen for deltakelse i prosjektet. Helgelandssykehuset er klar til å delta i pulje som har oppstart februar 2017.

- Rekruttere deltakere til Master i helseledelse i henhold til målgruppe og intensjon for studiet.

Helgelandssykehuset har med to deltakere i Master i helseledelse som startet høst 2016.

- Rekruttere deltakere til Nasjonalt topplederprogram.

Helgelandssykehuset hadde ingen deltakere i 2016, men har én deltaker (enhetsdirektør) med oppstart januar 2017.

- Måltall ufrivillig deltid og stillingsandel blant fast ansatte per 31.12.16 per foretak:

Foretak	Andel deltid mindre enn	Stillingsandel større enn
FIN	16 %	92 %
UNN	19 %	92 %
NLSH	30 %	92 %
HSYK	30 %	92 %

Det er ikke gjennomført spesielle tiltak i løpet av 2016. Vi har imidlertid en prosedyre som skal anvendes hver gang det er ledighet i stillinger. Det skal avklares om deltidsansatte ønsker økt stillingsprosent og hvilke muligheter denne situasjonen gir for imøtekomme dette.

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.

- Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging er ikke igangsatt som et eget prosjekt i Helgelandssykehuset.
- Prehospital tjeneste har tatt initiativ til utprøving av såkalte «årsturnuser». Det er i hovedsak to avdelingsledere innenfor prehospitalområde som har utviklet mer kompetanse på området og som er systemansvarlig for gjennomføringen.
- Det finnes likevel en veileder for de avdelingsledere som ønsker å ta dette i bruk.
- Det er u.t bekjent at det er to avdelingsledere som ønsker har delvis/fullt implementert dette.
- GAT/DIPS er ikke rullet ut fra HN til Helgelandssykehuset enda.

- Bidra i arbeidet med å innføre ny legespesialitetsstruktur

Deltar i Helse Nords nettverk for implementering av ny legespesialiststruktur. Regional koordinator holdt informasjonsmøter på alle enheter 10.11.2016.

- Delta i prosjekt for utvikling og innføring av regionalt system for kompetanseledelse, og ta dette i bruk.

Lokal prosjektleder for det regionale prosjektet *Innføring av kompetansemodul* var på plass 1. mai 2016. I perioden frem til februar 2017 har prosjektet sørget for å gjøre Kompetansemodulen fra leverandøren Dossier Solutions tilgjengelig for alle medarbeidere som en integrert del av personalportalen. Ambulansen i Mosjøen var høsten 2016 del av en pilot i prosjektet. Det har derfor vært naturlig å starte den lokale utrulling av Kompetansemodulen (opplæring og implementering) innenfor ambulansområdet. I løpet av 2017 vil det foregå en gradvis utrulling i resten av foretaket i henhold til regional og lokal utrullingsplan.

- Bidra til kompetanseutvikling, samt videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatoretrening mv.

Arbeidet med utarbeidelse av en intern kurskatalog for 2016 har resultert i 25 gjennomførte tiltak (klasseromkurs) med til sammen 1285 deltakere. Som eksempel har vi hatt med 180 deltakere på kurs i tilknytning til Nærvær/IA- prosjektet, 95 deltakere på kurs i oppfriskning

av helselovgivningen og 80 ledere har deltatt på 3 samlinger hver der relasjonsledelse har vært hovedtema. I tillegg til dette har vi gjennomført ei motivasjonssamling for ansatte med over 500 deltakere. På e-læringsområdet kan det nevnes at 2317 har gjennomført kurs i Miljøsertifisering og 1669 gjennomført informasjonssikkerhetskurs for journalbrukere.

I løpet av høsten har vi igangsatt et arbeid for å få til en forbedret struktur på kompetanseplanleggingen på den enkelte avdeling i foretaket. Målet er at vi skal ha på plass en helhetlig kompetanseplan for foretaket. Oppsummert kan det slås fast at det gjøres mye for å sikre at kvaliteten på pasientbehandlingen og på personalarbeid/ledelse holder en forsvarlig standard.

- Gi alle ledere opplæring og muligheter til utvikling gjennom kurs og møteplasser som dekker den basiskompetanse ledere skal ha.

I løpet av året har vi gjennomført 3 ledersamlinger for alle ledere i Helgelandssykehuset. Gjennomgående tema har vært relasjonsledelse.

I tillegg til dette har vi gjennomført obligatorisk lederopplæring for nye ledere spesielt. Opplæringa inneholder introduksjon til ledelse i foretaket, systemopplæring og basisopplæring som er nødvendig for å kunne fylle lederrollen.

- Gi lederstøtte ved å ta i bruk Helse Nords lederhåndbok.

Helse Nords lederhåndbok er ikke implementert i foretaket.

- Legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.

Inngått utdanningsavtale med NLSH, UNN og St. Olavs hospital. Startet innhenting av data og registrering av egne LIS. Oversikten er mangelfull pga lav respons i Quest back. Deltar i Helse Nord nettverk.

- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

Helgelandssykehuset har oversikt over behov og plan for videreutdanningen innen ABIOK. Dert er i 2016 utarbeidet en felles kompetanseplan som gir en breiere oversikt over behovet for videreutdanning innen flere fagområder.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

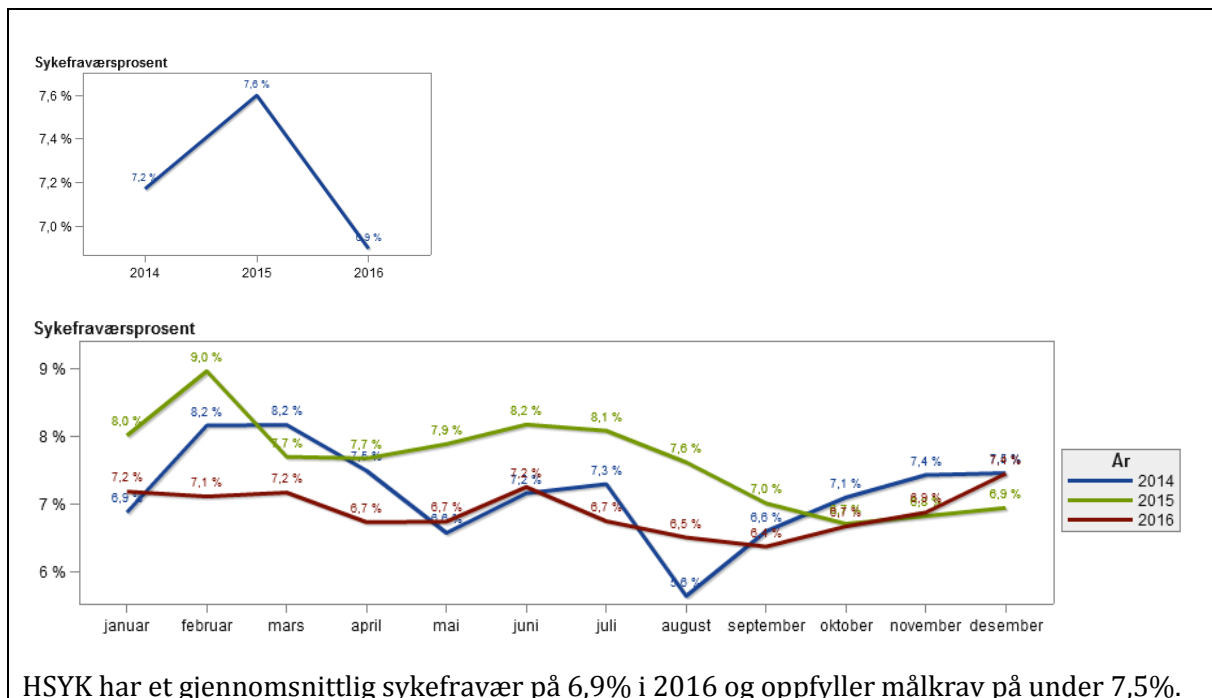
- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

- Helseforetaket har deltatt på møter i MU nettverket, både fysiske og Skype, med 1 eller 2 personer avhengig av tema; Gjennomføringsansvarlig og Gat ansvarlig
- Felles planer for oppfølging av MU 2015 og gjennomføring av MU 2016 er fulgt opp i HF-et.
- Det planlegges en sammenslåing av Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og Medarbeiderundersøkelsen fra høsten 2017. I forbindelse med dette har HF-et vært representert i samarbeidsmøter på RHF nivå med 2 til 3 personer; gjennomføringsansvarlig MU og PSKU og GAT- ansvarlig. Det er gjennomført en nasjonal pilot i januar 2017, med en avdeling fra hvert foretak.
- HR senteret har tilbudt hjelp til gjennomføring av lokale informasjons/opplæringsmøter på enhetene, og dette har vært gjennomført i Mosjøen. HR har vært medvirkende ved tilbakemeldingsmøter og tiltaksarbeid for MU rapporten i 8 avdelinger.
- Det har i tillegg vært gitt rådgivning på prosess, og gjennomgått MU rapporter sammen med 7 ledere i forkant av rapportgjennomgang egen avdeling.
- 55 av 74 ledere oppgav å ha gjennomgått MU rapport i egen avdeling, mange av disse har også utarbeidet tiltak. HMS indikator skjemaet til lederne vil fra 2017 bli endret til å omfatte utarbeidelse av tiltak på bakgrunn av tilbakemeldingsmøte i avdelingen, slik at vi også får tallfestet dette.
- Det er søkt om og innvilget, helt eller delvis, midler til 5 tiltak i 2016, ut fra resultat av MU 2015.

- 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 god erfaring med og rutiner for samhandling av tjenestetilbud under ferieavviklingen internt i foretaket og i Helse Nord for øvrig.

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.



6 Forskning og innovasjon

Mål 2016

- Forskningsmiljøene skal gå sammen med miljøer i andre regioner for å søke på prosjekter i nytt felles program (utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Norges forskningsråd) for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.

Helgelandssykehuset har verken generert egne eller deltatt som samarbeidspartner i andres søknader til program for klinisk behandlingsforskning. Å starte prosjekt av denne størrelsesorden er for øyeblikket krevende for et forskningssvakt helseforetak som Helgelandssykehuset.

- Delta i arbeidet med å utvikle en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak, jf. rapport⁴ fra arbeidsgruppe fra 2015.

⁴ Rapport 06.03.2015 fra arbeidsgruppe nedsatt av HOD og KD – se <http://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/Innkallinger/2015/290515/rapport-nasjonal-gruppe-6-mars-2015.pdf>

Helgelandssykehuset har ikke vært delaktige i utviklingen av en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak fordi vi ikke har blitt forespurt om å delta.

- Det er i samarbeid mellom de fire RHF-ene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og helseforetak uten universitetsfunksjon, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU⁵ fra 2015.

Helgelandssykehuset har fulgt og følger prosessen med pilotering av nytt informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

- Implementere tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, sammen med RHF-et.

Helseforetaket har begynt å implementere tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse-Nord 2016-2020. Strategien har lagt grunnlaget for mye av arbeidet med Helgelandssykehusets nye forskningsstrategi for 2017-2021.

7 Styringsparametere 2016

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.

8 Oppfølging og rapportering

Der er kun offisielle NPR data som er grunnlag for rapportering, og der det er mulig kan NPR data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Andre 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>

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

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

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

⁵ Rapport september 2015: NIFU arbeidsnotat 16-2015 - Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren.

9 Sak til HF styrebehandling

- 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 og utfordringer i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres i den månedlige virksomhetsrapporten til Helse Nord RHF og styret. Rapporteringen inneholder status for implementeringen av tiltakspakkene. GTT-resultatene oppdateres én gang pr år.

- Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

Tertialrapportene er styrebehandlet i tråd med kravene om styrebehandling.

- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

Det er ikke laget styresak innen 01.01.2017 som beskriver de nevnte forhold innen informasjonssikkerhet.

Vår oppfølging av avvikene fra Riksrevisjonen innen informasjonssikkerhet er:

1. ROS-analysene av alle kliniske systemene er gjennomført forutenom DIPS (planlagt 1. kvartal 2017)
2. Pr. 31.01.17 hadde
 - a. 30 % av de ansatte gjennomført e-læringskurset innen informasjonssikkerhet
 - b. 39 % av de ansatte (ikke journal brukere) gjennomført e-læringskurset innen informasjonssikkerhet
3. Utvalgte databehandleravtaler er kontrollert og fornyet i løpet av 2016
4. Papir øvelse i IKT-svikt ble gjennomført i 2016

