



# Ledelsens Gjennomgang 2018

*(Til styresak)*

02.10.2018

## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Risikostyring .....	3
2.1	Måloppnåelse innenfor de fire overordnede målene fra Helse Nord. ....	3
2.1.1	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen .....	3
2.1.2	Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	4
2.1.3	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	5
2.1.4	Innfri de økonomiske mål i perioden .....	5
2.2	Måloppnåelse innenfor Helgelandssykehuset sine overordnede mål. ....	6
3	Kvalitetsstyring.....	7
3.1	Styrende dokumenter .....	7
3.2	Avviksmeldinger og behandling .....	7
3.2.1	Kategorier avvik.....	8
3.2.2	Årsaker avvik .....	8
3.2.3	Pasienthendelser.....	9
3.3	Tilsyn .....	10
3.4	Innmeldte pasientklagesaker .....	11
3.5	AML brudd og HMS-avvik.....	11
4	Informasjonssikkerhet.....	11
5	Klima og miljø.....	13
6	Beredskap.....	13
7	Oppsummering.....	13

# 1 Innledning

Med bakgrunn i oppdragsdokument 2018, kap. 8 Risikostyring og internkontroll, skal det foretas en gjennomgang innenfor:

- a) Risikostyring Helse Nord mål: Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2 i oppdragsdokument
- b) Risikostyring Helgelandssykehuset overordnede mål
- c) Kvalitetsstyring: Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
- d) Informasjonssikkerhet
- e) Klima og miljø
- f) Beredskap

Hensikten er å vurdere om fastsatte mål oppnås i god nok grad, om lover og forskrifter overholdes, og om styringssystemene fungerer som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av Helgelandssykehuset.

Følgende metodikk benyttes:

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Eksempel Mål 1			

Evt. kommentarer:

Gjennomgang er foretatt av ledergruppen og stabslederne 02.10.2018

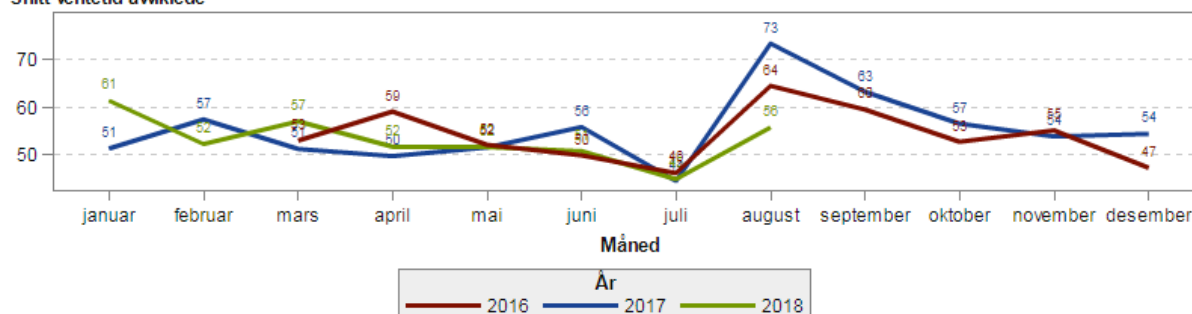
## 2 Risikostyring

### 2.1 Måloppnåelse innenfor de fire overordnede målene fra Helse Nord.

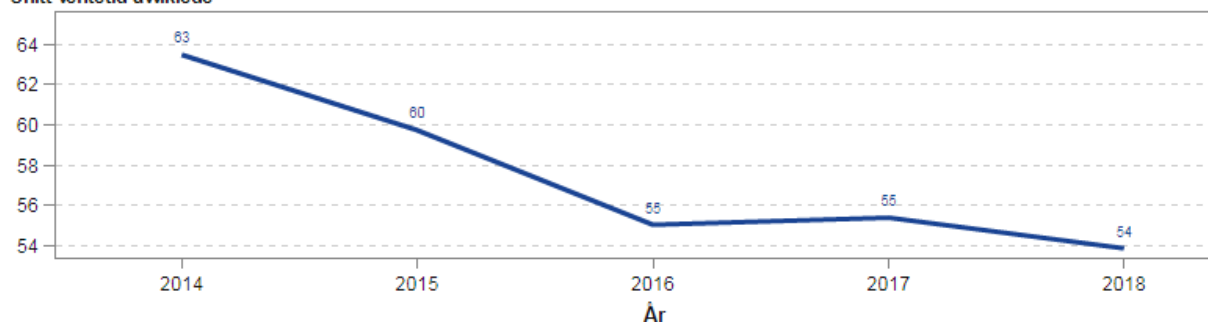
#### 2.1.1 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

- a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021

Snitt ventetid avviklede



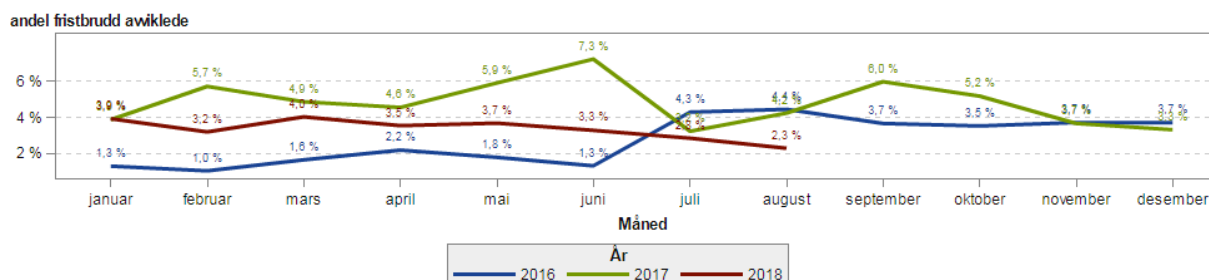
Snitt ventetid avviklede



Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021	X		

Det er variasjoner innen Helgelandssykehuset, disse følges opp på enhetene. For langtidsventende gjelder det samme.

b) Det skal ikke være fristbrudd



Antall fristbrudd pr 30.09: 16, nedgang fra 45 fristbrudd 31.08

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Det skal ikke være fristbrudd		X	

Det er variasjoner innen Helgelandssykehuset, disse følges opp på enhetene.

c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

Pakkeforløp gjennomført innen normert tid januar – august 2018 var 57 %. Krav 70 %

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid			X

Helgelandssykehuset er ikke innenfor normert tid innenfor pakkeforløpene, oppfølging av dette prioriteres høyt. Helgelandssykehuset har i alt 3 stillinger som forløpskoordinatorer. Tiltak innebærer økt intensivert av pasientforløp og fokus på «flaskehals», særlig der pasientforløpet innebærer samarbeid med andre helseforetak.

### 2.1.2 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

Her skal det rapporteres på:

1. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted.

Helgelandssykehuset har på internett siden sin informasjon om mange behandlinger.

2. Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets nettsider.

Helgelandssykehuset har publisert 135 stk. pr. 31.08.2018.

- Sikre reell brukermedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.

Vi understreker behovet for brukermedvirkning i utlysningsteksten til de lokale forskningsmidlene ved helseforetaket. Pr. dags dato har vi få forskningsprosjekt og medvirkning blir vurdert for hvert enkelt prosjekt. Vi jobber kontinuerlig for å bli bedre her.

- Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse.

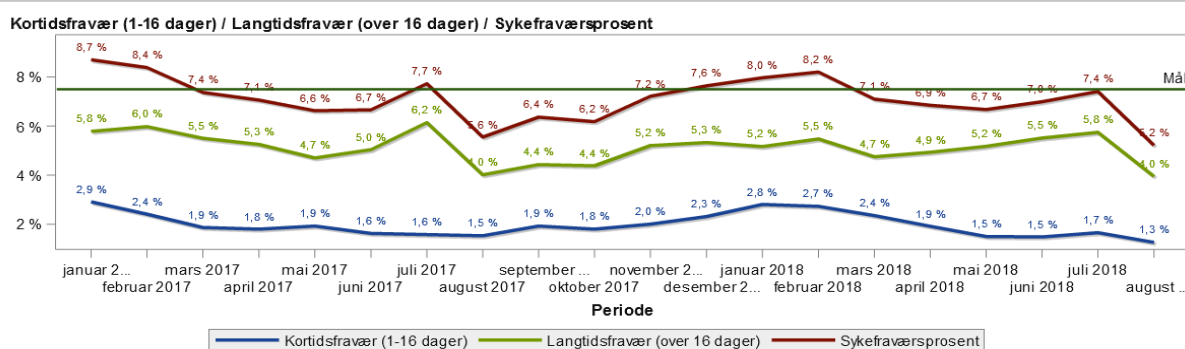
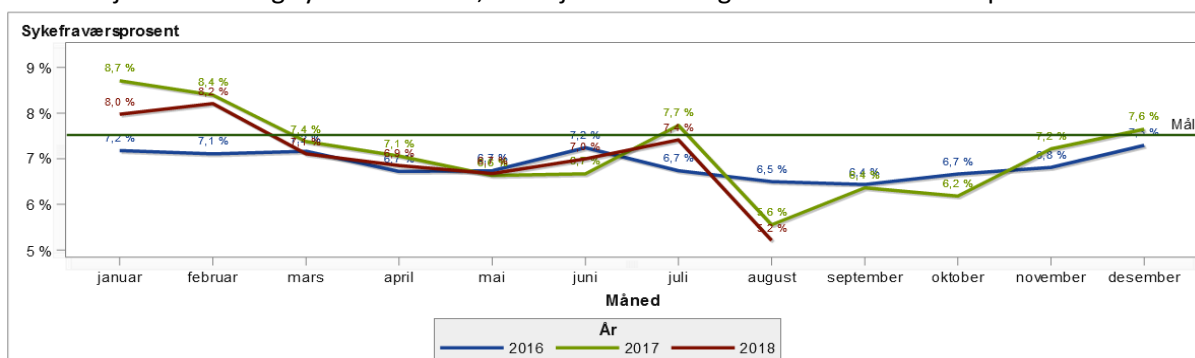
Orientering om tilrettelegging er gitt i et styremøte i år, og samhandlingssjef har orientert om forestående revidering av tjenesteavtale 3 og 5 hvor dette er omtalt.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	x		

### 2.1.3 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

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

Gjennomsnittlig sykefravær er 7,1%. Gjennomsnittlige korttidsfraværet er på 2%.

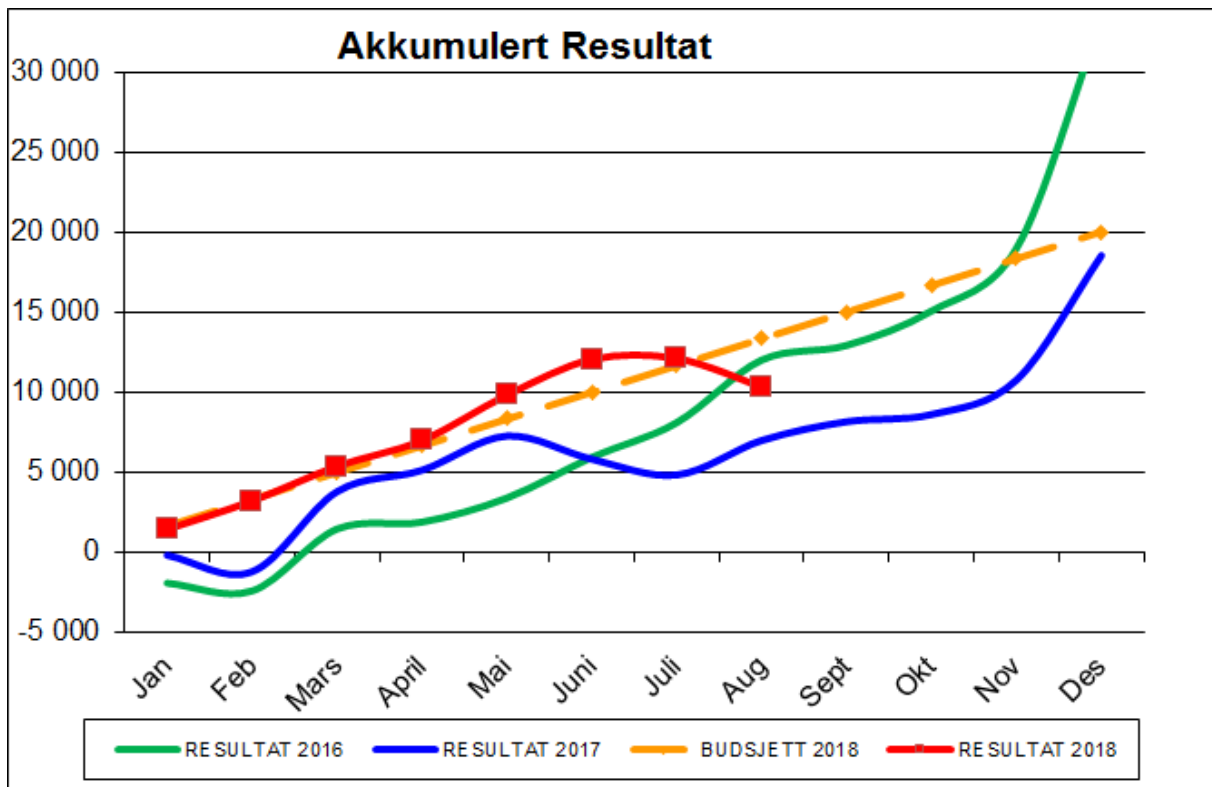


Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	x		

Variasjon av sykefravær mellom enheter og avd. Tiltak er iverksatt.

### 2.1.4 Innfri de økonomiske mål i perioden

Økonomisk resultat i tråd med plan



Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Økonomisk resultat i tråd med plan		x	

Prognosen for 2018 opprettholdes, men det er variasjon mellom enhetene. For å nå årets prognose må enhetene lykkes med tiltaksarbeidet i 2018.

## 2.2 Måloppnåelse innenfor Helgelandssykehuset sine overordnede mål.

Risikostyring av de 10 viktigste områdene som Helgelandssykehuset har vurdert, inneholder 3 Helse Nord mål og 7 Helgelandssykehuset mål.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Rekruttering - Sørgje for tilstrekkelig og kvalifisert personell, på kort og lang sikt.		x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekrutteringsutfordringene varierer mellom enhetene. Vi har et stort forbruk på innleie, her har vi en målsetting om å redusere det, og omdisponere deler til fast ansettelse innenfor konkrete fagområder. Andre tiltak er; Årsplaner og arbeidstidsplanlegging. Rolleavklaring mellom HR og enhetene.</li> </ul>			
Etablere vaktordning innen psykisk Helse 24/7			x
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Her prioriteres det å få ansatt psykiatere som dekker inntil 2 årsverk innen årets utgang. Vaktberedskap er under arbeid. Avtale med Psykologforeningen gjenstår.</li> </ul>			
EPJ indikatorene er innenfor akseptabelt nivå			x
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Handlingsplan, prosedyrer og status rapport er etablert. Nye tiltak iverksettes for å få ned restansene. Dette innebærer økt opplæring og gjennomføring av etablert handlingsplan.</li> </ul>			
Gjennomføring av investeringsplan MTU			x

- Vi har restanser i investeringene, og dette har stort fokus resten av året. Ressurskrevende i forhold til at fagpersoner må delta i prosessene. Bedre organisering av dette iverksettes.			
Implementering av teknologi og IKT-prosjekter		X	
- Det etableres et lokalt porteføljekontor med mandat til å få oversikt over alle ikt-prosjekter, eksisterende ikt-verktøy og oppfølging av leveransene i SLA avtale med HN-IKT.			
Oppfyllelse av den gylne regel		X	
- Et prosjekt er under arbeid som gjennomgår det psykiske tilbudet på Helgeland, dette omfatter den gylne regel.			
Innføring av ny spesialist struktur (LIS 2 og LIS 3)		X	
- Koordinator er tilsatt, arbeidsgrupper er igangsatt.			

### 3 Kvalitetsstyring

Krav: Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

#### 3.1 Styrende dokumenter

Helgelandssykehuset hadde pr 30.09.2018 samlet 6273 godkjente dokumenter i Docmap. Dette er en økning i antall dokumenter med 1338 fra 4935 dokumenter i 31.12.2017.

Av de 6273 dokumentene var 1338 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 21,3 %. Andelen ikke reviderte dokumenter har økt fra 2017.

Andelen dokumenter i Docmap som ikke er revidert er høy.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Styrende dokumenter		X	

Restansene i forhold til ikke reviderte dokumenter følges opp ved enhetene.

#### 3.2 Avviksmeldinger og behandling

Krav og mål i forhold til melding av pasienthendelser §3-3 er 24 timer etter at hendelsen ble kjent, til §3-3a alvorlig hendelse er umiddelbar varsling til helsetilsynet. For de andre hendelsene har vi ingen spesifikke krav, det er et generelt forbedringstiltak, det at det meldes ifra når uønskede hendelser oppstår. Vedr. behandlingstid forholder vi oss til Forvaltningsloven § 11a. Den sier en måned eller 20 arbeidsdager.

Pr. 31.08.2018 er det meldt 1591 avvikshendelser i Docmap, dette er en liten økning fra 2017 hvor det ble innmeldt 1470 hendelser for samme periode i Docmap.

Av de 1591 meldingene er 742 lukket/sluttbehandlet, noe som tilsvarer 46,6% mot tilsvarende 50% for samme periode i 2017. Det finnes samtidig meldinger som ligger tilbake i tid, altså eldre enn fra 2018 som heller ikke er lukket.

Kommentarer - oppfølging:

- Meldekultur. Helgelandssykehuset har oppfordret de ansatte til å melde inn uønskede hendelser/avvik.

- De alvorligste avvikene er fulgt opp.

### 3.2.1 Kategorier avvik

Meldte avvikshendelser pr. hendelsestype – 01.01.18 – 31.08.18

Oversikt	
Pr. hendelsestype	↕ Totalsum
+	538
+ 2.1 Pasientadministrasjon	207
+ 2.7 Legemidler og blodprodukter	187
+ 2.3 Behandling og pleie	162
+ 2.5 Dokumentasjon / informasjon	112
+ 2.11 Helse, - Miljø og Sikkerhet (HMS)	108
+ 2.8 Medisinsk utstyr	68
+ 2.14 Teknisk	54
+ 2.2 Diagnostikk / utredning	50
+ 2.12 Laboratorie	38
+ 2.4 Fall og uhell	34
+ 2.13 Matsikkerhet	15
+ 2.10 Administrative rutiner (interne)	10
+ 2.9 Pasientatferd	7
+ 2.6 Infeksjon	1
<b>Totalsum</b>	<b>1591</b>

### 3.2.2 Årsaker avvik

Meldte avvikshendelser pr. årsak, bakgrunn – 01.01.18 – 31.08.18

Oversikt	
Pr. årsak bakgrunn	↕ Totalsum
	728
3.1 Prosedyre	300
3.2 Kommunikasjon / samhandling	168
3.6 Annet - medvirkende faktorer / årsaker	141
3.5 Organisering / kompetanse / ressurser	132
3.3 Utstyr / produkter	103
3.4 IKT-Utstyr og -systemer	19
<b>Totalsum</b>	<b>1591</b>

Av meldte avvikshendelser pr. årsak, bakgrunn ser vi at kategori 3.1 Prosedyre er valgt flest ganger.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Avviksmeldinger og behandling		x	

Saksbehandlingstiden er noe høy. Status i utviklingen følges opp.



### 3.2.3 Pasienthendelser

	Pasienthendelse (avvik)	§3-3 (Helsedir.)	§3-3a (Helsetilsynet)
<b>2017</b>	163	42	5
<b>2018</b>	212	54	9

Det har vært en liten økning i antall meldte pasienthendelser fra 2017.

Meldte pasienthendelser i perioden 01.01.18 – 31.08.18 fordeler seg pr. hendelsestype slik:

Oversikt	
Pr. hendelsestype	↓↑ Totalsum
+	76
+ 2.3 Behandling og pleie	39
+ 2.1 Pasientadministrasjon	23
+ 2.4 Fall og uhell	22
+ 2.2 Diagnostikk / utredning	16
+ 2.8 Medisinsk utstyr	13
+ 2.7 Legemidler og blodprodukter	8
+ 2.9 Pasientatferd	7
+ 2.5 Dokumentasjon / informasjon	5
+ 2.14 Teknisk	2
+ 2.10 Administrative rutiner (interne)	1
<b>Totalsum</b>	<b>212</b>

Her ser vi at det meldes flest pasienthendelser vedr. pkt. 2.3 Behandling og pleie, så kommer 2.1 Pasientadministrasjon og 2.4 Fall og uhell tett bak.

Meldte pasienthendelser som også er meldt som §3-3 melding til Helsedirektoratet i perioden 01.01.18 – 31.08.18 fordeler seg pr. funksjon i arbeidsflyt slik:

Oversikt	
Pr. funksjon	↓↑ Totalsum
Nærmeste leder, Mottatt	25
Lukket	12
Godkjenner, Mottatt	9
Saksbehandler, Mottatt	4
Melder, Mottatt	4
<b>Totalsum</b>	<b>54</b>

Saksbehandlingstiden er noe høy ved disse meldingene.

Meldte pasienthendelser som også er meldt som §3-3a melding til Statens Helsetilsyn i perioden 01.01.18 – 31.08.18 fordeler seg pr. funksjon i arbeidsflyt slik:

Oversikt	
Pr. funksjon	Totalsum
Lukket	7
Godkjenner, Mottatt	2
<b>Totalsum</b>	<b>9</b>

Her er 7 av 9 meldinger lukket, dette er innenfor god saksbehandlingstid.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Pasienthendelser		X	

Vi har noe høy saksbehandlingstid. Status i utviklingen følges opp.

### 3.3 Tilsyn

I 2017 ble det gjennomført følgende tilsyn:

Saksnr.	Tilsynsorgan	Område for tilsyn	Status
2016/1110	Riksrevisjonen	Henvvisning fra primærhelsetjenesten – spørreundersøkelse	Avsluttet
2017/527	DNV	HF - Miljørevisjon	Avsluttet
2017/629	HelseNord/Ernst&Young	MIR – Fagrevisjon NSTEMI	Avsluttet
2017/637	Mattilsynet	MIR - Kjøkken	Avsluttet
2017/647	DSB	HF - HMS og sikkerhetsarbeid	Avsluttet
2017/764	Rana Kommune	MIR - Fyringsanlegg	Avsluttet
2017/1103	Helse Nord RHF	Risikostyring i Helse Nord	Avsluttet
2017/1142	Helse Nord RHF	Antibiotikabruk i Helgelandssykehuset	Avsluttet
2017/1512	Vefsn Kommune	MSJ - Branntilsyn	Avsluttet
2017/1377	Helse Nord RHF	Henvisninger og ventetid	Avsluttet
2017/1665	Rana Kommune	MIR – Branntilsyn	Avsluttet
2017/1891	Statens Helsetilsyn	HF – Håndtering av blod og blodkomponenter	Avsluttet
2017/2032	Fylkesmannen i Nordland	MIR – Tilsyn med spes.helsetj. arbeid med pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse	Avsluttet

Til nå i 2018 er det gjennomført følgende tilsyn:

Saksnr.	Tilsynsorgan	Område for tilsyn	Status
2018/741	Arbeidstilsynet	Prehosp, ambulansen, 29.06.18	Ikke avsluttet
2018/758	Helgeland Kraft	MIR – elektrisk anlegg	
2018/129	DSB	HF - HMS og sikkerhetsarbeid	2 avvik, 2 anm.
2018/836	Helse Nord RHF	Mislighetsrisiko	Ikke avsluttet

Tilsyn følges opp veldig bra internt.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Tilsyn	X		

Eksterne tilsyn følges godt opp ved enhetene.

### 3.4 Innmeldte pasientklagesaker

Fylkesmannens tilsynssaker 2017	Fylkesmannens tilsynssaker 2018
20	15
NPE saker 2017	NPE saker 2018
59	33
Pasient- og brukerombud 2017	Pasient- og brukerombud 2018
25	7
Andre klager fra pasienter 2017	Andre klager fra pasienter 2018
27	6

(2018 tallene er pr. 30.09.2018)

Saksbehandlingstiden på mange pasientklagesaker er noe høy, det er ikke unormalt at det tar 1-2 år før saken er avsluttet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Pasientklagesaker		X	

Saksbehandlingstiden på mange pasientklagesaker er noe høy. Status i utviklingen følges opp.

### 3.5 AML brudd og HMS-avvik

Pr. 23.09.18 hadde Helgelandssykehuset totalt 16.568 HMS AML-brudd, for hele 2017 hadde vi 22.100 AML-brudd og i 2016 27.005 AML-brudd.

Antall brudd har gått markant ned fra 2016 til 2017. Den positive trenden ser imidlertid ut ikke til å fortsette i 2018.

Pr. 23.09.18 hadde Helgelandssykehuset totalt 297 HMS avvik, av disse var 134 lukket.

HMS-rådgiver vurderer at de ansatte er flinke til å melde HMS-avvik.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
AML brudd og HMS-avvik		X	

HR tar initiativ til å iverksette tiltak og bistand for de 20 avdelingene med flest aml-brudd.

Saksbehandlingstid vedr. HMS-avvik er noe høy, status følges opp.

#### Kommentarer kvalitetsstyring

I Ledelsens gjennomgang er det påvist utfordringer gjeldende kvalitetsstyring.

- Andelen dokumenter som ikke er revidert som forutsatt er noe høy.
- En liten økning i antall meldinger sammenlignet med tidligere år vurderes dette å ha sammenheng med noe bedret meldekultur ved at flere melder fra.

## 4 Informasjonssikkerhet

#### Fokusområder 2017 – 2018

I felles handlingsplan for informasjonssikkerhet i Helse Nord, har vi følgende områder med særskilt fokus:

- Revidering av regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet

Et av hovedfunnene i Riksrevisjonens rapporter viser til at helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har implementert gjeldene regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger. Helse Nord har i dag et felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Ved bredere forankring og bedre implementering av dette styringssystemet vil vi kunne oppnå en bedre sikkerhetsstyring, og bedre etterlevelse av regelverket som regulerer behandling av helseopplysninger. Ny versjon planlegges å være ferdig i oktober 2018.

- EU's personvernforordning

EU-parlamentet har vedtatt en ny personvernforordning. Det betyr at alle EU- og EØS-land fikk et nytt personvernregelverk som tredde i kraft juni 2018. Den nye personvernforordningen vil erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter. Det nye regelverket gir virksomheter nye plikter, og personer som får sine opplysninger registrert får nye rettigheter.

Personvernombud var før juni 2018 en frivillig ordning administrert av Datatilsynet. Ny personvernforordning fra EU, som ble gjeldene for oss fra juni 2018, gjorde det obligatorisk å ha personvernombud i alle helseforetakene. Det har vi fått på plass, en jurist i foreløpig 50% stilling.

- Sikkerhetskultur

Opplæring er en konkret aktivitet som skal bidra til å øke kompetansen til den enkelte. Alle ansatte i Helgelandssykehuset skal ut fra sin rolle, ha et kjennskap til informasjonssikkerhet.

For en tid tilbake siden ble det utviklet et obligatorisk e-læringskurs i informasjonssikkerhet. Pr. 31.08.18 har ca. 56% av de ansatte gjennomført kurset.

### **Risiko- og sårbarhetsanalyser**

Det er i 2018 gjennomført både interne og regionale Risiko- og sårbarhetsanalyser. Vi ser en tendens til at temaet ROS kommer opp for seint i forbindelse med nyanskaffelser og andre endringer som påvirker informasjonssikkerhet. Dette påvirker både vurderingene av risiko, samt behandlingen i etterkant.

### **Trusler utenfra**

Som i 2017 er det også i 2018 oppdaget gjentakende forsøk på «direktør-svindel» (CEO-fraud). Det vil si at kriminelle utenfra gir seg ut for å være direktøren/ andre i toppledelsen, og forsøker å få overført et pengebeløp – i hovedsak utenlands.

Det er også registrert gjentakende forsøk mot ansatte av Phishing/ digital snoking etter sensitiv informasjon som passord eller kredittkortnummer.

Alle henvendelser som er meldt inn har blitt tatt hånd om av Helse Nord IKT, med bistand fra [HelseCert](#).

### **Avvik**

Det er i løpet av 2017 meldt inn 34 avvik med hendelsestype informasjonssikkerhet/ personvern i DocMap, til nå i 2018 er det meldt 22 avvik. Utfra dette antar vi at det meldes for lite informasjonssikkerhets avvik. Helgelandssykehuset har innført sikker utskrift, som bidrar til færre papirutskrifter på avveie. Alle nye nettverksskrivere blir nå satt opp med denne funksjonen.

### **Prosjekt Helhetlig informasjonssikkerhet**

Helgelandssykehuset bidrar inn i prosjektet Helhetlig informasjonssikkerhet. Målet med prosjektet er å videreutvikle organisering, prosesser og teknologi som en støtte for helseforetakenes ansvar som databehandlingsansvarlige. Prosjektet består av 4 delprosjekter: «Styringssystem og prosesser», «Automatisert tilgangsstyring onboarding og single-sign on», «Sikring av produksjonsmiljø» og «Beredskap og kontinuitet».

### **Kommentarer – informasjonssikkerhet**

Informasjonssikkerhet er en samlebetegnelse for krav til påliteligheten og sikkerheten som knyttes til informasjon. Helgelandssykehuset håndterer betydelige mengder sensitiv informasjon da særlig med tanke på pasientsensitive data. Begrepet omfatter flere delområder: konfidensialitet, det vil si at sensitiv eller gradert informasjon bare skal være tilgjengelig for autoriserte personer og prosesser;

informasjonskvalitet og -integritet, det vil si at informasjonen er fullstendig, nøyaktig og gyldig; og tilgjengelighet, det vil si oppfyllelse av krav til service, slik at alle berettigede krav om tilgang til informasjonen dekkes ved behov. Datasikkerhet er informasjonssikkerhet for informasjon som er lagret digitalt.

Helgelandssykehuset deltar i informasjonssikkerhetsnettverket i Helse Nord, noe som er naturlig ved at datasystemene er felles i Helse Nord. Dette samarbeidet bidrar til å styrke Helgelandssykehuset sin nødvendige innsats på et område hvor samfunnet forventer ulike typer ondsinnede forsøk på å påvirke våre systemer. Området vurderes til å inneha en middels risiko.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Området Informasjonssikkerhet		x	

Status gjennomført e-læringskurset innen informasjonssikkerhet følges tettere opp ved enhetene.

## 5 Klima og miljø

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Området Klima og miljø	x		

Helgelandssykehuset HF er miljøsertifisert, og det er vi stolte av.

Vi har forbedringspotensialet i forhold til melding av miljøavvik og merking av avfall/sorteringssystem.

## 6 Beredskap

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
Området Beredskap	x		

Flere av våre samarbeidskommuner ønsker tettere samarbeid i forhold til beredskap og evt. øvelser.

## 7 Oppsummering

Oppsummering og oversikt alle områdene:

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Lav	Middels	Høy
<b>2.1 Helse Nord overordnede mål</b>		x	
- Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021	x		
- Det skal ikke være fristbrudd		x	
- Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid			x
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning	x		
- Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	x		
- Økonomisk resultat i tråd med plan		x	
<b>2.2 Helgelandssykehuset overordnede mål</b>		x	
- Rekruttering - Sørge for tilstrekkelig og kvalifisert personell, på kort og lang sikt.		x	
- Etablere akuttfunksjon innen psykisk Helse 24/7			x
- EPJ indikatorene er innenfor akseptabelt nivå			x
- Gjennomføring av investeringsplan MTU			x
- Implementering av teknologi og IKT-prosjekter		x	
- Oppfyllelse av den gylne regel		x	

- Innføring av ny spesialist struktur (LIS 2 og LIS 3)		x	
3 Kvalitetsstyring		x	
- Styrende dokumenter		x	
- Avviksmeldinger og behandling		x	
- Pasienthendelser		x	
- Tilsyn	x		
- Pasientklagesaker		x	
- AML brudd og HMS-avvik		x	
4 Informasjonssikkerhet		x	
5 Klima og miljø	x		
6 Beredskap	x		

Tiltak og oppfølging er beskrevet under hvert punkt.