

# Årlig melding 2017

## Helgelandssykehuset HF



## Innhold

<b>1</b>	<b>Om rapporteringen .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....</b>	<b>4</b>
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	4
3.2	Somatikk.....	8
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	12
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	16
3.5	Kvalitet.....	18
3.6	Pasientsikkerhet.....	20
3.7	Smittevern.....	21
3.8	Andre områder .....	23
3.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	23
3.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	23
3.8.3	Beredskap.....	24
3.8.4	Forskning og innovasjon .....	25
<b>4</b>	<b>Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....</b>	<b>27</b>
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	30
<b>6</b>	<b>Innfri økonomiske mål i perioden .....</b>	<b>34</b>
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	34
6.4	Anskaffelsesområdet.....	35
<b>7</b>	<b>Risikostyring og internkontroll.....</b>	<b>36</b>

# 1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

**I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord.** For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

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

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

#### 3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
  - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
  - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
  - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
  - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
  - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikatorers relevans for ulike fagområder.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Flott at disse dataene nå er tilgjengeliggjort i HN LIS fra des17. I perioden august til desember har andel og antall vært stabilt for foretaket. Arbeidet med variasjon er ikke kommet igang i 2017.</li><li>○ Definisjonen på denne variabelen får endret innhold fra 16 til 17, slik at sammenligning ikke lar seg gjøre. (jf. definisjon av NPR mld 53 og kodeverk 8444). Andelen for HSYK er i 2017 3,5%.</li><li>○ Ingen endring for psykisk helsevern, lav ventetid og få fristbrudd i foretaket innenfor fagområdet. Redusert andel nyhenviste for ortopedi, henger sammen med økt andel kontroller.</li><li>○ Andel kontroller uforandret fra 16 til 17 for foretaket.</li><li>○ Andel konsultasjoner utenfor behandlingssted 1,7%</li></ul> |
|---|

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

<p>Intern tverrfaglig arbeidsgruppe for oppfølging av kostbare legemidler (H-reseptlegemidler og områdene kreft og autoimmune legemidler) opprettet. Gruppen har kartlagt hvem som forskriver legemidlene, samt revidert prosedyre for valg av legemiddel og utarbeidet prosedyre for koding av H-resepter. Implementering av prosedyrer pågår. Oppfølging av kostbare legemidler medisinsk poliklinikk pågår. Statistikk utarbeidet. Stipulering av kostnader for overføring av nye legemidler 2018 påbegynt.</p>
--

3. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de

## Rapportering på OD 2017

kliniske rettsmedisinske undersøkelser som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset.

Undersøkelser ivaretas i stor grad av barneleger fra NLSH. Men det er etablert samarbeidsrutiner med barnelege ved sykehusenheten i Sandessjøen som bidrar når det er lar seg gjennomføre.

4. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

1. Meldingsutveksling og samhandling  
PLO har vært i drift i somatikken siden 01.01.13.  
PLO har blitt tatt i bruk i psykisk helse og rus 01.11.17 for døgnavdelingene på Helgeland. Helgeland har tatt i bruk tjenestebasert adressering mot kommunehelsetjenesten. Kan derfor også sende EDI meldinger direkte til en type tjeneste i kommunen for eksempel legetjeneste og sykepleietjeneste. Kan etter avtale med kommunen brukes for å ettersende epikriser eller sårprosedyrer også når pasienten er utskrevet.

2. Kjernejournal slått på 01.11.16  
Er opp i målsetting om antall oppslag for Helgeland. Er i gang med registrering på kritisk info på Dialyse, cytostatika - pasienter (kreftpoliklinikk) og på pacemaker -pasienter.

3. E-resept slått på 01.11.16  
Det er fortsatt en utfordring rundt samstemming av medikamenter elektronisk. Mulitdoselister er fortsatt utenfor reseptformidleren som gjør det arbeidskrevende å oppdatere Lib-listen i DIPS.  
Det arbeides fortsatt med å få alle til å ta i bruk e-reseptmodulen.

5. Iverksette tiltak for å stimulere til flere metodevurderinger på medisinsk utstyr og organisering av tjenester.

Det er ikke igangsatt tiltak for å stimulere til metodevurdering på medisinsk utstyr eller organisering av tjenester

6. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner.

Det er planlagt gjennomført endringer i ambulansesstrukturen i Helgelandssykehuset. Endringsforslaget er ROS analysert, behandlet i styret- og ledermøter og berørte samarbeidspartene er informert.

7. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»<sup>1</sup>.

Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet en egen ernæringsstrategi. Det er etablert rutiner og retningslinjer for ernærings screening/kartlegge risiko for underernæring på innlagte pasienter i DocMap SJ1244/RL2419

8. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Foretakskoordinator for Barn som pårørende har informert om de regionale fagprosedyrene i enhetsdirektørens ledergrupper ved de tre enhetene. Ledergruppene var også utvidet til å omfatte alle lederne ved den enkelte enhet i denne saken. Det er laget tilpassede prosedyrer ved den enkelte avdeling.

9. Følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, sammen med Helse Nord RHF.

I forhold til legemiddel er persontilpasset medisin særlig aktuelt for pasienter med kreft, svært alvorlige sykdommer og infeksjonssykdommer. For disse pasientgruppene starter behandlingen ofte ved UNN HF/NLSH HF.

10. Etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale IKT-systemer innenfor retningslinjer gitt av systemeier. Helse Nord IKT skal forvalte administratortilganger på systemene som er en del av Helse Nord's felles infrastruktur.

Dette område ivaretas i all hovedsak av Helse Nord IKT, FSE og FSR i tillegg til ulike regionale råd. Helgelandssykehuset har noen systemer innenfor Drift & Eiendom (SD-anlegg, telefoni, personsøkertj, calling, div alarm, adgangskontroll, m.m.) som forvaltes lokalt, men også her skjer det en regional tilnærming, spesielt innenfor telefoni.

11. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Ingen tiltak iverksatt i HF, men det blir underskrevet avtale om bistand fra Finnmarkssykehuset v/SANKS for å løse/dekke behov for spesialisthelsetjenester. Ingen egen utdypning fra helse Nord. Helgeland har en liten sørsamisk populasjon som ikke praktiserer sørsamisk som språk i det daglige

12. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

---

<sup>1</sup> «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

- I samarbeid med Sykehusapotek Nord HF er det utarbeidet en overordnet veileder for risikovurdering av legemiddeltilberedning, samt en analysemal med definisjon av kritiske suksessfaktorer og risikomomenter for tilberedning av legemidler. Analysemalen er testet gjennom flere PDSA-sirkler.
- Veileder for legemiddeltilberedning ble godkjent i fagsjefmøte i Helse Nord 07.12.17. Analysemalen er godkjent i ledergruppene i Sykehusapotek Nord HF og Helgelandssykehuset HF.
- Risikovurdering er utført ved 4 avdelinger på Helgelandssykehuset. Resultatene fra risikovurderingene er presentert for foretaksledelsen.
- Farmasøyter ved Helgelandssykehuset har tatt initiativ til å opprette en regional arbeidsgruppe i Sykehusapotek Nord for risikovurdering av legemiddeltilberedning. Gruppen startet sitt arbeid i november 2017, og skal sikre enhetlig og regional implementering av arbeidet. Arbeidsgruppen jobber med å utarbeide en felles standard for anbefalte risikoreduserende tiltak knyttet til tilberedning av legemidler.

13. På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsøyfe», utarbeidet i FIKS2-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsøyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Helgelandssykehuset kjenner ikke til at dette arbeidet er satt i gang, eller at Helse Nord RHF har bestemt hvem som skal lede arbeidet.

14. Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no.

Helgelandssykehuset har etablert egen redaksjon for nettsidene, og avsatt 60 % ressurs til arbeid med utvikling og kvalitetssikring av behandlingstekster til nettsidene. Arbeidet bygger på felles informasjon og beskrivelser i nasjonal regi. Vi deltar også i arbeidet med å markedsføre og utvikle den nasjonale helseportalen helsenorge.no. Helgelandssykehuset var i 2016 pilot og pådriver for utvikling av SMS-varsling i regi av DIPS for foretakene i Helse Nord. Helgelandssykehuset har i løpet av 2016 doblet antall behandlingstekster på nettsidene til nærmere 100 publiserte.

15. De nasjonale systemene for oppgjørskontroll (CTRL) og samkjøringssystemet skal implementeres på pasientreisekontorene i henhold til den vedtatte implementeringsplanen.

Det automatiske systemet for oppgjørskontroll (CTRL) er implementert og kontrollerer ca 70% av alle kjørte taxiturer på Helgeland. En stor taksameterleverandør (Halda) har ikke systemet på plass for å levere til elektroniske kontroll. Når denne kommer på plass vil over 90% av alle taxiturer kunne kontrolleres automatisk.

Det nasjonale samkjøringssystemet er forsinket med minst et år. Oppstart og bruk på Helgeland vil være tidligst 1. kv. 2019.

---

<sup>2</sup> Felles innføring kliniske systemer

16. Pasientreisekontorene skal ferdigstille og implementere metode for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering innen 31. desember.

Helgelandssykehuset har sammen med de fire andre Pasientreisekontorene i Nord Norge etablert et felles system for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering. Helgelandssykehuset slutter seg fullt ut til den omforente løsningen og vil være i praktisk bruk i løpet av første kvartal 2018.

17. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Kompetansen innen psykisk helsevern og TSB vurderes å være tilfredsstillende, selv om det i noen tilfeller kan være utfordrende å finne egnet behandlingstilbud, særlig døgntilbud for pasienter som ikke er så krevende at de kvalifiserer for innleggelse i nyopprettet tilbud ved Nordlandssykehuset.

Habiliteringstjenesten er organisert sammen med psykisk helsevern og TSB og kan gjensidig utnytte hverandres kompetanse. Det er iverksatt arbeid med å etablere rutiner for å strukturere samarbeid og ansvarsfordeling mellom psykisk helsevern, TSB og habiliteringstjenesten

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helgelandssykehuset:**

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser ANS har overført saken skal være mindre enn 8 dager.

Den 31.12.17 var lokal saksbehandlingstid 20,8 dager.

Den nasjonale løsningen er ikke et tilstrekkelig automatisert og krever langt mer manuell saks-behandling enn det nasjonale prosjektets estimerer. Estimert bemanningsbehov pr 31.12.17 var 10,7 årsverk, mens forbruket er nærmere 20 årsverk.

Pasientreiser HF overtok 01.01.2018 oppgaven og ansvaret med å avregne alle pasientreiseregninger i Norge. 7 ansatte + 5 vikarårsverk ble virksomhetsoverdradd fra Helgelandssykehuset HF til Pasientreiser HF fra samme dato.

## **3.2 Somatikk**

1. Implementere pakkeforløp hjerneslag.

Det ble gjennomført opplæring i regi av Helse Nord om pakkeforløp hjerneslag 18.1.2018. Alle tre sykehusenhetene var representert på opplæringen. Alle tre sykehusenhetene har «slagalarm», organiser mottak av alvorlig syke etter BEST modell med jevnlig trening. Så

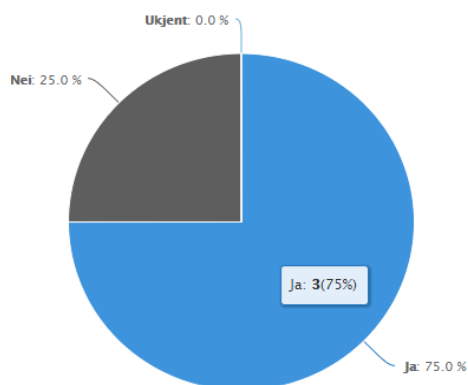


«pakkeforløp» er på det nærmeste innført. Felles oppstartdato for pakkeforløp hjerneslag i Helse Nord i begynnelsen av februar.

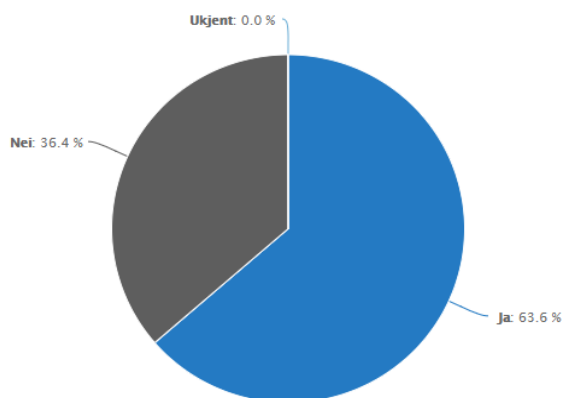
2. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Data hentet: 23.1.2018

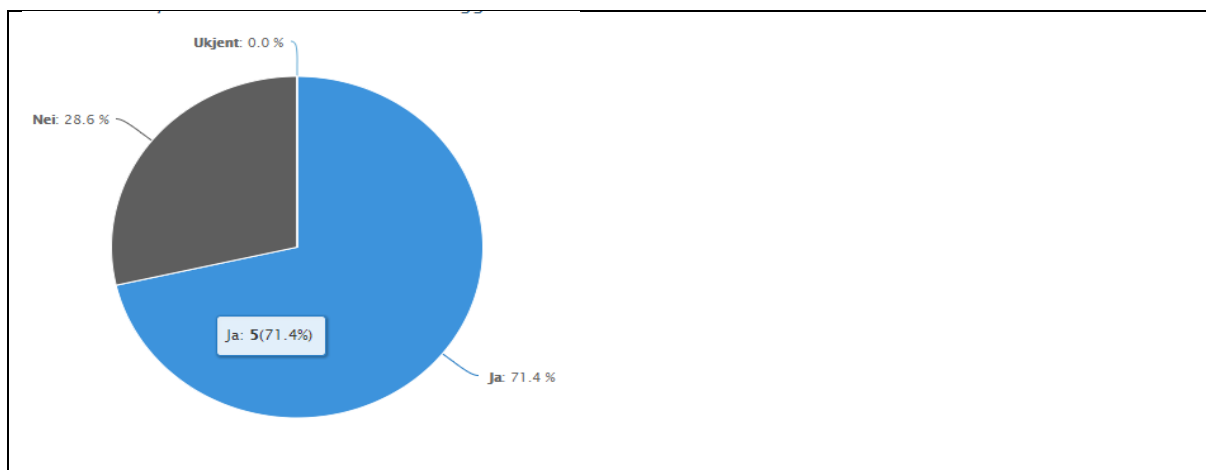
Helgelandssykehuset Mo i Rana Data fra Norsk hjerneslagregister data fra 1.1.2017-31.12.2017 =75 %



Helgelandssykehuset Sandessjøen Data fra Norsk hjerneslagregister data fra 1.1.2017-31.12.2017=64%



Helgelandssykehuset Mosjøen Data fra Norsk hjerneslagregister data fra 1.1.2017-31.12.2017= 71%



3. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

22 dialysepasienter, hvorav 10 har peritoneal dialyse hjemme, dvs. 45% i hjemme dialyse. Det er NLSH som har behandlingsansvaret for pasienter med hjemme dialyse så dette spørsmålet burde rettes direkte til NLSH.

4. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere<sup>3</sup>)

Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp er 81% for 2017 og over måltall.

5. Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

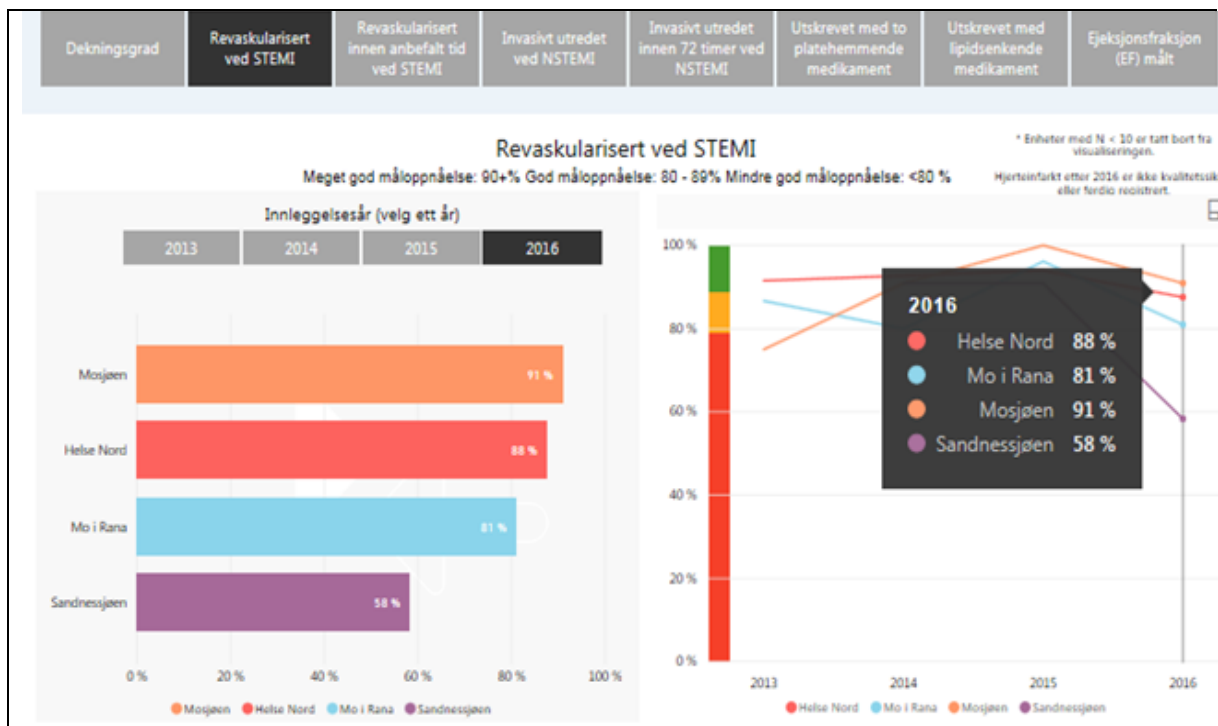
I Sandnessjøen er ART- ambulant rehabiliteringsteam har vært i full drift i hele 2016 og fram til 01.09.2017. Fra september 2017 har vi hatt en vakant stilling i teamet, men vi har opprettholdt driften. Ingen nye former for ambulante tjenester i Sandnessjøen, men drift av ART har gått som planlagt.

6. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.

Jordmor bemanningen er god i forhold til antall fødsler og er i all hovedsak 1:1. Kjenner ikke til at det er meldt avvik pga manglende jordmor ressurser.

<sup>3</sup> Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

7. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombololyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI<sup>4</sup> innen 90 minutter.



Data fra Norsk Hjerterinfarkt register: andel pasienter revaskularisert ved STEMI

Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter <80 år innlagt med STEMI og med <12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt som ble behandlet med trombololyse og/eller koronar angiografi/PCI i sykdomsforløpet

Hva regnes som god målopplevelse på landsbasis:

Meget god måloppnåelse  $\geq 90\%$

God måloppnåelse  $\geq 70\%$

Mindre god måloppnåelse < 70%

**OBS naturlig variasjon/få pasienter per sykehusenhet kan gi store utslag i angitt prosent**

8. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

<sup>4</sup> Perkutan koronar intervensjon

Sykehusenhetene i Helgelandssykehuset har utarbeidet nye rutiner for mottak av akutt hjerteinfarkt. De nye rutinene sørger for raskere start av utredning og behandling, samt at LIS 2 lege skal tilse pasienten.

### Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid<sup>5</sup> (skal være minst 70%).

Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp var pr 20. november 69%. I desember tok HSYK i bruk DIPS Arena for pakkeforløp og får dermed 2 datakilder. Disse har ikke latt seg sammenstille og vi har per tiden ikke komplette data for 2017. Andelen har gjennom året stort sett vært over 70%.

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

I 2016 er det registrert 59 postopphold med tvang på pasienter med bostedsadresse Helgeland. I 2017 er tilsvarende tall 61 postopphold. Ingen signifikant endring. Helgelandssykehuset ligger i utgangspunktet lavest i landet på bruk av tvang.

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Helgelandssykehuset har ikke døgninstitusjoner som er godkjent for tvang. Det er ikke registrert tvangsmiddelbruk 2017.

3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dette er ikke registrert korrekt i DIPS for foretaket i 2017. Det er iverksatt tiltak for å registrere dette korrekt i 2018.

---

<sup>5</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

4. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015<sup>6</sup>.

Det er ikke etablert nye rutiner i 2017, da dette allerede er ivaretatt.

5. Utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene.

Med bakgrunn i overordnet samarbeidsavtale på regionalt nivå, er det inngått avtale med Bufdir om pasienter under 18 år i barnevernsinstitusjon

6. Etablere barnevernansvarlig i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Det er rutiner for å ha barneansvarlig innen hvert organisatoriske område innen psykisk helse og rus.

7. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Foretaket har etablert kontakt med Friomsorgen. Ingen på Helgeland er dømt til narkotikaprogram 2017

8. Kvinner i LAR<sup>7</sup> skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Helgelandssykehuset har implementert endringene i sine informasjonsprosedyrer. Kvinner i LAR får relevant informasjon knyttet til graviditet

9. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene.

PLO meldinger ble tatt i bruk i psykisk helse og rus 01.11.17 for døgnavdelingene på Helgeland. PLO meldingene bidrar til å forbedre samarbeidsrutiner ved utskrivning av pasientene.

---

<sup>6</sup> Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner.

<sup>7</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

10. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Relevante data leveres Norsk Pasientregister ved ordinært rapporteringstidspunkt. Det er avdekket kvalitetsutfordringer i dataregistreringen, og det er iverksatt arbeid med å kvalitetssikre denne.

11. Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/ brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevern enheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Dette er ikke gjennomført jmf. dialog med fagavdelingen i RHF

12. Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

Helgelandssykehuset har implementert endringene i finansieringsordningen, og jobber fortløpende med tilpasning av behandlingstilbudene.

13. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet.

Helgelandssykehuset har hatt en økning på 23% i poliklinisk aktivitet i TSB. Ingen endringer i døgntilbudet

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

Alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har etablert sped- og småbarnsteam

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

Det er satt av penger til LIS-stilling i rus- og avhengighetsmedisin, men foretaket mangler for tiden spesialist i rus- og avhengighetsmedisin.

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:**

1. Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang innen 1. juni.

Helgelandssykehuset jobber med implementering av vaktberedskap innen psykisk helse og rus. Plan for riktig og redusert bruk av tvang ferdigstilles i en forlengelse av det pågående arbeidet.

### Styringsparametere:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"<sup>8</sup> og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

Pr. desember	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Snitt ventetid*	-1 dag	+ 2 dager	+ 10 dager	-15 dager
Funksjonsregnskapet**	0,3 %	2,2 %	-4,5 %	-21,0 %
Årsverk - endring***	-1 %	3 %	0,3 %	2,8 %
Aktivitet poliklinikk	0,8 %	4 %	10 %	23 %
* 'tall fra NPR ** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon pr november *** Sammenlinget med i fjor				

Tabellen viser en økning i gjennomsnittlig ventetid innen PHV og PHBU. Innen TSB er gjennomsnittlig ventetid redusert. TSB har reduserte kostnader mot 2016, som var preget av til dels høye kostnader som en følge av etablering av LAR. Psykisk helsevern og TSB har økning i årsverk og aktivitet sammenlignet med somatikk.

### Andre krav:

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).

Helgelandssykehuset arbeider for å redusere de lange transportene for pasienter innen psykisk helse og rus gjennom økt bruk av ambulansefly. Det opprettes ledsagertjeneste, og det er gjennomført opplæring av ca. 20 personer. Disse er rekruttert fra ambulansetjenesten og

<sup>8</sup> Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkelvi Voss.

psykisk helsevern for voksne i Helgelandssykehuset Brønnøysund, samt ansatte i den kommunale rus- og psykiatritjenesten i Brønnøy. Ny ordning ble implementert i november 2017. Effekten av tiltaket skal følges opp.

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*<sup>9</sup>.

Nordland fylkeskommune har bevilget penger til innovasjonsprosjektet «Kontinuerlig forbedring og helhetlige pasientforløp, HPH» med Alstahaug sykehjem som pilot. Prosjektet har mulighet for at andre helseledere i andre kommuner kan følge denne og evt. videreføre inn i egen organisasjon. Prosjektperiode 1 år med oppstart august 2017. Helgelandssykehuset HF v/Senter for samhandling er invitert inn i prosjektet, men det er ikke avklart om hvem som evt. skal delta.

2. Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset deltar aktivt i dette arbeidet.

3. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Sendt ut avtaler til alle avtalespesialister. Det er underskrevet avtale med 5 av 7 avtalespesialister. De øvrige 2 ønsket avklaring med sin organisasjon / forening.

4. Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Helgelandssykehuset inviterer kommunal helsetjeneste til samarbeid i alle lærings- og mestringstilbud som utvikles og driftes ved foretaket. Det er innført som fast standard. (Tjenesteavtale 2 pkt. 6.6, tjenesteavtale 10 pkt. 3). Helgelandssykehuset (LMS/PKO) har utviklet og etablert helsepedagogisk grunnkurs i fast drift. Hovedfokus på helsefremmende arbeid og pedagogisk virksomhet. Et tilbud til både spesialist- og kommunal helsetjeneste. (pkt 7.1, 7.2 og 7.4 i tjenesteavtale 10). KE-rådgiver v/Helgelandssykehuset HF deltar i arbeidsgruppe på Helse Nord RHF nivå for å utarbeide retningslinjer/funksjonsbeskrivelse gjeldende for alle foretak i RHF`et vedr.:

- Retningslinjer for oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Funksjonsbeskrivelse for koordinator i spesialisthelsetjenesten

Så snart disse er klare vil de bli implementert i Helgelandssykehuset HF, herunder opplæringsmodul i Campus

5. Delta i utarbeidelse av en oppdatert strategi for samhandling med kommunene. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

---

<sup>9</sup> Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.



Helgelandssykehuset deltar aktivt i dette arbeidet.

6. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

- Undervisning i legemiddelhåndtering til ansatte i Helgelandssykehuset, samt til sykepleierstudenter ved Nord universitet Helgeland.
  - Farmasøyter i Sykehusapotek Nord bidrar med utarbeidelse, kvalitetssikring og oppfølging av rutiner for legemiddelhåndtering i sykehusene.
  - Innføring av Tønsys bestillingssystem for legemidler bidrar også til bedre kvalitet i legemiddelhåndteringen.
  - Internopplæring i bruk av kjernejournal, reseptformidler samt DIPS medikamentmodul for leger bidrar til bedre kvalitet på samstemming ved innleggelse og utskrivelse.
  - Prosedyrer for samstemming ved innleggelse og utskrivelse.
  - Farmasøyter i Sykehusapotek Nord bidrar med samstemming av legemiddellister samt legemiddelgjennomganger for pasienter ved tre utvalgte avdelinger.
  - Deltagelse regionalt prosjekt samstemming
  - Samarbeidsavtalene inneholder ikke punkter om legemiddellister og håndtering av dette. Når det er blitt avklaring med primærlegene om rydding i reseptformidleren og avklaring hvordan multidose skal håndteres ift til slik rydding, vil det blir sett på hvordan punkt(er) om legemiddellister kan tas med i neste revisjon av avtalene.
- Så vidt Helgelandssykehuset bekjent er det ikke initiert et felles regionalt arbeid i regi av Sykehusapotek Nord i forhold til samarbeidsavtaler.

7. Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9<sup>10</sup> 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset har ingen egne aktiviteter knyttet opp mot arbeid i Nasjonal IKT. Vi følger de standarder og retningslinjer som Helse Nord RHF/Helse Nord IKT ber oss om å følge.

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset:**

1. Ta i bruk Samhandlingsbarometeret<sup>11</sup> i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

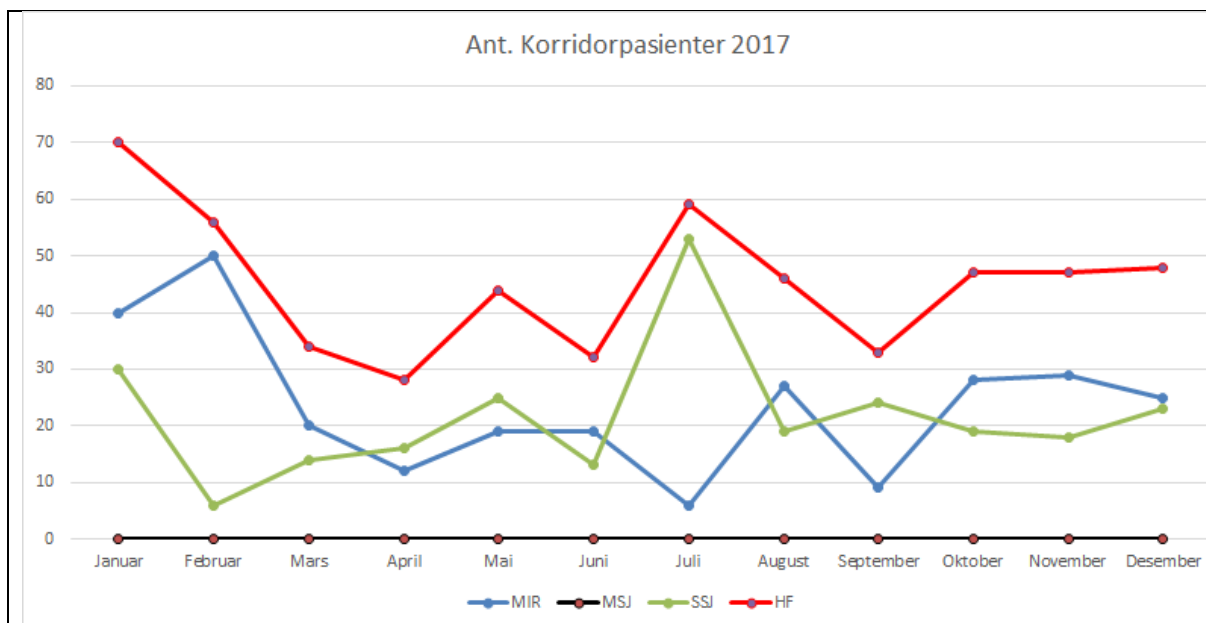
Helgelandssykehuset har ikke tatt i bruk Samhandlingsbarometeret i stor nok grad. Saken presenteres i OSO Helgeland i februar -18.

<sup>10</sup> Én innbygger – Én journal

<sup>11</sup> Kunnskapsbank for samhandling: [www.samhandlingsbarometeret.no](http://www.samhandlingsbarometeret.no)

## Kvalitet

### 1. Ingen korridorpasienter.



Krav til ingen korridorpasient er ikke oppnådd. Sykehusenhetene har ikke beskrevet eller iverksatt nye tiltak for å forbedre dette. Det er fortsatt tett dialog med kommunene for at de skal ta imot utskrivningsklare pasienter og det er fokus på å få ned liggetiden.

### 2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

I 2014 ble det meldt 1489 avvik, i 2015 1623 avvik, i 2016 2408 avvik og i 2017 2536 avvik. Utviklingen viser at vi benytter avvikssystemet i økende grad. Avviksoversikter/statistikk benyttes hver måned i rapporter. Avvik er også bakgrunnsmateriale når risikoanalyser skal gjennomføres. Vi har også tatt i bruk det nye klassifikasjonssystemet for avvikene i Docmap og vi ser nytten av de nye kategoriseringene.

### 3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT<sup>12</sup>-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Foretaket har tatt i bruk ny elektronisk løsning for GTT granskning. De nye dataene i portalen er for små til å ta i bruk i forbedringsarbeid. Resultatene følges opp og vil bli brukt i forbedringsarbeid.

<sup>12</sup> Global Trigger tool

## Rapportering på OD 2017

- Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS<sup>13</sup> og PREMS<sup>14</sup>), samt ta i bruk elektronisk løsning når den er klar. Resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det vil komme nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset har deltatt i kvalitetsnettverket, hvor løsninger for PROMS og PREMS har vært diskutert. Elektronisk løsning er ikke blitt gjort tilgjengelig. Helgelandssykehuset avventer inntil ny felles løsning er klar.

- Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Vi har vært gjenstand for fagrevisjon innen NSTEMI, revisjonsrapport er mottatt. Vi har også dialog vedr. forestående fagrevisjon innen kjemoterapi etter tykktarmskreft.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Helgelandssykehuset har deltatt i utarbeidelsen av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid. Det er ikke tatt beslutning om i hvor stor grad opplæringsprogrammet skal tas i bruk i Helgelandssykehuset

4. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres.

Helgelandssykehuset har videreført opplæringen som ble igangsatt etter HOS prosjektet, der EPJ- rådgivere gjennomførte opplæringen av DIPS brukere.

Helgelandssykehuset har en sak til beslutning som beskriver hvordan opplæring av ansatte/nyansatte skal gjennomføres. Opplæringen skal være målrettet mot profesjon og funksjon og nyansatte vil få et eget program med grunnleggende bruk og forståelse av EPJ.

Det er lagt til rette for at avdelingsledere dokumenterer opplæring i kompetansemodule. En stor utfordring for fullstendig måloppnåelse er at helsepersonell som skal motta opplæring, ikke er tilgjengelig på grunn av at annen aktivitet prioriteres.

5. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Helgelandssykehuset har gjennomført én hendelsesanalyse i 2017. Det pågår et arbeid for å implementere metoden.

### Styringsparametere:

- Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) i 2016 (minst 10 poeng forbedring på parameterne utskrivning og samhandling).

---

<sup>13</sup> Pasientrapporterte resultater av behandling

<sup>14</sup> Pasientrapporterte erfaringer

## Rapportering på OD 2017

Det har ikke vært gjennomført PasOpp undersøkelse i 2017

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse).

Helgelandssykehuset har 95.1 % overlevelse etter innleggelse i sykehus i 2016 (hele landet 95.4)

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016.

Helgelandssykehuset har 87,4 overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016 (hele landet 87.7)

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016.

Helgelandssykehuset har 91.1 overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016 (hele landet 91.6)

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016.

Helgelandssykehuset har 90.5 % overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016 (hele landet 92.1)

- Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene (Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012).

Pasientskader uavhengig av alvorlighetsgrad forekom like hyppig ved Helgelandssykehuset i 2016 som foregående år, jf. rapport»pasientskader målt ved Global Trigger Tool 2016.

- Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert skal være 100 %.

Helgelandssykehuset	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose	Trygg kir.	Samstem	Hjerneslag	uvi	svk	trykksår	fall	Ledelse av pas. sikkerhet	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis
Mo i Rana		1/1	1/1	5/6	1/1	2/2		2/3	2/3		2/2	1/5
Mosjøen			1/1	5/5	1/1	1/1		1/1	2/2		1/1	1/1
Sandessjøen			1/1	4/4	1/1	2/2		3/3	3/3		1/2	1/5

Sykehusenhetene har gjennomgått hva som er relevante enheter for hvilke tiltakspakker

### 3.5 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Det rapporteres på samstemming av legemidler og tidlig oppdage av sepsis i virksomhetsrapporten

### 3.6 Smittevern

1. Oppfylle smittevernforskriftens krav om å ha en lege som koordinerer smittevernarbeidet i institusjonen.

HSYK HF har ansatt smittevernlege i 100 % stilling.

2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

I tjenesteavtale 10 er det inkludert at HSYK skal bistå kommunene i smittevernarbeid. Dette er ikke ytterligere definert.

3. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
  - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Antibiotikastyringsprogram godkjent og fulgt opp av A-team. A-team har gjennomført 6 møter. Kartlegging med fokus på avdelingsvise forbedringsmål pågår. Europeisk antibiotikadag markert med undervisning og quiz. Implementering av frase for antibiotikavurdering/plan i DIPS pågår.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Forbruksrapport antibiotikabruk (Pest eller kolerarapport) for Helgelandssykehuset er publisert og distribuert i juni. Rapporten er også presentert ved kvalitetsdager og legemøter.

4. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Prevalensundersøkelser NOIS-PIAH utføres 2 ganger årlig og rapporteres til Helse Nord RHF. Det foreligger ikke plan for systematisk avdelingsvis bruk av resultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

5. NOIS<sup>15</sup>-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

NOIS-POSI-registrering utføres i henhold til forskriften med oppfølging over 95 %. Det har ikke vært systematisk gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner, men det vil implementeres i 2018.

6. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

NOIS-resultater rapporteres til Helse Nord RHF tertialvis.

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helgelandssykehuset:**

1. Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten.

Helgelandssykehuset har fra 1.10 2017 styrket smittevern med 50 % stilling slik at smittevernsykepleier på foretaksnivå har 100 % stilling. Smittevernpersonellet bidrar med undervisning og råd til kommuner på forespørsel. Helgelandssykehuset vil i løpet av året på nytt vurdere muligheten til å styrke smittevern ytterligere for å bistå kommunehelsetjenesten.

### **Styringsparametere:**

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

NOIS-PIAH: Andel egne sykehusinfeksjoner registrert via prevalens er på cirka samme nivå som 2016. Vi ligger under nasjonalt nivå på egne infeksjoner. Tallene inkludert infeksjoner fra andre institusjoner er økt.

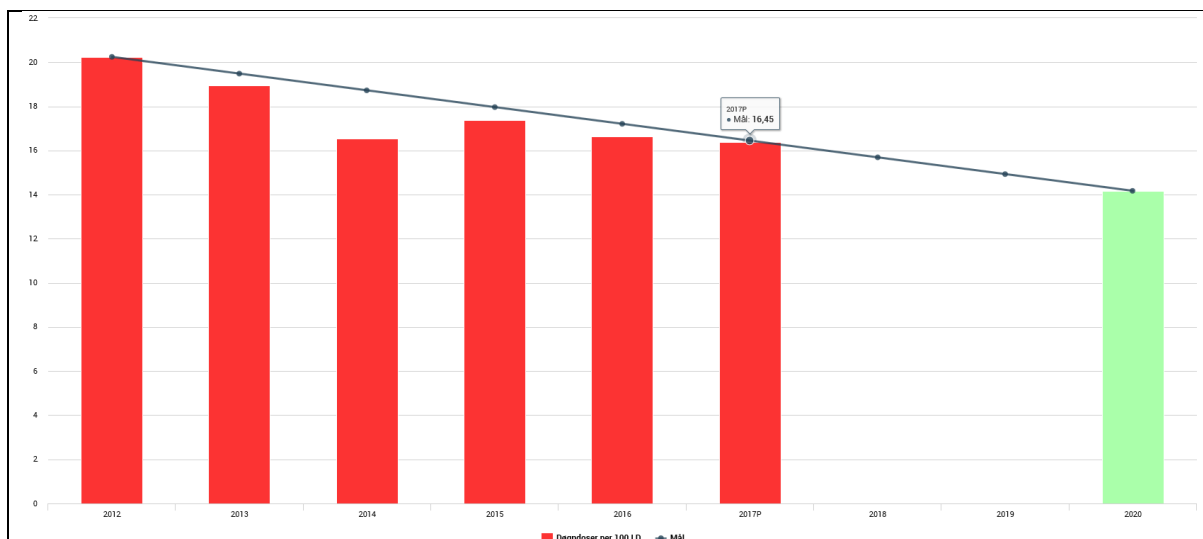
NOIS-POSI: På grunn av manglende 3. tertial er foreløpig ikke tallene sammenlignbare med 2016. Tallene fra 1. og 2. tertial viser en nedgang i antall sykehusinfeksjoner etter hemiprotese og totalprotese hofte, men økning når det gjelder de andre registrerte inngrepene. Årsaken er ikke kjent da tallmaterialet er lite, men infeksjonene og rutinene må gjennomgås og tiltak iverksettes i 2018

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

<sup>16</sup> Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)



## FORBRUK PER HELSEFORETAK

Helseforetak: Helgelandssykehuset HF

	Antall	Per 100 LD	Δ ett år	Δ 2012
Alle helseforetak	577 492	16,67	-6,65 %	-11,38 %
Helse Nord RHF	53 614	15,26	-3,34 %	-16,23 %
Helgelandssykehuset HF	6 837	15,92	-2,95 %	-21,35 %

Forbruket av bredspektrert antibiotika er redusert med 21,35% sammenlignet med 2012 ([https://sls.antibiotika.no/#/dashboard/Bredspektrede\\_antibiotika](https://sls.antibiotika.no/#/dashboard/Bredspektrede_antibiotika)).

## 3.7 Andre områder

### 3.7.1 Klima- og miljøtiltak

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Resertifisering av styringssystem etter ISO14001:2004 er utført i mai 2017.

2. Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding. Miljøindikatorene med klimaregnskap utarbeides for:
  - Energiforbruk
  - Avfall
  - Vann
  - Innkjøp

Det måles på de vedtatte miljøfaktorene. System for nasjonal rapportering er tatt i bruk.

### 3.7.2 Personvern og informasjonssikkerhet

## Rapportering på OD 2017

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Sak 73/2017 ble behandlet av styret 22.06.2017.

2. Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

Det ble ansatt personvernombud 01.01.2018 i 50 % stilling

3. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep.

Alle HF'ene har med funksjonen IKT-sikkerhetskoordinator fått aksjonspunkter som skal gjennomføres i forbindelse med tiltak for beskyttelse mot dataangrep fra HN-IKT.

4. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav.

Ved alle anskaffelser som har en IT-teknisk grensegang har vi dialog med HN IKT gjennom anskaffelsen slik at IT-tekniske krav, bl.a til sikkerhet, blir ivaretatt. Leverandørene blir i forkant av leveransen også krevd aksept for de krav HN IKT stiller til utstyr som skal inn i Helse Nord sitt nettverk.

### 3.7.3 Beredskap

1. Implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Veilederen er innført og brukt i forbindelse med beredskapsøvelse i 2017

2. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgntkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF.

Det jobbes fortsatt med å få løst utfordringen, men saken er ikke ferdigstilt. Utfordringene for AMK-Helgeland er at det er Sør-samisk som er språket i vår region. Sør – samisk er forskjellig



fra nord-samisk, og AMK- Helgeland kan av den grunn ikke støtte seg på AMK-Finnmark. Denne utfordringen er diskutert i regional sammenheng og det jobbes for å finne en løsning

3. Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.

Det er utført nye ROS analyse på alle tre sykehusenhetene i 2017, og laget nye tiltakskort for Drift og Eiendom på bortfall av strøm og vannforsyning. Det er også gjort tiltak på de mest kritiske utfordringene på sykehusene ifm rehabiliteringsprosjekter (Nødstrømsaggregat, UPS mm).

4. Sikre at planverk er koordinert med andre offentlige instanser (kommunenivå, sivil beredskap og Forsvaret).

Det er etablert et beredskapssamarbeid med Rana kommune og det er gjort henvendelse til Vefsn -og Alstahaug- kommune kom for å få etablert liknende samarbeid. Det jobbes med å få underskrevet en samarbeidsavtale mellom Helgelandsykehuset og HV14. Helgelandsykehuset deltar i «øvings forum» Nordland, sammen med andre beredskapsaktører.

5. Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS-analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.

Så vidt Helgelandsykehuset bekjent er det ikke initiert et felles regionalt arbeid i regi av regional legemiddelkomite i forhold til beredskap av legemidler eller håndtering av mangelsituasjoner.

### 3.7.4 Forskning og innovasjon

1. Delta i arbeidet med å vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukermidvirkning.

Helgelandsykehuset har deltatt i dette arbeidet gjennom sin deltakelse i Universitetssamarbeidet (USAM). Måloppnåelse: GOD

2. Implementere tiltak som beskrevet i Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020, jf. vedtatt tiltaksplan for 2017, herunder forskning på samisk helse, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning.

Det foregår for tiden ingen forskning ved Helgelandsykehuset på samisk helse. Helgelandsykehuset har imidlertid begynt arbeidet med å stimulere til mer forskning på det feltet gjennom møter med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS). Utlysningsteksten for de lokale forskningsmidlene vil bli oppdatert med at vi særlig ønsker

forskning på samisk helse. Vi ønsker også å videreføre dialogen med SANKS for å se på andre tiltak. Måloppnåelse: GOD

3. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen.

Helgelandssykehuset har vært i samtaler med SANKS om blant annet behovet for forskning på den samiske befolkningen. Det ble understreket at man særlig ønsker mer fokus på forskning blant sørsamene som blant annet holder til i Helgelandssykehusets virkeområde. Behovet er følgelig stort. Vi skal som nevnt i punkt 2 oppdatere utlysningsteksten for 2018 og fortsette samarbeidet med SANKS for å se på andre tiltak. Måloppnåelse: GOD

## 4 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk.

Noe informasjon ligger på hjemmesiden. Verktøyet er under planlegging men ikke stor nok grad tatt i bruk.

2. Implementere nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.

Nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå er implementert og følges i praksis for brukerutvalget på Helgelandssykehuset. Ungdomsråd er under etablering og det jobbes med rekruttering til rådet via pasientorganisasjonene.

3. Følge opp resultatene fra PasOpp<sup>17</sup>-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
  - om sin sykdom
  - om medikamentene
  - får med seg oppdatert medikamentliste

LMS følger opp med helsepedagogisk grunnkurs for helsepersonell der fokus er bedre informasjon til pasienter og pårørende i hele pasientforløpet.

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

---

<sup>17</sup> Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Det er ikke utviklet lokale mål.

## 5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

1. Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling.

Det informeres jevnlig til ledere at ansatte i størst mulig grad skal tilsettes fast og i 100% stilling. Dette gjennom HR/Stab informerer og i andre arenaer hvor vi har dialog med ledere på alle nivå.

2. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad.

Det er ikke satt i verk konkrete tiltak eller prosjekt på dette men ledere tilbyr nyutdannet hele faste stillinger i så stor grad dette er mulig innenfor det handlingsrom som ledere har.

3. Implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger med ansettelse i LIS<sup>18</sup>-stillinger fra og med høsten 2017.

Helgelandssykehuset har egen LIS-administrator. Så langt er læringsmål og aktiviteter for LIS 1 være registrert i Dossier-systemet. Ledere og veiledere får ny veiledning i bruk av kompetanemodulen og godkjenner læringsaktiviteter. Det er etablert LIS utvalg i Helgelandssykehuset.

4. Planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og 3) i ny ordning for spesialistutdanning.

40 % prosjektstilling som medisinsk faglig rådgiver er utlyst slik at Helgelandssykehuset skal kunne ivareta oppgaven med å iverksette ny ordning for spesialistutdanning LIS 2 og 3 sammen med de øvrige sykehusene i Helse Nord.

5. Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1.

Helgelandssykehuset har ca.16 lærlinger 8 innen helsefag og 8 innenfor ambulansesfag, antallet lærlinger innen helsefagarbeiderfaget er i henhold til oppdrag fra Helse Nord.

6. Legge til rette for at lederopplæringene som tilbys, gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

---

<sup>18</sup> Lege i spesialisering

Helgelandssykehuset utarbeidet i 2014 et internt lederprogram for Nye ledere. Pilot ble gjennomført i 2015, og satt i drift fra og med 2016. I 2017 ble deler av programmet gjennomført. I 2018 planlegges det å kjøre programmet i sin helhet. Programmet går over totalt 8 dager og består av følgende moduler:

Basisopplæring, 5 dager med følgende «headlines»

- Introduksjonsdag: Forventninger til lederrollen, arbeidsmiljø og medvirkning
- Ledelse og virksomhetsstyring
- Ledelse og HMS
- Arbeidsgiverrollen
- Forbedringsarbeid

Systemopplæring, 3 dager med følgende innhold:

- Bruk av nett, el. saksbehandling, personalportal og arbeidsplan systemet Gat
- Rekruttering, webcruiter, el. pasientjournal, pasientsikkerhet, kvalitetsstyring og avvikshåndtering
- Budsjettprosess, regnskapsrapportering, fakturahåndtering, innkjøp & bestilling, stoffkartotek/Eco-online

#### 7. Delta i prosjekt «Ledermobilisering» og utarbeide plan for gjennomføring.

**Helgelandssykehuset gjennomførte i 2017 første kull i Ledermobilisering med seks kandidater. Følgende tiltak ble gjennomført i programperioden fra mai 2017 til januar 2018:**

- Forankring i organisasjonen og markedsføring av programmet 7/2
- Annonse legges ut i WebCruiter 27/2
- Utvelgelse av kandidater 25/4
- Informasjon ut til kandidatene 25/4
- Felles nasjonal veiledersamling 3/5
- Oppstartsamling 29. mai 2017
- Skygg en leder (uke 24 – 34)
- Skypemøte med ledere til kandidatene 29/8
- Refleksjonsgruppemøte 1 30/8
- Temasamling – Min lederhverdag 27/9
- Nasjonalt treningslaboratorium 17. – 18. oktober
- Refleksjonsgruppemøte 2 8/11
- Individuell utviklingsplan innen 17. november
- Statusamtale med leder innen 17. november
- Lederpraksis innen 31. desember
- Refleksjonsgruppemøte 3 13/12
- Samtale med leder om veien videre i uke 49 eller 50
- Avslutningssamling 5. januar.
- Evaluering av programmet

Programmet ble gjennomført med lokal prosjektleder og veileder.

#### 8. Delta i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.

I 2017 ble det utarbeidet et lederutviklingsprogram over 6 dager. Programmets fundament:

- *Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling 2015- 2018*

## Rapportering på OD 2017

- *Nasjonale lederkrav i spesialisthelsetjenesten (\*) jfr. Helse Nords brosjyre om kulturverdiene – vår felles verdiplattform*
- *Forbedringsarbeid/LEAN i Helse Nord/UNN*
- *Relasjonsledelse – videreføring av lederopplæringen i 2016*
- *Bestilling fra foretaksledelsen – prioriteringer etter MU*

Programmets form er planlagt med innleder, gruppearbeid inkl. kunnskap og praksis i kollegaveiledning, eget forbedringsprosjekt/oppgave og plenumsdiskusjoner. Programmet tar for seg følgende tema:

- Innføring og refleksjon – forbedringsarbeid
- Verktøy i forbedringsarbeid
- Mitt handlingsrom som leder
- Utviklingssamtalen
- Styrkebasert tenkning
- Konfliktforebygging og håndtering

Oppfølging etter programmet. Etablering av nettverksgrupper med 4 årlige møter. Programmet behandles i HF ledergruppen i januar /februar 2018.

### 9. Innføre «Kompetansemodulen» i henhold til prosjektets plan.

I henhold til prosjektets plan har alle avdelingsledere blitt kalt inn til opplæring i systemet. Med noen få unntak har alle avdelingsledere gjennomført opplæring, i tillegg til en rekke fagansvarlige og assisterende avdelingsledere. Områdesjefer utenom leger har også gjennomført opplæring. Ledere som er leger har ikke fått opplæring i kompetansemodulen da det har blitt ansett som mer relevant å få opplæring i bruk av systemet gjennom prosjektet for LIS 1. Stabsledere og enhetsdirektører har ikke fått tilbud om opplæring pr 20. januar 2018 da de var planlagt inn siste del av 2017 uten at det lot seg gjennomføre, se lenger ned for forklaring på utsettelse.

Helgelandssykehuset har også begynt overgangen til drift – hovedsakelig tidlig høsten 2017. Ambulanseområdet, som var del av pilotgruppen i prosjektet, benyttet systemet gjennom hele 2017. Noen somatiske avdelinger, i hovedsak i Sandnessjøen, har også tatt verktøyet i bruk for å planlegge og registrere kompetanse. Det har i tillegg blitt jobbet for å få felles kompetanseplaner for legemiddelhåndtering og innenfor psykiatri og rus.

Dessverre så har modulen gjennom hele Q4 hatt store tekniske utfordringer og i perioder vært bortimot umulig å bruke. Dette har naturligvis forsinket arbeidet med å ta systemet i bruk for de som har gjennomgått opplæring, samtidig som det har vært frustrerende for de som allerede har tatt modulen i bruk.

Pr 20. januar 2018 virker de tekniske utfordringene å være korrigert, men problemene har medført forsinkelser for utrulling, blant annet må vi forvente å måtte gjennomføre nye opplæringsrunder da det har gått langt tid fra opplæring har blitt gitt til ledere får benyttet modulen.

### 10. Delta i arbeidet med regional bemanningsmodell som grunnlag for egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner.

Helgelandssykehuset har ikke hatt ressurser til å prioritere dette arbeidet i 2017. Imidlertid har vi nå fått på plass prosjektleder for utarbeidelse av handlingsplan for rekruttering og stabilisering, og da vil også vi delta i arbeidet med RBM.

11. Analysere rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger, og etablere pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeideres arbeidsfelt.

Helgelandssykehuset er en del av Helse Nords satsning på å øke antall helsefagarbeiderlærlinger i sykehuset, og antallet er økt jf. måltall i prosjektet. Flere helsefagarbeidere får har fått tilbud om større stillingsbrøker i prosjektperioden. Det er ikke gjort spesielle tiltak i HSYK for å se på oppgaveglidning. Det regionale nettverket jobber noe med dette.

## 5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet.

Det ble innmeldt totalt 5 avvik knyttet til vold og trusler mot personell og/eller medpasienter i 2017. Dette området er veldig underrapportert i avvikssystemet, noe som er begrunnet med at undertegnede har fått kjennskap til at det har skjedd flere situasjoner. En kartlegging av omfanget av vold og trusler mot de ansatte ble gjennomført som en del medarbeiderundersøkelsen, høsten 2016. Det har ikke blitt utført en lignende kartlegging i 2017, grunnet at medarbeiderundersøkelsen ikke ble gjennomført da.

På foretaksnivå, er det en retningslinje knyttet til forebygging og håndtering av vold og trusler (RL8057). Den sier at de enkelte områdesjefene skal påse at avdelingene innen sitt område foretar en risikokartlegging, vurderer tiltak, og hva slags opplæring de ansatte skal ha innen dette temaet. AMK og flere avdelinger innenfor psykiatrisk område på enhetene har utarbeidet egne prosedyrer til dette. Det foregår per dags dato et arbeid med å revidere rutinene knyttet til håndtering av vold og trusler i akuttmottakene og psykiatrien. Det planlegges en lignende gjennomgang for de øvrige områdene.

2. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

Omfanget av vold og trusler ble kartlagt i medarbeiderundersøkelsen som ble utført i høsten 2016. Hver avdeling har utarbeidet en handlingsplan basert på resultatene fra MU. Som referert til i det forrige punktet, så foregår det et arbeid innenfor området som ble satt i gang høsten 2017. Arbeidet er foreløpig i innledningsfasen, med plan om å utvikle tiltak i samarbeid med vernetjenesten og de tillitsvalgte nå i 2018.

3. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Rapportering av skader og uønskede hendelser utføres inne på DocMap. Ved yrkesskade rapporteres det til NAV (evt forsikringsselskap) På foretaket ble det totalt meldt inn 1437 avvik (645 fra SSJ, 418 fra MiR, 317 fra MSJ, 50 fra PREH, 3 fra D&E og 4 fra stabene).

Avvikene gjelder samtlige kategorier. Enheten SSJ har hatt veldig høy fokus på innmelding av avvik, og det er en av grunnene til at de har mest.

Avvikene blir som regel sendt til nærmeste leder, som behandler avviket. Avvikene blir systematisk gjennomgått i både kvalitetsråd og arbeidsmiljøråd ute på enhetene. I disse rådene blir avviksmeldingene diskutert og tiltak evaluert. Lukking av avvik skal utføres etter at tiltak har blitt utført.

Enkelte enheter/områder har en underrapportering av avvik. Dette skyldes enten mangel på tilgjengelige P-Cer, at enhetene/områdene ikke har fokus på innmeldingen eller at ansatte ikke forstår grunnen til at man skal melde inn avvik. Det er utarbeidet tiltak for å forbedre dette.

#### 4. Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Følgende tiltak ble iverksatt på foretaksnivå etter MU 2016:

- Gjennomføre utviklingssamtale – dessverre ikke økning til tross for kursing i relasjonsledelse og ny metode for samtale. Litt over halvparten av lederne gjennomfører, temaet skal sterkere inn i lederopplæring
- Håndtering av konflikter – jobber med arbeidsmiljø, kulturbygging, lederopplæring. Ser ut til å være færre konfliktsaker
- Bruk av kompetanseutviklingsplan - økende

I tillegg ble det satt fokus på;

- Jobbrelatert sykefravær – jobbet med gjennom Nærværprosjekt - gått ned
- Mobbing og trakassering – økende fokus på, men antallet saker har ikke økt. Dette får vi målt i ForBedring
- Vold og trusler – Kurs gjennomført i 2016 – planlegger nytt i år – økning i tilfeller etter politireform

På grunn av at MU ikke lenger gjennomføres, har vi ikke de årlige MU resultatene å sammenligne med for å se om tiltakene har hatt effekt. Noen målinger gjøres manuelt gjennom HMS indikatorer og lignende, mens andre ikke måles konkret p.t. Vi jobber med andre måter å måle det som ikke omfattes av den nye undersøkelsen ForBedring på.

#### 5. Tertilvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Helgelandssykehuset har i perioden 01.01.16-31.12.17 kjørt et nærværprosjekt; *Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede*. Prosjektet er et kulturprosjekt med fokus på nærvær og helsefremmende tenkning. I 2017 er følgende milepæler gjennomført:

- **Allmøter om prosjektet**, runde 2, ved enhetene Mo, Mosjøen, Sandnessjøen
- **Arrangement** ved utdeling av forbedringsprisen
- **Kursdag med MIND** – Styrkebasert – positiv psykologi
- **IA bistand** og veiledning – bistand til ledere i enkeltsaker. 32 enkeltsaker
- **Informasjon** om nærværprosjektet **i avdelinger**
- **Informasjonsbrev til alle medarbeidere**
- Informasjonsbrev til **fastleger og sykehusleger**
- Møter med ledere som har sykefravær rundt 10% ved alle sykehusenhetene
- **Stimuleringstiltak/midler**. Avdelinger med sykefravær < eller = 6,5% kunne søke. Søkne ga innsikt i mulige suksessfaktorer for lavt sykefravær i foretaket.

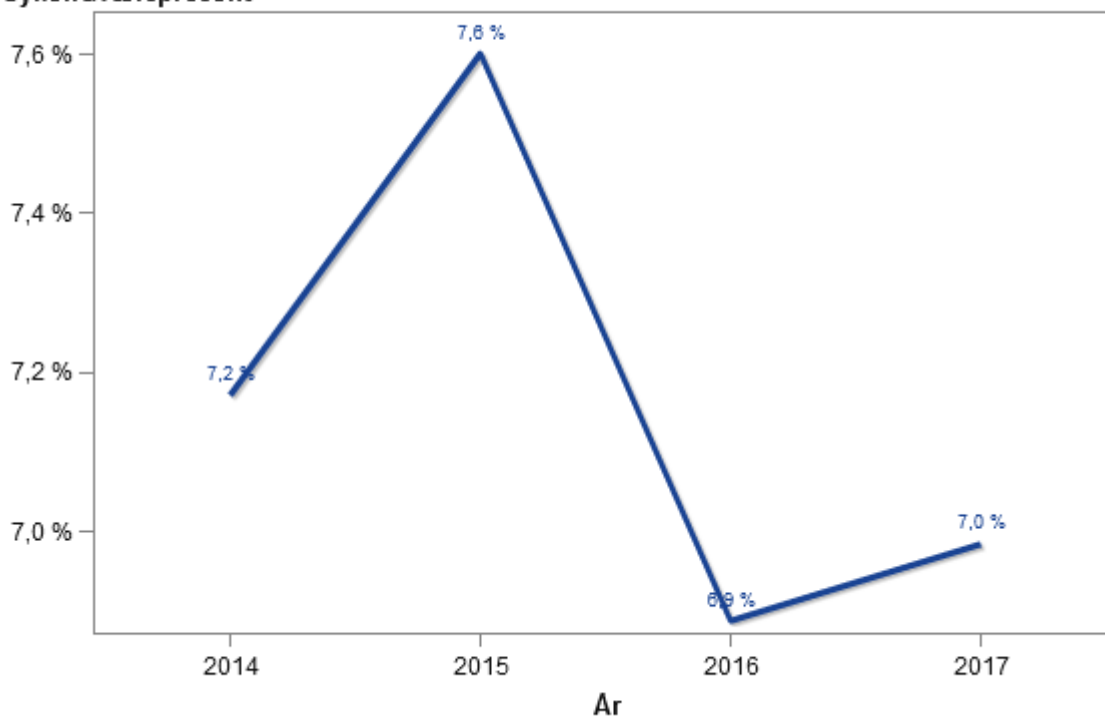
- Utarbeidelse av artikler til **intranett og nærværssiden**
- Informasjon om Nærværprosjektet for **IA rådet i Nordland**
- Innføring i forbedringsarbeid/**LEAN metodikk** med UNN
- Utarbeidet veiledning til ledere og medarbeidere - **digital sykemelding**

Gjennomførte tiltak i avdelinger med sykefravær rundt 10%:

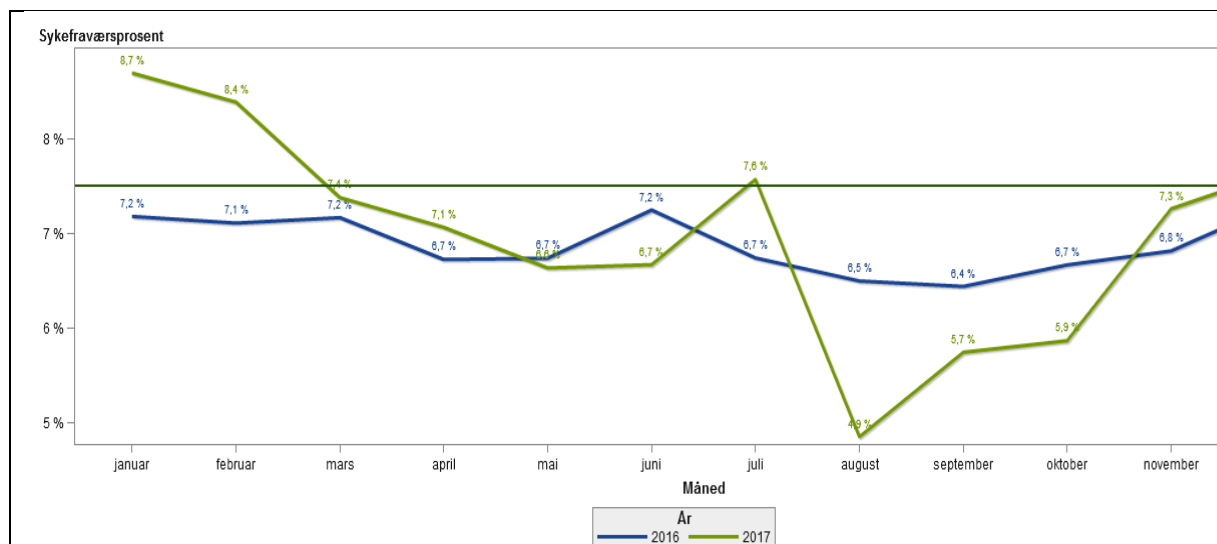
- Informasjonsmøte om prosjektet, nærværskultur, standardiseringstiltak samt rettigheter og plikter – etterfulgt av individuelle prosess – samtaler: Medarbeider, leder og HR/PG
- Avdelingssamling med gruppearbeid relatert til nærværskultur og fokus på hvordan avdelingen kan utvikle eget arbeidsmiljø
- Bistand fra BHT, sykepleiefaglig veiledning
- Bistand fra UNN, Introduksjon og veiledning i bruk av Lean
- Avdelingssamling med fokus på arbeidsmiljø, rolleavklaring og samarbeid mellom sykepleier og hjelpepleier
- Arbeidsmiljøtur, deler av en avdeling, samhandling internt
- Fellesaktivitet. Avdeling med turnus arbeidere. Leie av gymsal
- Gruppesamtale med utgangspunkt i en avdeling, samtale om ikke-jobb-relater fravær (24 timers mennesket)

#### Resultat sykefravær hentet fra virksomhetsportalen

Sykefraværprosent







### Hvis målet ikke er nådd? Refleksjon:

Grafen for sykefravær viser en stigning siste halvdel av 2017. Å jobbe med sykefravær er «ferskvare» og en kontinuerlig prosess.

Planlagte milepæler for 2018:

- Sette i drift **e-læringskurset**, Nærvær, rettigheter og plikter
- Enhetsvise dagskurs for lederne – **Relasjonelt mot/den nødvendige samtalen**
- Enhetsvise tilbud til lederne: Opplæring i bruken av personalportalen ved oppfølging av medarbeider, **praktisk opplæring** i å søken forebyggings- og tilretteleggingstilskudd, samt BHT-honorar for IA virksomheter, fritak fra arbeidsgiveravgift
- **Felles arrangement** som bidrag til helsefremmende kulturutvikling for medarbeidere
- Bistå **flere** ledere i avdelinger med høyt sykefravær (**rundt 10%**) samt oppfølging av gjennomførte møter med lederne
- **Evaluering av tiltak**

I tillegg til de nevnte milepælene vil det bli et enda sterkere fokus på partsamarbeidet mellom ledere, verneombud og tillitsvalgte. Et annet satsningsområde er et mer systematisk arbeid med å kartlegge risikofaktorer for arbeidsmiljørelatert sykefravær.

### Foretaksspesifikke krav:

#### Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset:

1. Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2.

Nærværprosjektet: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede forlenges ut 2018. Det er ikke gjennomført en evaluering av prosjektet per nå.

Prosjektgruppa velger dele «funn» fra vårt lille «forskningsprosjekt» gjennom tiltaket Stimulerings tiltak. Avdelinger som hadde lavt sykefravær ( $\leq 6,5\%$ ) kunne søke om stimuleringsmidler. Bakgrunnen for tiltaket er at det i nærværarbeid er viktig å også ha fokus på de som er på jobb. Det er av interesse å få kunnskap om hva avdelingene med lavt sykefravær selv fremhever som årsak til at de får dette til.

Det var 15 avdelinger som fylte kravene og som fikk tildelt midler.

Noen funn, og mulige suksessfaktorer for lavt sykefravær:

- Har satt kompetanseheving, faglig oppdatering i system
- Opplevelse av medbestemmelse, samhold/gruppefølelse
- Fokus på arbeidsmiljø, arbeidsglede og nærvær
- Faglige og sosiale sammenkomster. Turer og fellesopplevelser
- Innvirkning, takhøyde for meningsutvikling
- Respektfull adferd og god tone
- Humor
- Individuell tilrettelegging/tilpasning
- Endringskompetanse. Til enhver tid gjøre det beste ut av situasjon/driftsramme
- Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Involvere og ivareta av nyansatte
- Mest mulig forutsigbar drift
- Raust og involverende lederskap

Kontrollspennet for ledere i disse avdelingen var mellom 8 og 26 medarbeidere.

**Foreløpig resultat:**

Resultatutvikling og sammenligning - like perioder, januar til og med november,

Gjennomsnittlig sykefravær:

2015	7,7%
2016	6,7%
2017	6,9%

Tallene er hentet fra virksomhetsportalen. Desember tallene for 2017 vil være klare medio februar 2018.

## 6 Innfri økonomiske mål i perioden

### 6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjonssystemet innen 30. april.

Arbeidet med å få ferdigstilt klassifikasjonssystemet startet i mars og ble ferdigstilt august 2017. Forsinkelsen var avklart med HN og hadde begrunnelse i at vi ikke hadde et FDV system implementert fullgodt. Vi startet et prosjekt for å ta i bruk Lydia som FDV program, og et av delmålene i det prosjektet var å få på plass klassifikasjonssystemet.

2. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet.

Drift og Eiendom er helgelandsykehusets eiendomsforvalter og startet sitt virke fra 1.1.2017.

Første ordinære driftsår har stor grad gått med til kartlegginger, tilstandsanalyser, vurderinger, prioriteringer og beregning av kostnadsbildet for nødvendige utskiftings -og

utviklingstiltak(vedlikehold). Dette arbeidet har resultert i en «Utskiftings og utviklingsplan». Nødvendig tiltak for å holde anleggene i forsvarlig drift har likevel vært iverksatt og utført.

3. Utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet over tid. Frist 1. oktober.

For å ivareta byggene på en god måte er de nødvendig å systematisere arbeidet og derigjennom å få på plass en utskifting og utviklingsplan. (Tidligere benevnt «Vedlikeholdsplan»)

Denne utskifting og utviklingsplanen gjelder fra 2017-2021. Denne planen skal være dynamisk og revideres 1-2 ganger pr år. Utskifting og utviklingsplanen baser seg på kartleggingen av sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen som ble utført høsten 2015 og sommeren 2017 samt også i stor grad etterslep som er blitt avdekket i forhold til igangsatte prosjekter og andre renovering -og rehabiliteringstiltak. Denne planen baserer seg på bygningsmessige og bygningsdelmessige tiltak. Planen er veid ut fra eiendomsforvalters behov for å ivareta realverdiene på Helgelandssykehuset og for å opprettholde normal drift ved sykehusene der kritiske tiltak som kan gi følgeskader skal prioriteres.

4. Innføre nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Systemet MEDUSA er innført på MTA og BHM ved alle enheter i sykehuset. Alt MTU er registrert i dette. Alt av vedlikehold på MTU registreres i dette. Systemet videreutvikles og oppdateres jevnlig.

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helgelandssykehuset:**

1. Etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. desember.

Prosjektet med Internhusleie ble startet i mai 2016. Arbeidsgruppa består av representanter fra hvert sykehus, samt verneombud tillitsvalgt og økonomisjef. Internhusleie ble innført fra 01012018. Arbeidet med å få på plass alle avtalene gjøres i starten på året. Det skal leveres sluttrapport til HN 1. mai 2018. Forsinkelse er meldt inn til HN, og kontinuerlig samarbeid med HN er etablert (prosjektressurs fra HN).

### **6.4 Anskaffelsesområdet**

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Helgelandssykehuset har dedikerte ressurser og tilstrekkelig kompetanse til å ivareta bestillerrollen. 2017 kan imidlertid ansees til å være en utfordrende år i samhandlingen med Sykehusinnkjøp da parallelt med «AS IS» drift har det vært etablert nye strukturer og rutiner. Vi regner med at en bedre definering og grensesnitt mellom bestiller og Sykehusinnkjøp vil

komme i løpet av 2018. Dette vil være en forutsetning for å sikre både leveranse og implementering av avtaler fremover.

2. Sikre medvirkning i produktråd fra foretakets brukere av varer og tjenester.

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

3. Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

Helgelandssykehuset kategoriserer anskaffelsene i hht nasjonal struktur. Dette fremgår av anskaffelsesplanene som blir levert til Sykehusinnkjøp

4. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
  - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
  - Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Helgelandssykehuset har levert anskaffelsesplan for 2018. 50% av alle varer er håndtert via innkjøpssystemet. Det vil imidlertid bli etablert en plan for fremdrift for realisering av de øvrige innkjøpene.

5. Kartlegge og utarbeide re-anskaffelsesplan av medisinsk teknisk utstyr i tråd med nasjonal struktur.

Avdelingen har i 2017 jobbet med å systematisere og etablere rutine rundt behovsvurderinger og prioriteringer på anskaffelse og re-anskaffelse av medisinteknisk utstyr. Dette arbeidet vil bli videreført i 2018.

## 7 Risikostyring og internkontroll

### Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

#### Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.

3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)<sup>19</sup>.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

#### Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

##### Delmål:

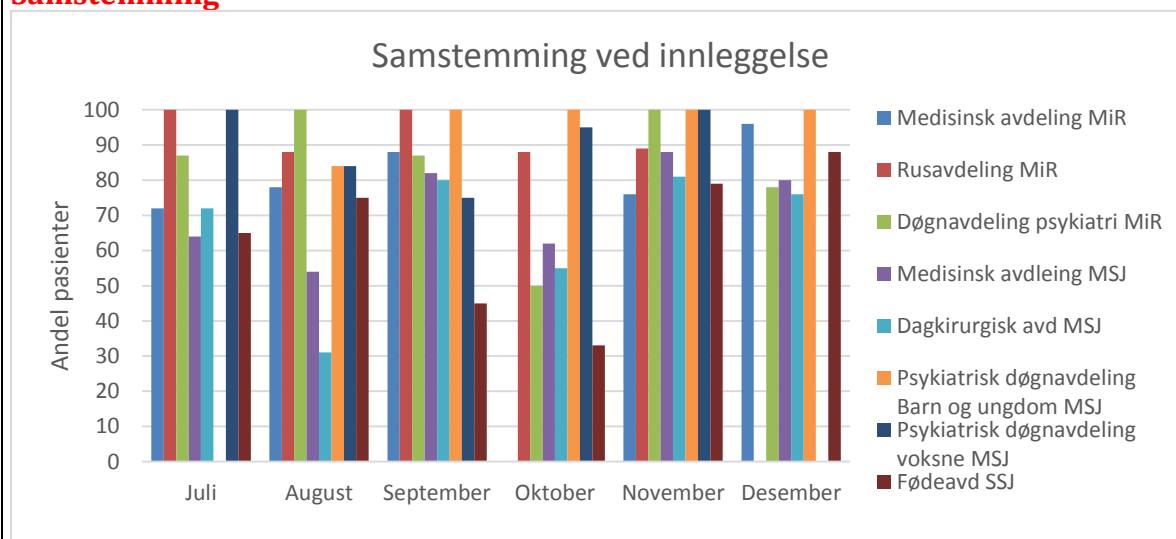
8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger<sup>20</sup>, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

Rapporteringstekst Årlig melding  
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

**Unni/ISB/ISB/ISB/SF/TAA/TAA (pkt 7 se s 21 + 22)/TL**

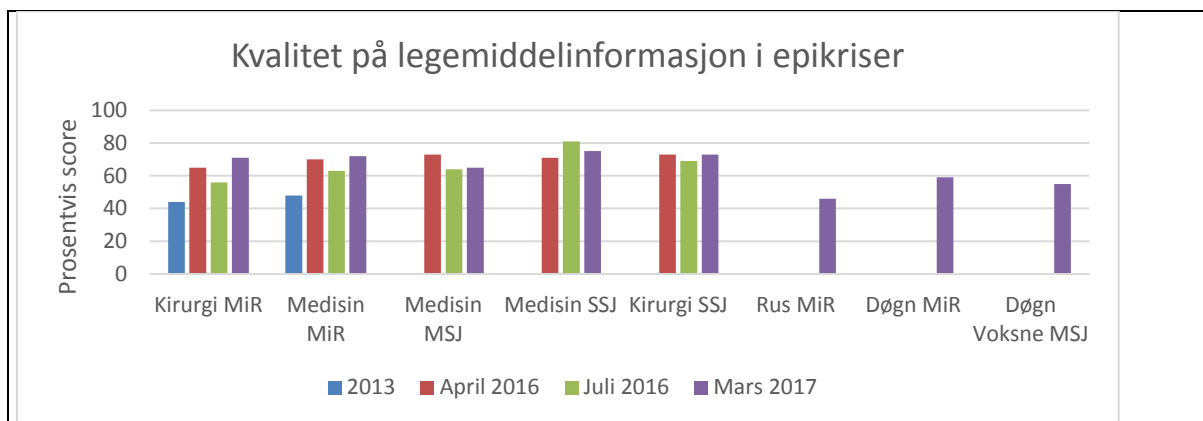
#### Samstemming



Kommentar: kirurgisk avd Mo i Rana målte sist i mai 2017 (86%), medisinsk avd Sandnessjøen desember (85%), kirurgisk avd Sandnessjøen november (90%), fysikalsk medisinsk rehabilitering Sandnessjøen desember (100%). Nevnte avdelinger måler hver 6 måned da de har hatt stabile målinger over 80%. Fødeavdeling Mo i Rana er ikke i gang med målinger enda, men har hatt opplæring. Ved psykiatriske avdelinger er det få pasienter per måned så enkeltpasienter gjør store utslag.

<sup>19</sup> 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).

<sup>20</sup> Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»



Kommentar: ved målinger av legemiddelinformasjon i epikrise (samstemming ved utskrivelse) er scoringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet benyttet (n=10 epikriser/avdeling/måned).

### **Krav:**

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Plan for implementering av styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring er utsatt til januar 2018.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:
  - Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
  - Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
  - Informasjonssikkerhet.
  - Klima og miljø.
  - Beredskap.
  - Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter.

Oppstart av prosessen rundt «Ledelsens gjennomgang» ble behandlet i ledermøtet 24.april (sak 111/2017, behandlet i ledermøte 9.mai, sak 111.

Videre ledelsens gjennomgang;

## Rapportering på OD 2017

- ROS analyse av Helgelandssykehuset mål for 2017, ble gjennomgått i ledermøte 13.juni – sak 164/2017
- Informasjonssikkerhet, ble gjennomgått i ledermøte 13.juni – sak 165/2017

Miljørevisjon – forberedelse – ledermøte 03.05.2017 – sak 112/2017, hvor alle samsvarserklæringene var ferdigstilt.

Strategi og handlingsplan for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2017 – behandlet i ledermøte 9.mai, sak 117/2017

Følgende styresaker har omhandlet ovennevnte:

- Ledelsens gjennomgang – risikostyring og informasjonssikkerhet: Sak 73/2017 av 22.06.2017
- Handlingsplan for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2017: Sak 74/2017 av 22.06.2017
- Miljøsertifisering 2017; Sak 75/2017 av 22.06.2017