



Risikostyring 2021

og

Ledelsens

gjennomgang 2020

Helgelandssykehuset HF

09.03. og 11.03.2021

Innhold

1	Innledning.....	2
2	Risikostyring	4
2.1	Innledning.....	4
3	Kvalitetsstyring.....	6
3.1	Styrende dokumenter	6
3.2	Avviksmeldinger og behandling	7
3.2.1	Avvikstyper og årsaker	8
3.3	Pasienthendelser.....	10
3.3.1	Meldte alvorlige hendelser §3-3a	11
3.3.2	Pasient klage saker	11
3.3.3	Hendelsesanalyser	11
4	Helse, miljø og sikkerhet	13
4.1	Sykefraværsutvikling	13
4.2	Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven	14
4.3	Personalskader	15
4.4	HMS- og stikkskadeavvik.....	15
4.5	REVISJONER.....	16
4.6	OPPSUMMERING	18
5	Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker	19
5.1	Tilsyn	19
5.2	Interne revisjoner.....	19
5.3	Interne revisjoner fra Helse Nord RHF.....	19
5.4	Innmeldte pasientklagesaker	20
6	Klima og miljø.....	21
7	Informasjonssikkerhet og personvern – unnt. off, jfr offl.lovens § 24	21
8	Arkivtjenesten	21
9	Oppsummering.....	24

1 Innledning

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8,f, skal ledelsen, for å ha tilstrekkelig kontroll og nødvendig kunnskapsgrunnlag for styring, minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Relevant informasjon for gjennomgang av aktuelle områder i 2020 framkommer i denne rapporten.

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. I denne rapporten er det følgende områder:

- ✓ Risikostyring 2021
- ✓ Kvalitetsstyring
- ✓ Helse, miljø og sikkerhet

- ✓ Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker
- ✓ Klima og miljø
- ✓ Informasjonssikkerhet og personvern
- ✓ Arkiv

Strukturen er denne for hvert fokusområde/delområder:

Innenfor hvert fokusområde med delområder skal det vurderes risikonivå om man har oppnådd målet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Fokusområde/delområde			

Begrunnelse for risiko valg:

2 Risikostyring

2.1 Innledning

Risikostyring er blant ledelsens verktøy for å innfri kravene fra Helse Nord RHF og oppnå nasjonale mål. Hensikten med risikostyring er å identifisere, vurdere og håndtere risiko for manglende måloppnåelse gjennom en strukturert tilnærming. Risikostyring skal bidra til å øke sannsynligheten for at Helgelandssykehuset når målene sine.

Risikostyring innad i Helgelandssykehuset (HSYK) er gjennomført ved hvert tertial.

11. mars ble risikovurdering av styringsparametrene i 2021 gjennomført.

Mål 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- 1) Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022. (krav 2)
- 2) Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021. (krav 3)
- 3) Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont. (krav 4)
- 4) Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet. (krav 5)
- 5) Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. (krav 20)

Mål 2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- 1) Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. (krav 6)
- 2) Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent. (krav 30)
- 3) Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent. (krav 31)
- 4) Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent
- 5) Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB. (krav 33)
- 6) Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021. (krav 34)
- 7) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne
- 8) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge
- 9) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB
- 10) Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst.

Mål 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- 1) Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023. (krav 55)

- 2) Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren. (krav 76)
- 3) 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden. (krav 46)
- 4) Ingen korridorpasienter. (krav 47)
- 5) Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. (krav 48)
- 6) Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før. (krav 83)

Mål 4. Bærekraftig økonomi

- 1) Ingen negativ påvirkning på driften av Covid-19
- 2) Gjennomføring av fellestiltakene
- 3) Budsjettlojalitet/kostnadskontroll
- 4) Personell kostnader blir som budsjettet
- 5) Aktivitet innenfor tildelte rammer
- 6) Hente hjem gjestepasienter
- 7) Høyt sykefravær
- 8) Utnyttelse av evt. ledig kapasitet på tvers
- 9) Budsjett konseptfase Nye HSYK opprettholdes
- 10) Mange store prosjekter skal gjennomføres

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor Styringsparametrene:

Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	M 1	4	3	Middels	3	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	M 2	3	3	Middels	2	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	M 3	3	3	Middels			
Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene	M 4	4	4	Høy	2	3	Middels

For utfyllende informasjon om risikovurderingene som ble gjort, se vedlegg: Risikovurdering av styringsparametrene 1 tertial.xlsx

3 Kvalitetsstyring

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

3.1 Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til hvert dokument er det tilknyttet informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. Dokumentet gis som standard en gyldighet i to år. Før utløp av denne fristen får dokumentansvarlig en automatisk generert e-post om at dokumentet må gjennomgås/revideres. Det forventes da at dokumentet blir gjennomgått og at det blir tatt stilling til om dokumentet skal endres eller godkjennes slik det er for en ny periode. Dette skal sikre at dokumentene er oppdaterte. Revisjoner (vedlikeholdet) er dermed en vesentlig del av kvalitetssikringen.

Helgelandssykehuset hadde i Docmap:

pr. 31.12.2020 samlet 7280 dokumenter

pr. 31.12.2018 samlet 6304 dokumenter

pr. 31.12.2017 samlet 4935 dokumenter

Økningen har avtatt noe. Årsaken er uvisst, men kan skyldes andre ressurskrevende prosesser i HSYK.

Av de 7280 dokumentene var 2076 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 29 %.

Andelen ikke reviderte dokumenter har økt noe fra 2017. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt betraktes som uakseptabel høy ved enkelte avdelinger.

Enhet	Ant. dokumenter i Docmap	Ant. ikke reviderte	Andel ikke reviderte
Mo i Rana	1966	565	29 %
Mosjøen	1352	515	38 %
Sandnessjøen	2186	538	25 %
Psyk	602	105	17 %
Prehospital	344	67	19 %
Drift og eiendom	101	21	21 %
HF	729	265	36 %
Sum	7280	2076	29 %

Andelen dokumenter i Docmap som ikke er revidert er for stor. Med de automatiserte varslinger som finnes må målet være at revisjoner gjennomføres som oppsatt. Enhetene må sikre at dokumenter i Docmap ikke er tilknyttet personer som er sluttet i sine stillinger. Docmap gir også mulighet for å søke opp dokumenter som skal revideres i forkant av «utløpsdato».

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Styrende dokumenter		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde Styrende dokumenter er at vi har en for høy andel ikke reviderte dokumenter i Docmap. Her må hver avdeling ta ansvar for sine dokumenter og gå igjennom og vurdere om noen av dokumentene trenger å bli revidert. Utdaterte/ikke oppdaterte prosedyrer kan medføre risiko for pasientsikkerhet.

Tiltak:

1. Alle må gå inn i Docmap og åpne arbeidslisten sin og utføre de oppgavene som har oppgavetype: Dokument, tid for revidering.

- Tiltak 1 medfører at lederne må gi de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, tid til å kunne utføre dette arbeidet.

3.2 Avviksmeldinger og behandling

Varsel om alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens §3-3a skal skje umiddelbart. Med umiddelbar varslings menes snarest og senest innen påfølgende dag. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Vi har også meldeplikt om unaturlig dødsfall til politiet, samt meldeplikt til Legemiddelverket ved feil på medisinsk utstyr. Dette gjelder hendelser som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, brukers eller annen persons helsetilstand og som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr.

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.

I 2020 ble det meldt 2300 avviksmeldinger

I 2019 ble det meldt 2017 avviksmeldinger

I 2018 ble det meldt 2353 avviksmeldinger

I 2017 ble det meldt 2370 avviksmeldinger.

Det er relativt stabile tall fra år til år, foruten om en liten nedgang i 2019.

Av de 2300 meldingene i 2020 er 1280 (56 %) lukket/sluttbehandlet.. Dette er en liten forbedring fra tidligere år. Det finnes samtidig meldinger som ligger tilbake i tid, altså eldre enn fra 2020 som enda ikke er lukket. Disse skulle en forventet var avsluttet. Andelen meldinger i Docmap som ikke er lukket innen rimelig tid er altfor stor. (For perioden 2017-2019 ligger det fortsatt 859 av 6740 avvik som ikke er lukka, dvs. 13%)

Oversikt åpne/lukket avviksmeldinger for 2020:

Oversikt - 2020		Enhet								
Pr. status		MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	HF	Senter	Totalsum
Lukkede avik		343	184	436	183	81	29	14	10	1280
Åpne avik		523	70	253	77	61	19	7	10	1020
Totalsum		866	254	689	260	142	48	21	20	2300
% ikke lukket		60 %	28 %	37 %	30 %	43 %	40 %	33 %	50 %	44 %

Kommentarer - oppfølging:

- Det bør avsettes tilstrekkelig med tid og ressurser for oppfølging av avvik. Slik tallene er følger vi ikke forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §9.a Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold – Lukke avvik.
- Meldekultur. Vi antar at det oppstår hendelser som burde vært registrert, men som ikke registreres. Her kan nevnes NPE sakene vedr. Helgelandssykehuset for 2019 var det ingen som var registrert i Docmap. Ledere bør oppfordre til å melde inn uønskede hendelser/avvik.
- Rutiner for saksbehandling av hendelser. I for mange tilfeller blir avvikshendelser liggende for lenge hos ledere (og saksbehandlere) før avviksbehandling slutføres.

Tiltak:

- Alle må gå inn i Docmap og åpne arbeidslisten sin og utføre de oppgavene som ligger under fliken: Avvik/Forbedring
- Tiltak 1 medfører at lederne må gi de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, tid til å kunne utføre dette arbeidet. Lederne har en andel ikke utført oppgaver her også, så de må også prioritere dette arbeidet.

3.2.1 Avvikstyper og årsaker

Meldte avvikshendelser pr. avvikstype – 2020

Oversikt	Enhet <input type="text"/>						
Pr. avvikstype	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	Totalsum
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638
⊕ Pasienthendelseskjema for HSYK	206	64	95	32	20	1	418
⊕ Legemiddelhåndteringsavvik	72	29	58	114	7		280
⊕ HMS-avvik, HSYK	45	3	121	18	14	11	212
⊕ Avvik for laboratorier/blodbank, HSYK	9	13	20				42
⊕ Pakkeforløp avvik, HSYK	12		18				30
⊕ Melding om stikkskade	12	7	3				22
⊕ Skademelding personal, Helgelandssykehuset	8	2	3		7	2	22
⊕ Feil ved elektromedisinsk utstyr, HSYK	3	2			7	1	13
⊕ Strålevern avvik, HSYK	8		1				9
Totalsum	878	257	745	263	148	53	2344

Av meldte avvikshendelser pr. avvikstype ser vi at Avvik i annen avdeling er valgt flest ganger. Fordeling i forhold til årsak:

Oversikt	Enhet <input type="text"/>						
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	Totalsum
⊖ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658
⊖ 3.1 Prosedyre	79	28	49	9	8	10	183
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	59	23	35	5	6	6	134
3.1.99 Annet – prosedyrer	7	1	3	3	2	3	19
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	7	1	5	1			14
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	2	1	2			1	6
3.1.1 Prosedyre mangler	3		2				5
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1	2	2				5
⊕	78	13	41	8	20	3	163
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	64	17	46	8	13	5	153
3.2.1 Mellom ansatte	37	10	34	2	4	2	89
3.2.2 Med eksternt part	17	1	2	4	7		31
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	7	3	10	1	2	3	26
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	3	3		1			7
⊖ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	10	16	26	6	3	1	62
3.6.99 Andre medvirkende faktorer/årsaker	6	16	22	2	1	1	48
3.6.1 Fysisk infrastruktur / lokaler	4		4	1			9
3.6.5 Avstand/lokalisering				1	2		3
3.6.6 Utilbørlig atferd av helsepersonell				2			2
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	12	6	14	1	5	3	41
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	11	1	14	3	1	1	31
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	12	4	7	1		1	25

Avvik og forbedring er nest mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik:

Oversikt	Enhet						Drift og	
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Eiendom	Totalsum	
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658	
⊖ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638	
⊖ 3.1 Prosedyre	53	17	64	18	9	2	163	
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	48	12	45	13	7	2	127	
3.1.99 Annet – prosedyrer		1	7	1	1		10	
3.1.1 Prosedyre mangler		3	3	1	1		8	
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	3	1	4				8	
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1		2	3			6	
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	1		3				4	
⊕	100	1	34	3	7	2	147	
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	29	6	57	15	10	3	120	
3.2.1 Mellom ansatte	18	5	35	6	4	1	69	
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	7		15	5	5	1	33	
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	3		5	4	1		13	
3.2.2 Med eksternt part	1	1	2			1	5	
⊖ 3.3 Utstyr/produkter	20	10	24	4	7	1	66	
3.3.1 Feil ved utstyr/forbruksmateriell	12	7	8		2		29	
3.3.7 Manglende/utilgjengelig utstyr	3	1	7	2	1		14	
3.3.99 Annet utstysrelatert	2	1	4	2	3	1	13	
3.3.4 Brukerfeil – utstyr	3	1	1				5	
3.3.3 Forvekslingsfare/forveksling			2				2	
3.3.2 Brukervennlighet/brukergrensesnitt - utstyr			1				1	
3.3.5 Bruksanvisning – utstyr					1		1	
3.3.6 Kontroll/vedlikehold/kalibrering av utstyr			1				1	
⊕ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	15	11	19	10	4	3	62	
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	18	4	25	4	1	3	55	
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	2	3	6	9	5		25	

Pasienthendelsesskjema var tredje mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik :

Oversikt	Enhet						Drift og	
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Eiendom	Totalsum	
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658	
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638	
⊖ Pasienthendelsesskjema for HSYK	206	64	95	32	20	1	418	
⊕	84	3	15	4	2		108	
⊖ 3.1 Prosedyre	45	20	21	4	6		96	
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	32	14	11	2	6		65	
3.1.99 Annet – prosedyrer	3	3	2	2			10	
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	4	1	2				7	
3.1.1 Prosedyre mangler	1	1	3				5	
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	2	1	2				5	
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	3		1				4	
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	22	8	31	6	4		71	
3.2.1 Mellom ansatte	9	6	19	4	2		40	
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	4	1	6	1			12	
3.2.2 Med eksternt part	8		4				12	
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	1	1	2	1	2		7	
⊖ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	19	24	17	8	2		70	
3.6.4 Pasientens atferd/kognitive tilstand	7	17	6	3			33	
3.6.99 Andre medvirkende faktorer/årsaker	6	7	8	4	1		26	
3.6.2 Kjent komplikasjon/kalkulert risiko	5		2				7	
3.6.3 Alvorlig sykdom	1			1	1		3	
3.6.1 Fysisk infrastruktur / lokaler			1				1	
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	31	6	6	3	4		50	
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	5	3	5	1	2	1	17	
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer				6			6	

Samla sett ser vi at årsaken Prosedyre ikke fulgt, er den mest valgte årsaken innen alle de tre hyppigst valgte avvikstypene. Dette må vi igjen finne årsakene til, og det vil det bli satt fokus på dette i 1ste halvår 2021.

Ellers ønsker vi at andelen Pasienthendelsesskjema skal øke i 2021 og helst bli «større enn» Avvik i annen avdeling. Etter en uhildet gjennomgang i fjor av ubehandlede avvik så vi at det var ca 26% avvik som kunne vært registrert som pasienthendelser og ikke som Avvik i annen avdeling.

Den nest hyppigst valgte årsaken var Kommunikasjon/samhandling. Den var også den nest hyppigst valgte årsaken innen alle de tre største valgte avvikstypene. Dette skal sees på i sammenheng med den mest valgte årsaken i løpet av 1ste halvår 2021.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Avviksmeldinger og behandlinger		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Avviksmeldinger og behandlinger så må saksbehandlingstiden reduseres, det må lukkes flere avvik innen rimelig tid. Vi vet hva de fleste årsakene til avvikene er: Prosedyre ikke fulgt og Kommunikasjon/samhandling, da vet vi også hvor vi må sette inn «støtet».

Tiltak beskrevet under kap. 3.2.

3.3 Pasienthendelser

År	Ant. registrerte pasienthendelser i Docmap
2020	419
2019	277
2018	311
2017	272

Utviklingen i antall meldte pasienthendelser i Docmap ser vi er bra, vi hadde en liten nedgang i 2019 men økte veldig fint i 2020 noe vi skal fortsette med.

Oversikt meldte pasienthendelser pr. risiko og hendelsestype:

Oversikt Pr. avvikstype/hendelsestype	Risiko			(tom)	Totalsum
	Høy	Middels	Lav		
<input checked="" type="checkbox"/> Pasienthendelsesskjema for HSYK	79	201	28	111	419
<input checked="" type="checkbox"/> 2.3 Behandling og pleie	18	76	11	2	107
<input checked="" type="checkbox"/> 2.4 Fall og uhell	14	37	7	1	59
<input checked="" type="checkbox"/> 2.2 Diagnostikk/utredning	17	22	2		41
<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 Pasientadministrasjon	9	24	4		37
<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 Dokumentasjon/informasjon	5	17	4		26
<input checked="" type="checkbox"/> 2.7 Legemidler og blod	7	13			20
<input checked="" type="checkbox"/> 2.9 Pasientatferd	6	3			9
<input checked="" type="checkbox"/> 2.8 Medisinsk/teknisk utstyr	1	5			6
<input checked="" type="checkbox"/> 2.10 Administrative rutiner (interne)	1	2			3
<input checked="" type="checkbox"/> 2.11 Helse, - Miljø og Sikkerhet (HMS)	1	1			2
Totalsum	79	201	28	111	419

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap ser vi at 79 ble kategorisert som høy risiko, innenfor disse var det hendelsestypen: Behandling og pleie som hadde flest innen høy risiko, dernest Diagnostikk/utredning så fall og uhell. Kolonnen (tom) angir antall avvik som det enda ikke er starta saksbehandling på.

3.3.1 Meldte alvorlige hendelser §3-3a

Meldte alvorlige hendelser - 2020 Pr. hendelsestype	Risiko			Totalsum
	Høy	Middels	Lav	
2.3 Behandling og pleie	1	4	1	6
2.3.99 Annet – behandling og pleie		3		3
2.3.9 Ernæring			1	1
2.3.3 Gjennomføring av behandling/prosedyre		1		1
2.3.7 Kirurgi/invasiv intervensjon	1			1
2.2 Diagnostikk/utredning	3	1		4
2.2.2 Feil eller forsinket diagnostikk	2	1		3
2.2.1 Klinisk vurdering	1			1
2.9 Pasientatferd	2	1		3
2.9.2 Selvskade	1			1
2.9.4 Selvmord		1		1
2.9.3 Selvmordsforsøk	1			1
2.7 Legemidler og blod		2		2
2.1 Pasientadministrasjon	1			1
2.4 Fall og uhell	1			1
Totalsum	8	8	1	17

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap som også ble meldt til helsetilsynet som §3-3a hendelser, ser vi at det er stort sett den samme kategoriseringen innen risikovurderingen som er blitt foretatt her, foruten om fall og uhell som her kommer til slutt. I 2019 ble det kun meldt 5 stk. §3-3a hendelser i Docmap.

3.3.2 Pasient klage saker

I 2020 mottok vi 23 pasient klage saker. Av disse er 10 innenfor kirurgisk område, 8 innen medisinsk område og 5 innen psykisk helse og rus.

Klagene går en del på at behandling ikke har hatt ønsket effekt, ikke god nok smertebehandling, utskrevet for tidlig og generell behandling. Innen psykisk helse og rus ble det klaget på behandling, ønsker ny vurdering og ønsker mer oppfølging. Av disse 23 klagene er det 5 saker som det ikke er svart ut på enda, men mange saker er tatt opp i avdeling og i mange saker er pasient/pårørende invitert inn til sykehuset for å snakke om hendelsen med de involverte fagpersonene.

3.3.3 Hendelsesanalyser

Basert på registrerte pasienthendelser i Docmap, meldte alvorlige hendelser § 3-3a og pasient klage saker, har HSYK i 2020 gjennomført flere hendelsesanalyser i 2020 (4 stk) enn i 2019 (3 stk).

Tilsynsmyndighetene etterspør i stadig økende grad om hendelsesanalyse er gjennomført. Vi ser at dette er et viktig verktøy som analyse metode for å bedre forstå hvorfor hendelser skjer og hva årsakene kan være. Denne metoden, sammen med hendelsesgjennomgang (en gjennomgang med noe mindre omfang) vil HSYK satse mer på fremover.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasienthendelser		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Vi ser en økende registrering av pasienthendelser og siden dette antas å redusere «mørketall», er dette en positiv utvikling., Risikovurderingene viser at vi må ha fokus på Behandling og pleie, Diagnostikk/utredning samt fall og uhell. Vi bruker de innmeldte pasientklagesakene til å lære av hendelsene og vi benytter i større grad hendelsesanalyser.

Tiltak:

1. Det registreres for ofte med avvikstypen: Avvik i annen avdeling når pasient er involvert, da skal heller avvikstypen: Pasienthendelsesskjema benyttes. Dette kan avdelingsleder bidra til ved å ta det opp på avdelingen. Informasjonsplakat om dette vil bli sendt ut til alle avdelingene, ansvarlig SFFU.
2. Oppfølging av at meldte §3-3a hendelser på melde.no også blir registrert i Docmap, ansvarlig SFFU.
3. Gjennomgang av pasientklagesaker tas inn som fast punkt på agendaen for kvalitetsrådene ved enhetene/klinikkene.
4. Opplæring i bruk av hendelsesanalyser/-gjennomgang tilbys områdesjefene og avdelingslederne, ansvarlig SFFU.

4 Helse, miljø og sikkerhet

Temaer:

- Sykefraværsutvikling
 - Oppsummert om sykefravær
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven
 - Oppsummert om AML brudd
- Personalskader
 - Oppsummert om personskader
- HMS- og stikkskadeavvik
 - Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

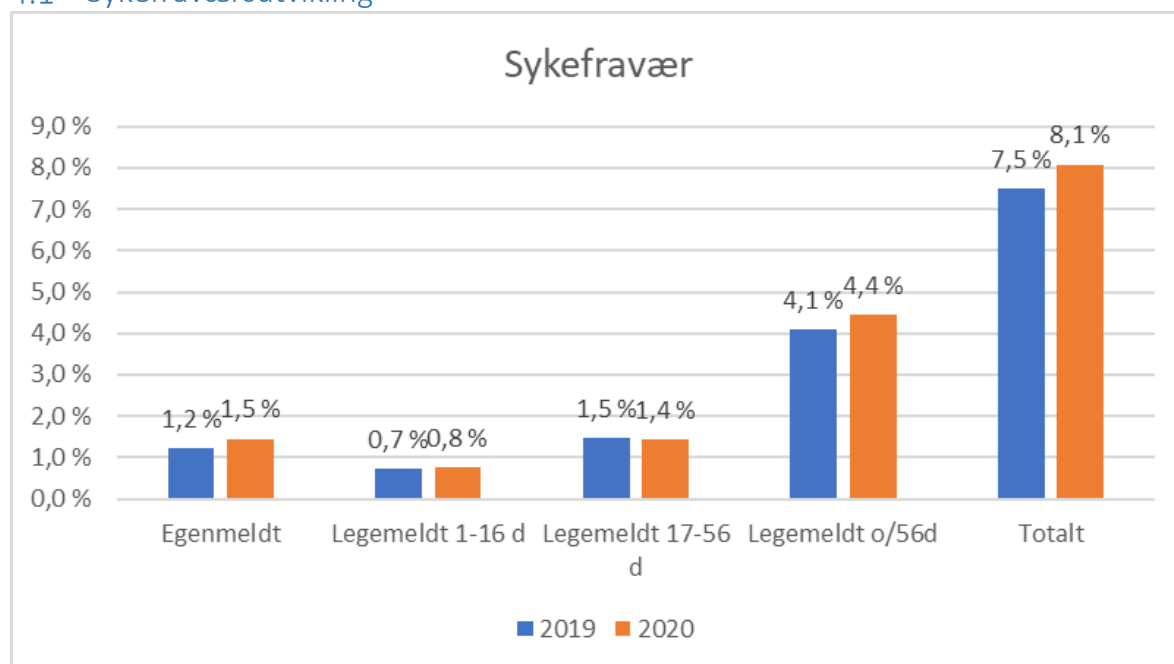
REVISJONER

- Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet
 - Oppsummering tilsyn

OPPSUMMERING

- HMS område i HSYK

4.1 Sykefraværsutvikling



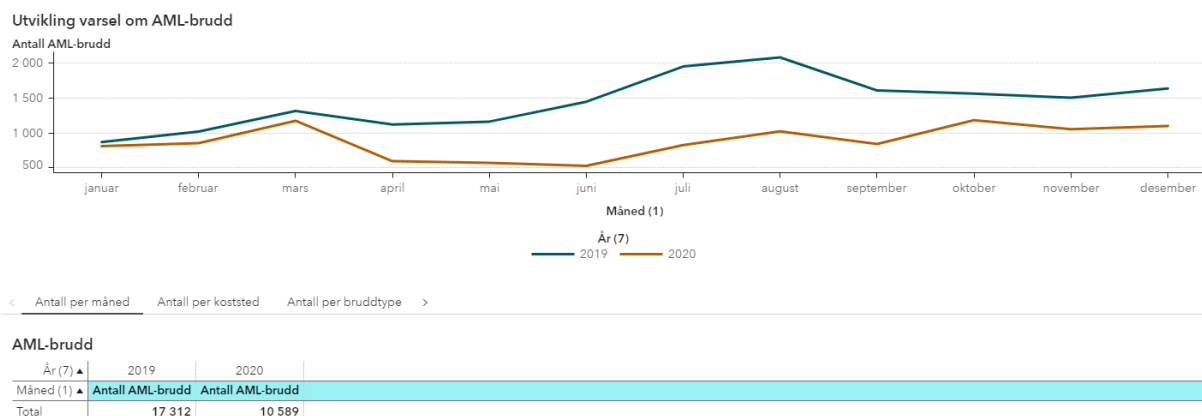
Oppsummert om sykefravær

Sykefraværsutviklingen viser at både egenmeldt fravær og langtidsfraværet o/56d øker begge med 0,3% hver. Dette gir en økning fra totalt 7,5% i 2019 til 8,1 i 2020. Øvrige fravær har liten endring. I fht. egenmeldt fravær er det sannsynlig å relatere økningen i 2020 med nye fraværskoder knyttet til Korona og strengere vurdering av egen helse ved fysisk tilstedeværelse på sitt arbeidssted. Ansatte med covid-19 lignende symptomer ble oppfordret til ikke å stille på jobb. Når det gjelder økningen på langtidsfraværet over 56d, er det ikke undersøkt hva denne økningen skyldes. Slikt fravær skyldes ofte alvorlige sykdommer eller andre individuelle helsemessige utfordringer med en langvarig karakter. Er ofte forløper til ulike grader av uførepensjon/pensjon eller andre individuelle og behovsrettede avklaringer knyttet til utdanning eller yrke.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Sykefraværarbeid		X	

Begrunnelse for risiko valg: HSYK har en stigning i sykefraværet, det i seg selv vurderes som risiko som krever tiltak. Fravær har ofte komplekse årsaker og bak alle fraværsprosenter er det enkeltpersoner. HSYK er deltaker i et regionalt Nærværnettverk. I den sammenheng er det etablert piloter som skal jobbe med sykefraværutfordringer etter bestemte tilnærminger og metoder. Videre har HSYK en systematisk tilnærming til avdelinger som har fravær over 10%. Her avklares det om fraværet skyldes utfordringer knyttet til arbeidsforhold som fysisk arbeidsmiljø eller psykososialt arbeidsmiljø. Videre om fraværutfordringene håndteres i avdelingen/enheten eller om det ønskes bistand fra f.eks HR-Sentret eller BHT.

4.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven



Oppsummert om AML brudd

I 2020 ble antall AML brudd redusert med 39 % sammenlignet med 2019. Det er flere årsaker til denne positive utviklingen.

- Som en virksomhet med tariffavtale kan man ved lokal enighet mlm. partene, innenfor gitte rammer, avtale utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene gitt i Arbeidsmiljøloven. Dette er ved mange enheter gjennomført i flere år. I 2020 ble det satt fokus på fornying av avtalene og at de var registrert på nytt i våre systemer for registrering av arbeidstid.
- I fbm. med Covid-19 fikk en del områder mindre aktivitet i perioder. Ved reduksjon av aktivitet, reduseres ofte også antall AML brudd som en naturlig konsekvens.
- Etter at Covid-19 hadde rammet Norge, ble det inngått sentrale dispensasjoner på arbeidstidsbestemmelsene mellom partene i spesialisthelsetjenesten. Denne generelle utvidelsen bidro i betydelig grad til en reduksjon av antall AML brudd. Denne sentrale avtalen var gjeldende fom.14.mars til 13.sep 2020.
- Det har i 2020 vært mye nasjonalt og negativt fokus knyttet til slike brudd i media. HSYK og våre ledere ønsker ikke slike brudd, og er aktive for å unngå disse. AML brudd følges derfor systematisk opp på flere områder gjennom hele året.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Antall AML brudd		X	

Begrunnelse for risiko valg: AML brudd har stort fokus i HSYK. Ledere og tillitsvalgte har begge ønske om færrest mulige brudd. Det inngås «dispanser» på arbeidstidsbestemmelsene i hht. tariff på mange

tjenesteområder hvert år mellom tillitsvalgte og avdelinger. I tillegg rapporteres AML brudd til Arbeidsmiljøråd og AMU. En del av årsaken til reduksjon i antall AML brudd, ligger trolig i denne oppmerksomheten.

Tiltak:

- Fortsatt fokus fra ledelsen og tillitsvalgte i å utarbeide gode kalenderplaner som reduserer risikoen for AML brudd.
- Ledere må følge opp når inngåtte dispensasjoner på utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene er utløpt, at disse blir revurdert og eventuelt fornyet
- Er viktig at ledere passer på at inngåtte dispensasjoner blir lagt inn korrekt i vårt system for arbeidstidsregistrering. Har tidligere blitt avdekket at feil her vil uriktig kunne telle AML brudd

4.3 Personalskader

Det var i 2020 registrert 23 avviksmeldinger knyttet til typen «Skademelding Personal», vårt avvikssystem. Året før (2019) var dette tallet 27.

Oppsummert om personskader

De fleste personskadene som er registrert, er knyttet til fall eller feil belastning ved forflytning av pasienter. Kutt- og klemskader på hånd er også en del registrering på.

Det gjøres oppmerksom på at det innenfor typen avviksmelding «HMS» kan «skjule» seg enkelte registreringer som inneholder personskader. En slik manuell kontroll/telling er ikke gjennomført.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Fokusområde/delområde	X		

Begrunnelse for risiko valg: Registrering og behandling av avvik knyttet til personskader fungerer etter hensikten i HSYK. Slike avvik får berettiget oppmerksomhet på oppstått nivå og i Arbeidsmiljørådet da de kan omhandle skade med fravær eller feil/mangle på utstyr.

4.4 HMS- og stikkskadeavvik

	2019	2020	Endring
HMS	67	212	145
Stikkskade	26	21	-5

Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

I HSYK benyttet avvikssystemet aktivt for å melde HMS avvik. Den store økningen mellom 2019 og 2020 skyldes to forhold.

I fbm. med det som omtales som «kreftkirurgi-saken», ble det registrert opp mot 100 HMS avvik. Avvikene gjenspeiler kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt

mellom foretaksledelse¹ og enkeltenheter. Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslingssakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.

Den andre økningen skyldes Covid-19. Ca.20 avvik omhandler mangel eller feil på smittevernutstyr eller feil eller mangler knyttet til rutiner i fht. smittevern.

Justert for de omtalte avvikene, har HSYK en liten økning i antall HMS avvik sammenlignet med året før på ca.20-30 stk.

Når det gjelder stikkskader er det en nedgang sammenlignet med året før på 5 stk. Det er vanskelig å være sikker på at det skyldes færre stikkskader eller om det skyldes at det er færre som registrerer oppståtte stikkskader. Årsaken til dette ligger i at stikkskader har et eget avviksformular i avvikssystemet og en egen rutine i kvalitetssystemet som skal følges. Å følge disse rutinene ved stikkskader, kan for enkelte oppleves så omfattende at de unnlater å registrere avviket.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. HMS avvik	X		
2. Stikkskade avvik		X	

Begrunnelse for risiko valg:

1. Registrering og behandling av HMS avvik fungerer etter hensikten i HSYK
2. **Tiltak:** Avklare om det er behov for gjennomgang og harmonisering mellom rutine for stikkskade PR4857 og avviksformularet for stikkskader i DocMap. HMS-rådgiver i HSYK tar kontakt med leder for smittevern.

4.5 REVISJONER

Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet

Avsluttet	Pålegg	Avd	Område
17.3.20	1	BUP MIR	Psykiatritjenesten
Utsatt		Ambulansetj.	PREH (oppfølgingstilsyn)
11.11.20	2	VOP MIR	Psykiatritjenesten
23.12.20	2	VOP og Rus SSJ	Psykiatritjenesten
26..1.21	2	BUP SSJ	Psykiatritjenesten
Pågår	2	BUP Br.sund	Psykiatritjenesten
Pågår	2	VOP og Rus Br.sund	Psykiatritjenesten

Oppsummering tilsyn

Foruten tilsynet mot Ambulansetjenesten, var alle øvrige tilsyn, strategiske tilsyn med felles tema. Disse var:

- Systematisk HMS-arbeid knyttet til vold og trusler
- Organisatoriske forhold som kan påvirke risikoen for å bli utsatt for vold og trusler
- Ledelse og medvirkning
- Arbeidsmiljøutvalgets funksjon
- Informasjon, opplæring og øvelse knyttet til risiko og håndtering av vold og trusler
- Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger
- Bruk av bedriftshelsetjeneste

Det var i hovedsak tre forhold/pålegg som kom frem under tilsynene

1. Plan for bistand og bruk av bedriftshelsetjeneste

¹ Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

2. Opplæring i fht. vold og trusler
3. Risikovurdering, kartlegging, tiltak og planer i fht. vold og trusler

Når det gjelder bruk/bistand fra bedriftshelsetjenesten, planlegges det å lage slike planer annet hvert år for hver driftsenhet. I dette arbeidet inkluderes vernetjenesten i samarbeid med ledelsen og bedriftshelsetjenesten i respektive enheter.

Når det gjelder opplæring i fht. vold og trusler, er det gjort avtale med bedriftshelsetjenesten for å gjennomføre kurs. Kursene er planlagt gjennomført på hver av våre tre sykehus, hvor deltakere etter gitte kriterier kan melde seg på. Kursene skal gi nødvendig kompetanse for at deltakerne kan gjennomføre kartlegging, risikovurdering, tiltak og planer i fht. vold og trusler på egen avdeling.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. Bruk/ bistand fra bedriftshelsetjenesten		X	
2. Opplæring i fht. vold og trusler	X		
3. Kartlegging, risikovurdering m.m.		X	

Begrunnelse for risiko valg:

1. Er ikke gjennomført da 2021 blir første året for de fleste driftsenhetene
Tiltak: HR som ansvarlig for avtale med HSYK sin BHT avtale, følger dette opp og implementerer ny rutine for dette i Personalhåndboken
2. Er inngått avtale og vil bli iverksatt.
 - a. Ifht. covid-19 er det en pågående vurdering om dette kan gjennomføres på nett, da det som utgangspunkt var planlagt som tre fysiske samlinger
3. Gjennomføres som en konsekvens ifht. pk.2
Tiltak: Ledere som etter behov deltar på opplæring ifht. fare for vold og trusler, skal utarbeide interne planer basert på kartlegging og risikovurdering i egen avdeling

Ekstraordinære arbeidsmiljøtiltak i 2020

Helgelandssykehuset har gjennom 2020 gjort satt arbeidsmiljø ekstraordinært på dagsorden. Bakgrunnen for dette er at den langvarige strukturdebatten har satt spor i organisasjonen. Sammenfallende med helseminister Høies beslutning om framtidig sykehusstruktur på Helgeland ble tarmkreftkirurgi satt på dagsorden i Helgelandssykehuset etter gjennomgang av kvalitetsstall fra kreftregisteret. I tillegg har de krevende varslingssakene satt sine spor. Flere har uttrykt at dette til sammen har satt press på arbeidsmiljøet. Dette gjorde at foretaket i begynnelsen av 2020 satte ekstra fokus på arbeidsmiljø. Det foreligger nå en rapport om dette arbeidet, som oppsummerer slik:

Ordinære HMS-indikatorer gir ikke indikasjon på utfordringer i arbeidsmiljø, med unntak av økningen i antall HMS-avvik. Andre tilbakemeldinger og bekymringsmeldinger gir derimot informasjon om at grupper av ansatte opplever arbeidsmiljø som utfordrende.

Arbeidsmiljøutfordringene i 2020 kan i hovedtrekk oppsummeres slik:

- *Kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt mellom foretaksledelse² og enkeltenheter.*

² Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

- *Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslingssakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.*

Det har vært gjennomført ekstraordinære tiltak gjennom hele 2020 og begynnelsen av 2021. Foreslåtte videre tiltak har fokus på fag/pasienten, ledelse, samhandling og dialog. Tiltakene er foreslått slik at arbeidsmiljøutviklingen i Helgelandssykehuset så raskt som mulig tilbakeføres til ordinære roller og aktiviteter. Samtidig foreslås det at utviklingsprosesser forøvrig gjennomføres på en slik måte at de støtter oppunder arbeidsmiljøutviklingen.

Foretaket har gjennom 2020 gjennomført et stort antall dialogmøter om tema, og foretaksledelsen vedtok 2.3.21 videre tiltak for ivaretagelse av arbeidsmiljø framover. Disse handler i hovedsak om å sikre at alle enheter og staber ivaretar HMS på systemnivå, fokus på fag og samhandling. Tiltakene har også fokus på å så snart som mulig komme tilbake til at gjennomføring av «ordinær» HMS systematikk skal være tilfredsstillende for å ivareta arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset.

4.6 OPPSUMMERING

HSYK har mange HMS relaterte aktiviteter. Arbeidsmiljøutvalget gjennomførte 5 møte og behandlet 47 saker. De seks Arbeidsmiljørådene (underutvalg til AMU) gjennomførte tilsammen 24 møter. Alle utvalgene er partssammensatt. Det var også møteaktivitet i AKAN utvalget siste året.

I 2020 er det et par saker som har krevd en del ressurser i HMS og arbeidsmiljø. Den ene saken omhandler Kreftkirurgien i HSYK. Her har samarbeid, kommunikasjon og ledelse blitt satt på flere utfordringer som igjen har preget og påvirket arbeidsmiljøet. Både for enkeltpersoner og for samarbeidsmiljøet mellom enkelte enheter.

Den andre saken omhandler innelima i hovedbygget til Psykiatrisk senter i Mosjøen. Her har både ledelsen ved senteret og byggeier (Drift & Eiendom) brukt mye ressurser, både i form av tid og økonomiske midler. Årsaken til dette arbeidet er med bakgrunn i at enkeltpersoner har meldt om ulike helseplager over tid som de knytter til innelima. Når slikt oppstår er særdeles viktig å gripe fatt i saken, bygget er en daglig arbeidsplass for rundt 50 personer. Bedriftshelsetjeneste har blitt engasjert og gjennomført både kartlegginger, undersøkelser og skrevet rapporter. I tillegg har Mycoteam blitt engasjert (spesialfirma ifht. innelimaproblematikk) for å gjennomføre tilsvarende undersøkelser, men på et grundigere nivå. Ventilasjonsfirma har også kontrollert ventilasjonsanleggene. Det foreligger mye dokumentasjon om bygget. Det er anbefalt en rekke tiltak hvor de aller fleste allerede er gjennomført eller planlagt gjennomført. Ifht. rapport fra Mycoteam har bygget en slik status at det er helsemessig forsvarlig å benytte, selv i perioden inntil de ulike anbefalte tiltak er utført. Når de ulike undersøkelsene ikke avdekker åpenbare sammenhenger mellom opplevd helseproblem og innelima, har HSYK vha. bedriftshelsetjenesten kontaktet AMA v/UNN (Arbeids- og miljømedisinsk avdeling). AMA er et kompetansesenter for arbeid, miljø og helse. AMA starter på dette oppdraget tidlig i 2021.

I 2020 ble kartleggingsmetodikken som vi kaller HELHETs modellen og som er utviklet lokalt benyttet i enkelte avdelinger med høyt fravær.

HSYK er med i nasjonalt bransjeprogram IA i sykehus og leder det Regionale Nærværnettverket i Helse Nord.

Siste året ble HMS-håndboken revidert i sin helhet. Det ble gjennomført i fbm. at håndboken ble flyttet fra et dokumentasjonssystem til et annet.

Den 2.3.21 vedtok foretaksledelsen tiltak for oppfølging av det ekstraordinære fokuset på arbeidsmiljø knyttet til tarmkreftkirurgi og strukturdebatt.

5 Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker

5.1 Tilsyn

I 2020 ble det gjennomført følgende tilsyn:

Saksnr	Tittel	Type	Avdeling	Status	Innhold
2020/193	Tilsyn - Arkivholdet Helgelandssykehuset HF	Arkivverket	Senter for kommunikasjon	Utsatt til juni 2021	
2020/914	Tilsyn - Luftambulansetjenesten/AMK	Helsetilsynet	Enhet for prehospitaler tjenester	Helsetilsynet har forlenget saksbehandlingstid.	
2020/112	Tilsyn - Statens helsetilsyn	Helsetilsynet	Helgelandssykehuset	Pågår	Tarmkreftkirurgi
2020/1727	Tilgjengelighet til IKT-system - Sta	Kartlegging	Senter for fag, forskning og utdanning	Kartlegging av tilgjengelighet til IKT-system	Info er sendt

I 2020 hadde vi svært lite besøk av tilsynsmyndighetene. De fleste var fra Arbeidstilsynet, se kap. 4.5. Tilsynet fra Helsetilsynet vedr. tarmkreftkirurgi saken pågår fortsatt. Tilsyn følges veldig bra opp internt.

5.2 Interne revisjoner

- 2020/1641 farmasøytisk tilsyn blodbank Mosjøen 26.05.20
 - Det ble ikke avdekket avvik eller merknader
- Miljørevisjoner er foretatt ved ulike avdelinger, tas opp i Miljø delen av ledelsens gjennomgang.

5.3 Interne revisjoner fra Helse Nord RHF

- 2019/1584 Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2019 - Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord
 - Oppfølgingssvar er sendt. Helse Nord ønsker nå å starte et prosjekt som skal se på utvikling av indikator for ventetid og svartid.
- 2019/2173 Oppfølging av internrevisjonsrapport 08/2017 Antibiotikabruk i Helgelandssykehuset HF
 - Oppfølgingssvar er sendt.
- 2019/3345 Oppfølging av internrevisjonsrapport 05/2020 - innleie av helsepersonell i Helgelandssykehuset HF
 - Handlingsplan er besluttet.
- 2020/1231 Oppfølging av internrevisjonsrapport 11/20 - Behandling av personopplysninger i Helse Nord
 - Tiltaksplan er utarbeidet, mange punkter må koordineres med HN-IKT.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Tilsyn og interne revisjoner		X	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Tilsyn og interne revisjoner er at tilsyn følges veldig godt opp internt, for egne interne revisjoner for 2020 så ble det bare gjennomført en og det blir et for lite grunnlag å vurdere på. De interne revisjonene utført fra Helse Nord RHF var oppfølginger på tidligere gjennomførte internrevisjoner, og her ble oppfølgingssvar sendt.

5.4 Innmeldte pasientklagesaker

Fylkesmannens tilsynssaker 2017	Fylkesmannens tilsynssaker 2018	Fylkesmannens tilsynssaker 2019	Fylkesmannens tilsynssaker 2020
20	26	16	22
NPE saker 2017	NPE saker 2018	NPE saker 2019	NPE saker 2020
49	48	48	59
Pasient- og brukerombud 2017	Pasient- og brukerombud 2018	Pasient- og brukerombud 2019	Pasient- og brukerombud 2020
25	8	3	2
Andre klager fra pasienter 2017	Andre klager fra pasienter 2018	Andre klager fra pasienter 2019	Andre klager fra pasienter 2020
27	11	14	27

Saksbehandlingstiden på mange pasientklagesaker er veldig høy, det er ikke unormalt at det tar 1-2 år før saken er avsluttet. Vi får svært ofte purringer i disse sakene.

- Antall saker via Pasient- og brukerombudet ser vi går markant ned fra 2017 til 2018, dette mener arkivpersonalet kan skyldes at de sakene går nå oftere direkte til Fylkesmannen/Statsforvalteren.
- Antall NPE saker har vært veldig stabile inntil 2020, da økte det med 11 stk.
- Antall andre saker ser vi varierer.

Hvorfor antall saker varierer er vanskelig å si noe konkret om, men det viktigste er at sakene blir behandlet innen offentlig saksbehandlingstid, og at vi også her lærer av hendelsene. Dersom vi gjør det, dokumenteres det i for liten grad til at vi kan si at vi gjør det.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasientklagesaker		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Pasientklagesaker er at vi får for mange purringer på disse sakene, det kan være behov for å endre rutinene her vedr. oppfølgingen her. Standard svarbrev på disse klagen kan være et tiltak. Ellers ser vi at kommunikasjon/lytte bedre til pasient er et forbedringsområde i mange av sakene her.

Tiltak:

1. Saksbehandlingstiden i mange pasientklagesaker er for høye, rutinene rundt ansvar og oppgaver vedr. saksbehandling må revideres, ansvarlig SFFU.
2. Kontroll når vi mottar sak fra NPE om hendelsen er registrert i Docmap, ansvarlig SFFU/Arkiv.

6 Klima og miljø

Ledelsens gjennomgang for klima og miljø baseres på PR34984.

For gjennomgang se vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang miljø for året 2020.docx
- Samsvarsvurdering Helgelandssykehuset for året 2020.docx

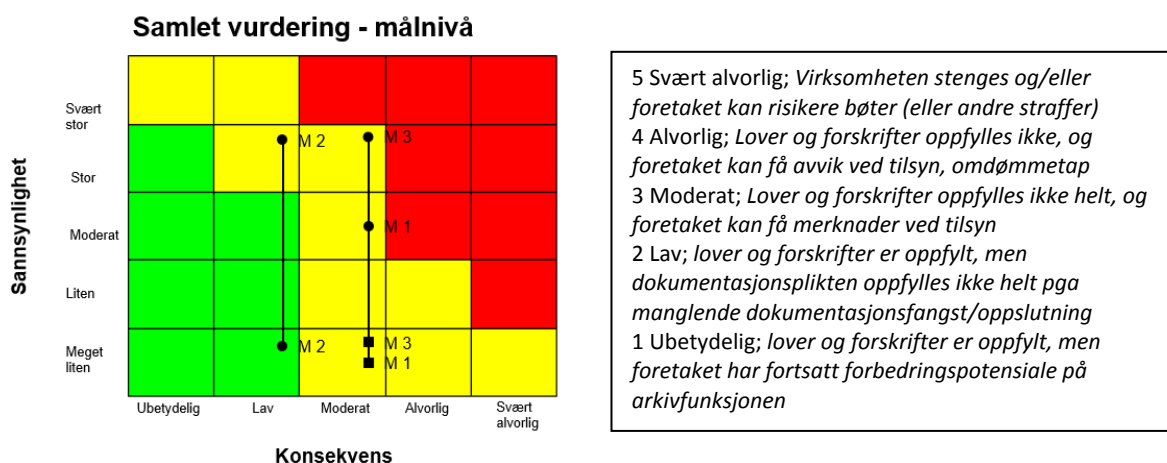
Oppsummert vurdert risiko klima og miljø:

Område	Ivaretatt	Følges opp	Krav om handling
Ad 1 - Miljømål	x		
Ad 2 - Miljøpolitikk	x		
Ad 3 - Revisjoner	x		
Ad 4 - Kompetanse	x		
Ad 5 - Avvik		x	
Ad 6 - Kostnader	x		
Ad 7 - Lovverk	x		
Ad 8 - Samsvarsvurdering	x		
Ad 9 – Kontekst og interessepartnere	x		
Ad 10 - Oppfølging	x		

7 Informasjonssikkerhet og personvern – unnt. off, jfr offl.lovens § 24

8 Arkivtjenesten

Det ble gjort en gjennomgang av arkivfunksjonen (ROS-analyse) 21.1.21, som viste et samlet risikonivå hvor foretaket hadde for høy risiko på alle tre områder. Enkelte risiki innenfor hvert område hadde også noen røde score.



ROS-analysen bekreftet oppfattelsen av området, og resulterte i en plan for lukking av mangler. Sykehusledelsen vedtok arkivplan og plan for lukking og mangler i SL-sak 48/2021 den 16.2.21, og gjennomføring av planen ble påbegynt umiddelbart.

Status på området pr. 3.3.21:

a) Status arkivfunksjonen på systemnivå

Foretakets arkivtjeneste og ledergruppe har god oversikt over mangler på systemnivå. De fleste mangler er nå lukket, og det viktigste som gjenstår er

- Oversikt og informasjon om alle IKT-systemer i foretaket, samt gjennomgang av godkjenning for de som behandler arkivverdige materiale.
- Etablere en rutine for årlig ROS-analyse av arkivfunksjonen
- Sikre tilsvarende oversikt og kontroll på enhets-/stabsnivå som nå er gjort på foretaksnivå. Herunder lage planer for lukking av eventuelle mangler.

b) Status arkivfunksjonen forankring og oppslutning

Det er påbegynt et arbeid for å sikre høyere forankring og oppslutning. Arbeidet ble i februar godt forankret i foretaksledelsen og på stabsledernivå, og det er nå satt opp møtepunkter for å ta dette arbeidet videre i den enkelte stab og enhet. Det som gjenstår er

- Gjennomgang i den enkelte stab og enhet når det gjelder myndighetskrav, egne rutiner og retningslinjer, egne mangler, utarbeide planer for forankring i den enkelte stab/enhet, samt opplæring og veiledning.
- Skape felles faglig arena på tvers for merkantilt personell, superbrukere og saksfordelere i enheter og staber

Dette er få punkter, men det vil kreve tid og engasjement å få dette til. Med mange pågående oppgaver vil arbeidet måtte strekkes utover i tid, og man starter med gjennomgang i stabene først. På enhetsnivå, er enhetsdirektører kalt inn til oppfriskningskurs i elements som en start på arbeidet.

c) Status arkivfunksjonen fysiske arkiver og avlevering

Det ble vedtatt en plan for avlevering av fysisk pasientarkiv til Norsk Helsearkiv våren 2019. Prosjektet er tildelt budsjettmidler og arbeidet er i gang. Dette arbeidet vil ferdigstilles før ytterligere fokus på avvikling av fysisk arkiv. Målet er at alle fysiske arkiver avvikles over år, og materiell kasseres, deponeres eller digitaliseres. Det vil ta år å ferdigstille dette arbeidet. Det er påbegynt en jobb med å se om det må gjøres midlertidige tiltak for de arkivene som ikke tilfredsstillende lover og forskrifter. Dette for å redusere risiko noe.

d) Status på innhold i sak-/arkiv

Det er vanskelig å estimere hva det reelle dokumentfangstnivået skal være før foretaket har tilfredsstillende dokumentfangst. Det er likevel grunn til å tro at antallet bør forhøyes en del når flere tar systemet i bruk.

Tallene under viser at foretaket de siste årene har hatt en gradvis økt bruk. Det kan likevel se ut til at antall henvendelser som besvares i eller besvares og deretter legges i Elements er for lavt. Det kan også umiddelbart se ut til at dokumenter blir liggende for lenge i Elements før de besvares. Når det nå gjennomgås stab for stab og enhet for enhet, så er det å tro at foretaket får en bedre oversikt over realitetene i dette.

Ubesvart post (restanser) pr. 1.3.21	628
Ubesvart post eldre enn 2 mnd.	275

Journalposter under arbeid (reserverte/kladder)	145
Journalposter under arbeid eldre enn 2 mnd.	22
Inngående hittil i 2021	1383
Utgående hittil i 2021	498
Inngående 2020	8838
Utgående 2020	2663
Inngående 2019	7279
Utgående 2019	1230
Inngående 2018	7286
Utgående 2018	1707
Antall brukere i Elements	1983

e) Arkivtilsyn juni 2021

Foretaket er varslet om arkivtilsyn 9. og 10. juni 2021. Ut fra ROS-analysen som er gjort, er det å anta at foretaket vil få avvik og merknader i tilsynet. Det er likevel et mål å fortsette det påbegynte arbeidet fram mot tilsynet og at foretaket i hovedsak selv har god oversikt over mangler og er godt i gang med å lukke disse på det tidspunktet tilsynet gjennomføres. Arkivtilsynet gir en god mulighet for å lære mer og få en grundig gjennomgang av tilstanden på området. Etter tilsynet vil plan for lukking av mangler justeres ut fra tilsynsrapport.

9 Oppsummering

Oppsummering og oversikt over alle fokusområdene:

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Styringsparametrene		x	
Styrende dokumenter		x	
Avviksmeldinger og behandlinger		x	
Pasienthendelser		x	
Helse Miljø og sikkerhet		x	
Tilsyn og interne revisjoner		x	
Pasientklagesaker		x	
Klima og miljø	x		
Informasjonssikkerhet og personvern		x	
Arkivtjenesten		x	

Evt. tiltak og oppfølging blir beskrevet innen hvert fokusområde.

Vedlegg:

- Risikovurdering av styringsparametrene 1 tertial.xlsx
- Ledelsens gjennomgang miljø for året 2020.docx
- Samsvarsvurdering Helgelandssykehuset for året 2020.docx
- Plan for lukking av mangler vedrørende arkiv status 210302.xlsx
- Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset - rapport intern saksforberedelse - tiltak vedtatt SL 020321.pdf
- undersokelse-av-helseforetakenes-forebygging-av-angrep-mot-sine-ikt-systemer.pdf