



**Årlig melding 2013 til Helse Nord RHF
fra
Helgelandssykehuset HF**



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

Innholdsfortegnelse

1. OM RAPPORTERINGEN	3
2. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	4
2.1 KVALITETSFORBEDRING	4
2.2 PASIENTSIKKERHET	6
3. TILGJENGELIGHET, BRUKERVENNLIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING	8
4. SAMHANDLINGSREFORMEN	10
5. PASIENTTILBUD	14
5.1 KREFTBEHANDLING	14
5.2 BEHANDLING AV HJERNESLAG	16
5.3 SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELSOMSORG	17
5.4 TRAUMEBEHANDLING/KARKIRURGI	18
5.5 OPPFØLGING AV REGIONALE HANDLINGSPLANER INNEN KRONIKEROMSORG M.V.	19
5.6 HABILITERING OG REHABILITERING	20
5.7 TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR RUSMIDDELAVHENGIGE (TSB) OG ANNEN AVHENGIGHETSBEHANDLING	20
5.8 PSYKISK HELSEVERN	22
5.9 KJEVELEDDSDYSFUNKSJON	24
5.10 PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING	24
6. ANDRE OMRÅDER	25
6.1 BEREDSKAP OG SMITTEVERN	25
6.2 FOREBYGGING OG FOLKEHELSESAMARBEID	26
6.3 BARENTS HELSESAMARBEID/NORDOMRÅDESATSINGEN	27
7. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	27
8. FORSKNING OG INNOVASJON	28
8.1 FORSKNING	28
8.2 INNOVASJON	29
9. FELLES ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	30
RESULTATKRAV	30
9.1 RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	30
9.2 INVESTERINGSRAMMER, BYGG OG EIENDOMSFORVALTNING	32
9.3 INNKJØP	33
9.4 GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND	33
9.5 KLIMA- OG MILJØTILTAK	33
9.6 ORGANISASJONS- OG LEDERUTVIKLING, ARBEIDSGIVERSTRATEGI	34
9.6.1 <i>Personal og kompetanse</i>	34
9.6.2 <i>Helse, miljø og sikkerhet</i>	39
9.6.3 <i>Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)</i>	40
10. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	40

1. Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2013** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).

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

Rapporteringsteksten skal være konkret og konsis, og inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak. **Med andre ord er hensikten med tilbakemeldingene i denne rapporten ikke å gjengi tall fra tabeller, men å få en kort og utfyllende forklaring på hva som gjøres. Det er også viktig at rapporteringsteksten utformes slik at andre har tilstrekkelig grunnlag for selvstendig vurdering i forhold til status og måloppnåelse.**

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte. Det er også her viktig å gi en vurdering av bakenforliggende årsaker fremfor bare å gjengi tallene. Kildene for tallene finnes i vedlegg 2 – Styringsparametre for 2013 med tilhørende linker:

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

Lenke til månedlige ventelistestatistikk: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

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

Rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter for spesialisthelsetjenesten vil bli publisert her: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

I denne offisielle rapporteringen er det kildene fra Vedlegg 2– Styringsparametere 2013 i oppdragsdokumentet som skal stå som grunnlag. Dersom det brukes grunnlag fra andre tall for å forklare utviklingen må dette presiseres

2. Kvalitet og pasientsikkerhet

2.1 Kvalitetsforbedring

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Rapportere andel epikriser sendt ut innen en uke(Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Andel epikriser somatikk som sendes ut innen 7 dager etter utskrivelse har variert mellom 70 og 81%, (egne tall fra DIPS) gjennom 2013. Dette er noe lavere enn nasjonale (NPR) tall 2. tertial 2013, (80,5%).

Innen psykisk helsevern har epikriseandelen iflg egne tall variert mellom 72 og 95 %, mens NPR-tall fra 2. tertial for psykisk helsevern voksne er 73,2 %

Det ble i styresak 97/2013 12.-13.desember presentert en tiltaksplan for å få epikrise-andelen opp. Denne innebærer bl.a. mer aktiv bruk av en ny DIPS-rapport "Epikriser restanser".

- Rapportere andel korridorpasienter ved somatiske sykehus(Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Antall korridorpasienter har gjennom året variert mellom 13 og 77 pr måned, med et lavere antall siste halvår (13-25). I 2. tertial 2013 var det 112 pasienter totalt, 15 – 45 pr mnd. Dette er i tråd med data fra Helsedirektoratet, og utgjorde 0,8 % av belegget, (nasjonalt 1,5 %)

Antall korridorpasienter gir ikke et reelt bilde av overbelegg, siden det av ulike grunner kan ligge pasienter på korridor plass selv om det er ledig plass i sengerom.

Antallet (<1 pasient pr. døgn i HF) er imidlertid så lite at det er gjennomførbart å se eksplisitt på bakgrunn for hver rapportert pasient.

- *Andel helseforetak som rapporterer data om ulykker og skader til NPR (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Alle tre sykehusenhetene i foretaket leverer personskadedata til NPR

- *Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Det er ikke gjennomført minimetodevurderinger i 2013. Det har ikke vært innført nye kostnadskrevende metoder der dette har vært en aktuell problemstilling.

Helgelandsykehuset vil i aktuelle tilfelle bruke erfaringer fra UNN og Nordlandssykehuset som beslutningsstøtte.

- *Andel nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Helgelandsykehuset har ikke ansvaret for nasjonale kompetansetjenester og følgelig heller ikke etablert faglige referansegrupper med brukerrepresentasjon for slike tjenester.

- *Antall søknader om metodevurderinger for alle metodeområder som er ferdigbehandlet (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Dette har ikke vært aktuelt i Helgelandssykehuset i 2013.

- *Antall bestillinger for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sendt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Dette har ikke vært aktuelt i Helgelandssykehuset i 2013.

- *Antall bestillinger for hurtig metodevurderinger for legemidler som er sendt til Statens Legemiddelverk (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Dette har ikke vært aktuelt i Helgelandssykehuset i 2013.

- Delta i regionalt arbeid for å gjøre faglige retningslinjer mv. i Docmap¹ tilgjengelig for kommunene.

Prosjektet ligger foreløpig hos Helse Nord RHF, er ikke startet opp enda.

- Implementere oppdaterte nasjonale kliniske retningslinjer, legge disse i Docmap og sørge for at disse legges til grunn for medisinsk praksis.

Linker til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere ligger i Docmap og via intranett. Stikkprøvekontroller viser at fagmiljøene vet om disse. Det er foreløpig ikke utarbeidet oversikt over omfanget av bruken.

- Gjennomgå egen praksis og opplæringsbehov på prioriteringsveilederne, veileder for registrering av aktivitet og Forskrift for ventetidsregistrering.

Det har tidligere (< 2013) vært gitt systematisk opplæring i bruk av prioriteringsveilederne, og alle leger som vurderer søknader kjenner til bruken av disse. I kvalitetsrapporten som utarbeides hver måned, og som også styrebehandles, gis en oversikt over andel pasienter innen hvert fagområde som gis rett til prioritert helsehjelp, målt ift. nasjonale tall. Større avvik fra nasjonale tall har vært tatt opp med aktuelle fagmiljø.

- Ta i bruk felles e-læringsplattform.

Helseforetaket har deltatt med dedikert personellressurs i arbeidet initiert av Helse Nord. Plattformen tas i bruk så snart opplæring er gjennomført.

- Rapportere all klinisk aktivitet korrekt til NPR

Helseforetaket rapporterer til NPR etter gjeldende retningslinjer og har ikke mottatt avvik på rapportering.

¹ Docmap er foretaksgruppens elektroniske kvalitetssystem.

- Innregistrere komplette data til alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre som omfattes av helseforetakets virksomhet.

Det rapporteres til de fleste sentrale registre slik som Nasjonalt fødselsregister, kreftregisteret, hofteregisteret og kvalitetsregistre innen hjerte/kar-sykdommer, jfr punkt 5.4, men ikke til alle nasjonale kvalitetsregistre som omfattes av helseforetakets virksomhet. Rapportering til kvalitetsregistre er et punkt i helseforetakets kvalitetsstrategi og vil bli gjennomgått i 2014.

- Drive systematisk forbedringsarbeid i alle deler av virksomheten basert på regelmessig evaluering av klinisk praksis. Dette inkluderer resultater fra kliniske kvalitetsregistre der slike er etablert.

Det drives systematisk forbedringsarbeid innen prioriterte områder knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet, jfr innsatsområdene i Kvalitetssikkerhetskampanjen og kvalitetsprosjekter etablert høsten 2013 med kvalitetsmidler fra Helse Nord. Forbedringsarbeid forøvrig med evaluering av klinisk praksis er prosjektpreget og i for liten grad linket mot resultater fra kliniske kvalitetsregistre. Dette vil bli vurdert ifbm med oppfølging av kvalitetsstrategien i 2014.

- Delta i arbeid med regionalt kvalitetsnettverk, jf. Helse Nords kvalitetsstrategi.

Kvalitetsleder deltar i Helse Nord sitt kvalitetsnettverk.

- Bruke sykehusapoteket mer aktivt som rådgivere innen klinisk farmasi for å oppnå bedre og mer sikker bruk av medikamenter.

Helseforetaket har avtale med Sykehusapotek Nord om farmasøytiske rådgivingstjenester svarende til 2 hele stillinger som sykehusfarmasøyter. Interne revisjoner og deltakelse i pasientsikkerhetsarbeidet inngår også i disse rådgivingstjenestene.

- Sikre bedre kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Gjennom jevnlig møter både mellom avdelingsledere i de ulike avdelingene i foretaket og mellom kontortjenesten er registrering et hyppig tema. Det diskuteres og blir enighet om hvordan ulike saker skal registreres, noe som bedrer kvaliteten. Kontortjenesten har også konsultert EPJ-koordinator flere ganger samt andre ifht kvalitetssikring. Prioriteringssaker har også vært tema slik at man har en mer lik praksis både innefor voksen og barn. Utarbeidelse av felle rutiner innen BUP etter et tilsyn er et annet eksempel.

2.2 Pasientsikkerhet

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Følge opp den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens vedtak.

Helgelandssykehuset deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de områder vi har

de aktuelle pasienttilbud.

- Delta på alle innsatsområder i pasientsikkerhetskampanjen, implementere alle tiltakspakkene og rapportere egne resultater

De fleste tiltakspakkene er implementert og/eller blir brukt til innføring av intern prosedyre for kvalitetsforbedring. Litt ulik praksis fra sykehusenhetene for innlevering av data i extranet, men det jobbes kontinuerlig med forbedring av denne praksis.

- Offentliggjøre resultater fra journalundersøkelser (GTT)

Alle tre sykehusenhetene i helseforetaket leverer GTT-data og funnene blir offentliggjort

- Iverksette tiltak for å følge opp egne resultater i Pasientsikkerhetskampanjen, herunder kartleggingen av pasientsikkerhetskultur.

Sykehusenhetene i helseforetaket deltar i klarleggingen av pasientsikkerhetskulturen. Resultat/funn blir brukt til internt forbedringsarbeid

- Videreutvikle arbeidet med ny meldeordning (§ 3-3 meldinger) til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og bruke erfaringene i eget forbedringsarbeid.

Læringsnotatene som Kunnskapssenteret har utarbeidet blir informert om direkte via e-post og informasjon på intranettet samt tatt opp på kvalitetsrådsmøtene ved enhetene.

- Legge ut informasjon om meldte § 3-3 meldinger på egnet måte.

§ 3-3 meldinger blir lagt ut på helseforetakets nettsider ift prosedyre som sikrer at de blir presentert på en egnet og leselig måte.

- Iverksette tiltak for å følge opp tilsynsrapporter.

Status tilsynsrapportene følges opp månedlig i kvalitetsrapportene samt månedlig i kvalitetsrådsmøtene ved enhetene.

- Utarbeide planer for og gjennomføre opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.

Det er utarbeidet rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer i bruk av pasientadministrative systemer. På intranett er det også e-læringskurs i prioriteringsspørsmål.

- Bidra med nødvendig kompetanse og metodestøtte for å utføre mini-metodevurderinger (mini-HTA)

Mini-metodevurderinger har ikke vært aktuelt i helseforetaket i 2013. Hvis aktuelt vil det bli innhentet erfaringer fra UNN og Nordlandssykehuset.

Helseforetakene i Helse Nord skal styrebehandle:

- Statusrapporter fra Pasientsikkerhetskampanjen. Disse skal blant annet omfatte GTT²-resultater og oppfølging av disse.

Statusrapporter fra Pasientsikkerhetsprogrammet og GTT-resultater inngår som en del av de månedlige kvalitetsrapportene som styrebehandles.

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journal-undersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhets-kampanjens føringer. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Alle tre sykehusenhetene i helgelandssykehuset gjennomfører journalundersøkelser etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.

3. Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Sørge for at det arbeides målrettet, med utgangspunkt i rapporter fra SKDE og nasjonale behandlingsveiledere, for å sikre en mest mulig enhetlig behandlingspraksis i regionen.

SKDE's rapporter har vært en viktig premisse for tiltaksarbeid i helseforetaket, spesielt med tanke på å redusere sykehusforbruket i kommuner og fagområder der sykehusforbruket er høyt. Nasjonale behandlingsveiledere brukes i noen grad, men det er ikke gjort systematisk registrering eller revisjon på bruken av disse.

- Ikke ha fristbrudd.

Helseforetaket har et kontinuerlig fokus på å unngå fristbrudd, og oppnådde Helse Nord's målkrav om < 5 % avviklede fristbrudd i februar og < 3 % i mars.

Andel fristbrudd avviklede	2013											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
Helgelandssykehuset Mo i Rana	9 %	8 %	4 %	11 %	5 %	5 %	14 %	13 %	10 %	7 %	6 %	5 %
Helgelandssykehuset Mosjøen	10 %	9 %	6 %	2 %	1 %	1 %	5 %	8 %	10 %	15 %	7 %	6 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	4 %	1 %	0 %	1 %	2 %	2 %	1 %
Helgelandssykehuset HF (ink psyk)	7 %	5 %	3 %	4 %	2 %	3 %	6 %	7 %	6 %	8 %	5 %	4 %

Antall fristbrudd har variert noe, men pr utgangen av desember var det 60 ventende fristbrudd, av dem 46 i hudsykdommer, resten enkeltstående fristbrudd i ulike fagområder.

² Global Trigger Tool

Helseforetaket har mottatt kvalitetsmidler fra Helse Nord for å forsterke arbeidet med å redusere ventetid og unngå fristbrudd.

- Redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp har variert noe variert noe og var for desember måned ca 58 dager.

For pasienter med rett til prioritert helsehjelp har gjennomsnittlig ventetid vært under 60 dager i hele 2013.

- Sørge for at alle som behandler henvisninger sikres tilstrekkelig opplæring³

På helseforetakets intranettside ligger e-læringskurs i prioritering, ventelistekurs (Power Point), ventelisteåndbok (prosedyrer) og nasjonale prioriteringsveiledere.

Det har vært holdt kurs ved alle sykehusenhetene i ventelisteprosedyrer for leger og merkantilt personell.

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

Dette har blitt gjennomført innen psykisk helse, men er ikke gjennomført rutinemessig forøvrig i hele helseforetaket enda. Tiltaket er en del av et pågående internt prosjekt med å systematisere og standardisere pasientbrev fra helseforetaket.

Det pågår også et internt prosjekt med årsplanlegging for personellresurser, og langsiktig planlegging av legeressurser anses som en viktig forutsetning for time for undersøkelse/behandling i første brev.

De pågående prosjektene forventes å gi effekt 2014.

- Sørge for at pasienter som skal gjennomgå omfattende utredning og behandling får utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.

Utarbeidelse av behandlingsplan gjennomføres ikke rutinemessig for alle som trenger det, men i enkelttilfeller. Det tilstrebes at pasienter med kompliserte og sammensatte lidelser følges opp av fast personell.

- Følge opp strategi og tiltaksplan for brukermedvirkning i helseforetakene.

Strategiplan for brukermedvirkning i helseforetaket ble vedtatt i styret for Helgelandssykehuset, april 2013. Oppfølging av arbeidet er etablert i arbeidsutvalg med brukerutvalgets leder og nestleder samt Adm. direktør og styre/brukerutvalgets sekretær.

- I samarbeid med SANKS⁴ inngå forpliktende samarbeid om kompetanseutvikling knyttet til samisk språk og kultur i pasientbehandling.

³ jf Helsedirektoratets kurs for de som prioriterer og registrerer i spesialisthelsetjenesten, <http://prioriteringer.helsedirektoratet.no>

⁴ Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern

Dette er foreløpig ikke gjennomført

- Øke bruken av teleradiologi.

Teleradiologi brukes for beskrivelse av undersøkelser fra UNN Tromsø g Unilabs (avtale inngått av Helse Nord). Omfanget varierer avhengig av radiologbemanning ved røntgenavdelingene i helseforetaket.

- Sikre at resultater fra pasienterfaringsundersøkelser offentliggjøres på nettsidene og følges aktivt opp.

Resultat fra pasienterfaringsundersøkelse er gjennomgått internt og presentert for styret. Disse er foreløpig ikke omtalt på våre nettsider. Egen kvalitetsside på Internett er under etablering. Resultater av bl. a. Pasienterfaringsundersøkelser skal publiseres under område kvalitet.

- Sikre at ikke personer under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose⁵. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.

I følge helseforetakets rutiner skal tolkeportalen benyttes for å bestille tolk som fortrinnsvis er autorisert og har tolkeutdanning. Familie/ venner og barn benyttes kun unntaksvis som tolk ved akutte hendelser.

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker – Somatikk (Ref Vedlegg 2 i OD - Styringsparametre 2013).

Andel ventetider oppdatert siste 4 uker var 99,6 % for helseforetaket i 2. tertialt 2013, Sykehusenhetene i Mosjøen og Sandnessjøen hadde 100 %, mens Mo i Rana hadde 98,4 %.

- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013, publiseres: november 2013)

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?

4. Samhandlingsreformen

- Prioritere faglig utviklingsarbeid i henhold til inngåtte avtaler med kommunene, herunder å etablere øyeblikkelig hjelp-tjenester, kompetanseoppbygging og pasientforløp.

- Medvirkning til planarbeid og søknader om oppstart ø-hjelpssenger h.h.v. Rana og Vefsn

⁵ Det vises til føringer vedr. barn som tolk i Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

(2012), samt Brønnøy og HALD-kommunene (2013 og fortsatt pågående).

- Felles kompetanseprogrammer på spesifikke områder (kreft, KOLS).
- LEAN pasientforløpsarbeid Sør-Helgeland og intern oppfølging i Helgelandssykehuset høst 2013.

- Gi økt fokus til personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser. Kunnskapen om "The Chronic Care Model"⁶ skal styrkes, og prinsippene i denne modellen skal legges til grunn for behandlingen.

Det er foreløpig ikke gitt systematisk opplæring eller igangsatt samhandlingsprosjekter basert på Chronic Care Model. Dette skyldes mangel på kapasitet i helseforetaket, og at det hittil ikke har lyktes å etablere kliniske samarbeidsutvalg.

Lærings- og mestringssentrene i helseforetaket har imidlertid et rikt kurs-tilbud til pasienter med langvarig og/eller sammensatt sykdom eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende, der målet er å fremme selvstendighet og mestring av eget liv.

- Bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.

- Det har i regi av praksiskonsulentene vært avholdt lokale møteserier for fastleger og sykehusleger for felles faglig oppdatering innen fagområdene ØNH, psykiatri, hudsykdommer og nevrologi.
- Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland har startet et felles kompetanseløft innen psykisk helse og rus for kommunene i opptaksområdet.
- Kompetanseprogramet "Samhandling for et lettere liv" er et tverrfaglig samhandlings tilbud om sykkelig overvekt for helsepersonell i kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn, samt Helgelandssykehuset Mosjøen.

- Følge opp de forpliktelser som følger av samarbeidsavtalene, herunder dokumentasjon av og aktiv håndtering av avvik.

- Elektronisk avviksmottak, og oppretting av kliniske koordinatører ved de tre sykehusenhetene (Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen) for lokal behandling og lukking av avvik.
- Intern rapportering 2 ganger årlig i form av avviksstatistikk

- Sikre at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke endrer vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.

Det har ikke fremkommet avvik på endring av faglig vurderinger ift når pasienter er utskrivningsklare.

⁶ The Chronic Care Model - innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling

- I samarbeid med kommunene og brukerne videreføre arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp for de store pasientgruppene. Dette skal inkludere pasienter med kroniske sykdommer. Nettverkssamarbeidet mellom helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene skal styrkes.

Medvirket i LEAN-prosjekt initiert av kommunene relatert til pasientforløp og praktisering av tjenesteavtalene 3 og 5 på Sør-Helgeland.

- Bidra med kompetanse og kvalitetsutvikling til oppbygging og drift av kommunale døgnbaserte ø-hjelpfunksjoner. Disse skal sikre likhet og tilgjengelighet til akuttfunksjoner av god kvalitet uavhengig av bosted, og skal ha en kvalitet som reelt avlaster sykehus, jf Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Hensynet til gode og forsvarlige beredskapsordninger må ivaretas gjennom avtalene som inngås. Det skal også vurderes om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.

- Medvirket til planarbeid og søknader om oppstart ø-hjelpssenger h.h.v. Rana og Vefsn (2012), samt Brønnøy og HALD-kommunene (2013 og fortsatt pågående).
- Deltakelse i styrings- og prosjektgruppe i prosjektet LMS Sør-Helgeland
- Pågående gjennomgang av desentralisert spesialistpoliklinikktilbud i Brønnøysund

- Drive systematisk opplæring av personell som er nødvendig for å gjennomføre samhandlingsreformen. Et grunnlag for dette er kartlegging av behov og anbefalte tiltak i sluttrapport januar/februar 2013 fra prosjektet Kompetansebehov etter samhandlingsreformen⁷.

- Det er gjennomført opplæring relatert til avtalene, og løpende i forhold til avvik og i forbindelse med behandling av disse
- Praktisk rettet evalueringskonferanse gjennomført i april 2013, og oppfølgingspunkter er konkretisert i egen protokoll mellom kommunene og helseforetaket:
 - a. Samhandlingsmøter på operativt nivå, minimum 2 ganger pr. år (vår og høst) der h.h.v. helseforetak og kommune tar ansvar for et av de årlige møtene.
Oppfølging: Spørsmålet ses i sammenheng med en total gjennomgang av samhandlingsarenaer, jfr. felles samarbeidsavtale, pkt. 7.
 - b. Organisering og driftsopplegg for koordinerende enheter i kommunene og helseforetaket. Pasientkoordinering som mulig element i pasientrettighetslovgivningen.
Oppfølging: Helseforetaket er i gang med etablering av koordinerende enhet, og etablering av tilsvarende i kommunene varierer. Ny status fra helseforetak og kommuner framlegges i september. Jfr. tj.avtale 2 (TA-2), pkt. 6.3
Koordinerende enheter
 - c. Grensesnittet mellom spesialistrehabilitering og kommunal rehabilitering/optrening. Kapasitet, behandlingsrettede tilbud og koordinering framover.
Oppfølging: Helseforetaket foretar en intern gjennomgang av pasientforløp, rutiner og kapasitet. Saken tas opp i dialog med kommunene i løpet av høsten 2013. Jfr. TA-2, pkt. 7 Samarbeid om avklaring av gråsoner og tilpassede løsninger for rehabilitering.

⁷ Rapport utarbeidet av Margrete Gaski, forventes ferdig januar/februar 2013

- d. Kompetanseutfordringer som følge av reformen. Forslag til strategi og tiltak foreligger i rapport fra universiteter/høyskoler i Nord-Norge, Helse Nord RHF og KS Nord-Norge. Partene er oppmerksom på høringsfrist 20. august 2013.
- e. Brukerrettigheter/lovbestemte krav i brukerrettighetsloven. Saken følges opp kontinuerlig av partene.
- f. Gjennomgang av utskrivningspraksis. Ses i sammenheng med framtidig overvåkning av reinnleggelser i løpet av 30 dager.
Oppfølging: Utskrivningspraksis tas inn som element i bl.a. fase 2 av LEAN-prosjektet (Sør-Helgeland), og Helgelandssykehuset arbeider fram et forslag til konkret oppfølging og rapportering av reinnleggelser. Arbeidet konkretiseres i framtidig prosjekt (søknad til Helse Nord) relatert til kvalitetssikring av inn- og utskrivning av pasienter i sykehus.
- g. Samarbeid om ledsagerordning.
Oppfølging: Utkast til avtale om ledsager/pasientfølge foreligger fra helseforetakets side. Utkastet oversendes kommunene og vil være forhandlingstema i september 2013.
- h. Forståelige, entydige PLO-meldinger. Gjennomgang av meldingsinnhold og eventuelle endringer i TA 5 i forbindelse med utprøving og innføring av FUNNKe.
Oppfølging: IT-bestiller og samhandlingskoordinator utarbeider en redegjørelse for hvilke avtalte meldinger (TA 5) som eventuelt må dispenseres fra i forbindelse med utprøving og gjennomføring av elektroniske meldinger (FUNNKe). Partene tar stilling til dette i løpet av september 2013.
- i. Pasientsikkerhetskampanjen relatert til medikamentlister/legemiddelinformasjon.
Oppfølging: Sykehusfarmasøyt engasjeres i forhold til å avklare status og foreslå tiltak.
- Oppfølgingen av ovennevnte punkter er igangsatt og videreføres i 2014.
- Handlingsplaner og tiltak forventes konkretisert som vedlegg til TA-6 etter gjennomført planlagt felleskonferanse i 2014 i regi av KS Nord-Norge, Helse Nord RHF og helseforetakene der "Gaski-rapporten" er tema.

- Videreføre arbeidet med å desentralisere kontroller.

Dette arbeidet videreføres, spesielt i kommunene rundt sykehusenheten i Mosjøen som har det høyeste sykehusforbruket i helseforetaket. De er etablert et samarbeidsprosjekt der primærleger sammen med sykehuspersonell ser på hvilke kontroller som kan overføres og hvilke pasientgrupper som kan fortsette kontroller i primærhelsetjenesten. Det vurderes å gjennomføre liknende samhandlingstiltak ved de øvrige sykehusenhetene.

- Følge opp samhandlingstiltak i Helse Nord's vedtatte handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring.⁸

Lærings- og mestringssentrene i helseforetaket har et rikt kurs-tilbud til pasienter med langvarig og/eller sammensatt sykdom eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende, der målet er å fremme selvstendighet og mestring av eget liv.

⁸ "Status og utviklingsmuligheter for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord", vedtatt i Helse Nord RHF's styre 27.9.12

- Foreslå for samarbeidsorganene mellom kommunene og helseforetakene at tillitsvalgte inviteres til å delta

- Kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset er ikke kommet til enighet om overordnet samarbeidsstruktur (representasjon i OSO og vedtekter). Helgelandssykehuset har tatt flere initiativer i 2013 for gjenoppretting av OSO, mens kommunene på sin side har delegert avgrensede/saksspesifikke fullmakter til et interkommunalt forhandlingsutvalg.
- Helgelandssykehuset har foreslått representasjon av tillitsvalgte som ledd i revisjon av vedtektene for OSO.

5. Pasienttilbud

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Helsedirektoratets data er for 2012. 30 dagers overlevelse etter hjerteinfarkt var i helseforetaket 87,2 %, landsgjennomsnitt 87,6 %. Alle 3 sykehusenhetene leverer data til norsk hjerteinfarktregister.

- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Helsedirektoratets data er for 2012. 30 dagers risikjustert overlevelse var i helseforetaket 94,0%, variasjonen mellom sykehusenhetene var 94,3 – 94,0 %. Landsgjennomsnitt 94,7 %.

- *Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Det er ikke utarbeidet statistikk fra regionale helseforetak for denne parameteren.

5.1 Kreftebehandling

Helseforetakene skal:

- *Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Siste NPR-data fra 2. tertial 2013: Andel pasienter med tykktarmkreft i helseforetaket som fikk behandling innen 20 virkedager var 50 %, dette utgjorde 7 pasienter i perioden. Landgjennomsnittet var 57,3 %. Antallet pasienter i helseforetaket i perioden var for få til at data er brutt ned på behandlende sykehus.

I hele 2012 var andelen i helseforetaket som fikk behandling innen 20 virkedager 63,4 %, til sammen 25 pasienter, fordelingen var 10 av 15 pasienter i Sandnessjøen og 15 av 25 pasienter i Mo i Rana. Landsgjennomsnittet var 59,3 % i 2012.

Tallene er små tertialvis, men også på årsbasis. Det er laget rutiner for behandlingsforløp for pasienter med tykktarmkreft, beskrevet i tertialrapport 1. tertial 2013.

En av de største utfordringene mtp å korte ned tid fra henvisning til behandling, er å vurdere alvorlighetsgrad utfra opplysninger i henvisning. Ytterligere samhandling med primærhelsetjenesten vil være en del av det videre arbeidet mtp. å øke prosentandelen som får behandling innen 20 dager.

- *Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Siste NPR-data er fra 2. tertial 2013. det var for få pasienter (<5) med lungekreft i hele helseforetaket i perioden til at data kan presenteres. Landsgjennomsnitt for prosentandelen var 40,8 %

I hele 2012 var andelen i helseforetaket som fikk behandling innen 20 virkedager 41,2%, til sammen 7 pasienter, fordelingen var 4 av 17 pasienter i Sandnessjøen og 3 av 10 pasienter ved de 2 andre enhetene. Landsgjennomsnittet var 36,8 % i 2012.

Tallene er svært små tertialvis, mens også små på årsbasis. Det er ekstra utfordring knyttet til at selve behandlingen foregår ved et annen helseforetak, som oftest Nordlandssykehuset. Rutiner for pasientforløp bør gjennomgås sammen med Nordlandssykehuset.

- *Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Pasienter med brystkreft får ikke sin primærbehandling i Helgelandssykehuset.

- Påse at Pasientrettighetslovens krav til fristfastsettelse og forløpstid er oppfylt, og at nasjonale kvalitetsindikatorer etterleves.

Et er fokus på pasientrettighetslovens krav vedr fristfastsettelse og forsvarlig forløpstid. Noen nasjonale kvalitetsindikatorer følges månedvis gjennom kvalitetsrapporten mtp iverksettelse av tiltak. Resultater nasjonale indikatorene som publiseres tertialvis, følges opp ved sykehusenhetene i noe varierende grad.

- I samarbeid med øvrige helseforetak utvikle og ta i bruk standardiserte pasientforløp for de viktigste kreftformer.

De kliniske avdelingene og kreftpoliklinikkene ved sykehusenhetene har regelmessig kontakt med kreftavdelingene ved UNN og Nordlandssykehuset og behandlingsprotokoller og derav behandlingsforløp legges opp sammen med dem.

- Iverksette tiltak for å bedre informasjonen til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer⁹

Det er ikke opprettet egne funksjoner som, kreftkoordinatorer, men alle sykehusenhetene har kreftpoliklinikk med kreftsykepleiere som i stor grad utgjør koordinatorkfunksjon for de pasientene som følges ved poliklinikkene. Der er også et begrenset antall leger som er involvert i den daglige behandlingen av pasienter ved kreftpoliklinikkene, noe som bedrer kontinuiteten i behandlingen.

⁹ Jf Høringsutkast Nasjonal kreftstrategi (Helsedirektoratet 2012)

- Iverksette tiltak i henhold til regional handlingsplan for plastikk-kirurgi og midler fordelt over budsjett 2013.

Regional handlingsplan for plastikkirurgi er ikke vedtatt enda, høringsfrist var 15.11.2013. Helgelandssykehuset v/sykehusenheten i Mosjøen har i verksatt tiltak ift midler fordelt i 2013- budsjettet, med økt kapasitet for brystrekonstruksjon med sekundærprotese. Helseforetaket har i sin høringsuttalelse pekt på utfordringen knyttet til at tidligere særskilt finansiering er fjernet fra 2014, men også poengtert at en forutsetning for opprettholdelse av tilbudet er at de øvrige helseforetakene henviser pasienter til tilbudet i Mosjøen.

Helgelandssykehuset HF skal:

- *I samarbeid med UNN og NLSH sikre et godt tilbud til kreftpasienter*

Det vises til 5. kulepunkt i avsnittet:

De kliniske avdelingene og kreftpoliklinikkene ved sykehusenhetene har regelmessig kontakt med kreftavdelingene ved UNN og Nordlandssykehuset og behandlingsprotokoller og derav behandlingsforløp legges opp sammen med dem.

5.2 Behandling av hjerneslag

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag skal følges opp. Informasjonstiltak til befolkningen har stor betydning for å sikre at pasienter kommer raskt til sykehus, og må prioriteres.

Helseforetakene skal:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Siste data fra Helsedirektoratet er fra 2012. 30 dagers overlevelse i helseforetaket etter innleggelse for hjerneslag var 86,3 %, landsgjennomsnitt var 86,6 %. Prosentandelen var i Sandnessjøen 86,5 % og i Mo i Rana 86,4 %. Det er bemerket fra helseforetaket at data fra Mosjøen ikke er presentert, uten at man vet årsaken til dette. Alle sykehusenhetene har opprettet slagenhet og er involvert i innsatsområdet hjerneslag i Pasientsikkerhetsprogrammet.

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Siste data fra Helsedirektoratet er fra 2.tertial 2013. Det var da 3 pasienter (25 %) i Sandnessjøen og 2 pasienter i Mo i Rana som hadde fått trombolysbehandling. Feil i data fra Mosjøen, slik at Mosjøen står med 0 pasienter. Gjennomsnitt for helseforetaket i perioden er 16,1 %, landsgjennomsnitt 13,3 %
Det merkes at det er små tall som gir store prosentuelle utslag. Også trombolysbehandling følges opp gjennom innsatsområdet i Pasientsikkerhetsprogrammet.

5.3 Svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

Nasjonale krav til tjenesten skal ivaretas gjennom regional og nasjonal handlingsplan for fødselsomsorgen. Denne gir et bilde av dagens status i regionene for innføringen av de nasjonale kvalitetskravene for fødselsomsorgen, en beskrivelse av arbeidet som hittil er gjort og forslag til fremtidige tiltak for å sikre en tjeneste i tråd med nasjonale føringer.

Helseforetakene skal:

- Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Siste publiserte data fra Helsedirektoratet er fra 2012. Da hadde Helgelandssykehuset 1,8 % fødselsrifter (landsgjennomsnitt 2,1 %). Av sykehusenhetene hadde Mo i Rana 2,5 %, mens Sandnessjøen hadde 1,3 %. Fødestuene hadde 0 %
Data for 2013 er gjennomgått ved enhetene. Det har ikke vært grad 4 rifter.
Det er kontinuerlig fokus på problemstillingen, og det er planlagt et felles kurs for jordmødrene høsten 2014 med fokus på rifter og støtteteknikk.

- Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Siste publiserte data fra Helsedirektoratet er fra 2. tertial 2013.
Helgelandssykehuset hadde lavere andel keisersnitt enn landsgjennomsnittet både totalt, og for ø.hjelp og elektivt. Landsgjennomsnitt 15,9 – 5,9 – 10,1 % av alle fødsler.
Tilsvarende tall for Helgelandssykehuset var 11,3 – 4,9 – 6,4 %. Sandnessjøen hadde noe lavere frekvens enn Mo i Rana, men begge under landsgjennomsnittet.
Egne data for hele 2013: 14,7 % keisersnitt totalt, landsgjennomsnitt ikke oppgitt enda.
Det er et ønske og målsetning om lavere andel keisersnitt.
Fødeavdelingen i Sandnessjøen har satt fokus på reduksjon av andelen hos kvinner som har et ønske om keisersnitt, men der det ikke er medisinsk indikasjon. Avdelingen i Mo i Rana har planlagt deltakelse i et gjennombruddsprosjekt i regi av Norsk Gynekologisk Forening for reduksjon av keisersnittfrekvensen..

- Hvert tertial gi en oppdatert status for situasjonen på fødeinstitusjonene vedrørende implementering av kvalitetskrav, herunder en kort oversikt over særskilte utfordringer samt planlagte/gjennomførte tiltak. Rapporteringskjema som er benyttet i handlingsplanen skal brukes.

Tiltak ift kvalitetskravene er implementert ved begge fødeavdelingene. Det er noen bemanningsmessige utfordringer, knyttet til rekruttering av en 4. vaktgående gynekolog i Mo i Rana, og økonomisk gjennomførbarhet av forutsatt bemanning i Sandnessjøen.

- I påvente av utviklet løsning iverksette tiltak for å begrense risikoen ved bruk av to journalsystemer for fødende (Partus og DIPS).

Det utføres nøyaktig og nitid dobbeltdokumentasjon i DIPS og Partus:
Fødsler dokumenteres av jordmor i Partus. Ved normale fødsler skriver jordmor epikrise og koder i DIPS. Ved operative forløsninger, sutureringer osv dokumenterer jordmor i Partus og lege i DIPS. Det må være overensstemmelse mellom disse to, ellers blir statistikk fra Partus feil.

Legeepikriser skrives i DIPS.

Polikliniske konsultasjoner dokumenteres av lege i DIPS. Jordmor dokumenterer samtidig i Partus og må av og til skrive resymé der. Det er en kilde feil hvis jordmor på vakt ikke slår opp i DIPS og bare bruker Partus.

Barneundersøkelser og observasjoner dokumenteres i Partus. Det kreeres en epikrise til Helsestasjon. Men hvis det er noe ekstra med barnet som for eksempel trenger kontroll eller henvisning til andre instanser, ortoped, rtg, må det skrives i DIPS. Koding må også gjøres i DIPS.

Pr. i dag brukes en gammel versjon av Partus som ikke er integrert mot DIPS. Det er igjen påpekt behov for rask avklaring ift oppgradering av Partus, og også ift en versjon som kan integreres mot DIPS.

- Inngå dialog med kommunene med mål om å få på plass organisering av kommunale fødestuer i tråd med krav i veileder.

Ikke aktuell problemstilling i Helgelandssykehuset.

- Levere data til regionalt perinatalregister¹⁰.

Det leveres data til regionalt perinatalregister fra alle enhetene.

Sykehusenheten i Sandnessjøen anfører at det har vært underrapportert kasus derfra i 2013, men at tiltak blir iverksatt for å rette opp dette.

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Ref Vedlegg 2 i OD - Styringsparametre 2013 publiseres 15.mai 2013)

Undersøkelsen, PasOpp-rapport nr 4 – 2013 - *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, Nasjonale resultater* - ble publisert 30.12.2013. Resultatene har vært oversendt ledergruppen i helseforetaket, men ikke publisert på nettsidene.

Resultatene viser at helseforetaket ikke skiller seg ut i vesentlig grad – og er som en del av Helse Nord, på det jevne uten signifikante forskjeller i noen retninger i fht landsgjennomsnittet – eller snittet i Helse Nord. Fødetilbudet får høyt score og barseltilbudet får vesentlig lavere score. Resultatene fra fødestuene er så små at de ikke er spesifiserte i egne rapporter, det var 13 spurte og 6 svar + 3 fedre som hadde svart.

Alle små enheter under 15 svar blir registrert som en del av regionens / helseforetakets resultat.

Liggetiden ved helseforetakets fødeavdelinger er på linje med andre sykehus, (Lillehammer, Harstad, Førde, Kongsvinger). Fødestuene i helseforetaket har lengre liggetid tross små tall. Resultatene blir tatt med når fødselsomsorgen i helseforetaket skal gjennomgås i 2014.

5.4 Traumebehandling/karkirurgi

Helseforetakene skal

- Implementere regionale retningslinjer for kommunikasjon, transport og overflytting av alvorlig skadde pasienter i Helse Nord.

¹⁰ Registeret er lokalisert til Helse Nord RHF

Regionale retningslinjer er implementert ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen, og regional kommunikasjon skjer via regional AMK og traumeleder ved UNN.

- Tilrettelegge og følge opp traumesystemet, inkl. levere data til regionalt traumeregister fra 1.1.2013 og implementere destinasjons- og kommunikasjonsprotokoller.

Sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen har hatt internrevisjon av regionale krav til akuttstusykehus som er gjennomgått i samarbeid med regional traumekoordinator og er tilfredsstillende. Destinasjons- og kommunikasjonsprotokoller er implementert. Det regionale traumeregisteret er enda ikke etablert for innsending av data, men det gjøres manuell registrering av traumepasienter for innsending av data i etterkant.

- Levere data til kvalitetsregister for hjerte/kar

De registrene Helgelandssykehuset rapporterer til innen hjerte/kar-sykdommer:

- Norsk pacemakerregister (NORPACE): Å jour, men bare på implantasjoner. Kontroll- og oppfølgingsdelen av NORPACE brukes ikke, den er tungvint og krever en del dobbeltarbeid. Det planlegges ny struktur etter mønster fra det svenske registeret fra 2015.
- Norsk hjerteinfarktregister: Alle 3 sykehusenhetene rapporterer data
- Norsk hjerneslagregister: Alle 3 sykehusenhetene rapporterer. Pasienter med hjerneslag registreres også i Extranet som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet.
- Norsk hjertestansregister: Foreløpig bare rapportering prehospitalt. Helgelandssykehuset har representant i styringsgruppen for registeret. Det jobbes med data og tas med regelmessige mellomrom opp med ambulansetjenesten at alle tilfeller av hjertestans skal føres i skjema. Det planlegges å kvalitetssikre mot AMK. Planen er å ha komplette data fra 01.01.2012. Dette er muligens klart før sommeren 2014.

5.5 Oppfølging av regionale handlingsplaner innen kronikeromsorg m.v.

I budsjetttrammene for 2013 er det avsatt øremerkede midler til å følge opp regionale handlingsplaner i lungemedisin, nyreerstattende behandling og revmatologi, jf. styresak 72/2012.

Ny regional handlingsplan i geriatri ferdigstilles våren 2013. Utdanningskapasiteten for leger i geriatri må styrkes i tråd med nasjonal og regional føring.

Helse Nord RHF har fra 2013 fått ansvar for nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde. Oppgaven innebærer ansvar for avtaleinngåelser og oppfølging av de institusjonene i spesialisthelsetjenesten som tilbyr kompetansetjenester for døvblinde¹¹, samt etablering av en nasjonal koordinerende funksjon.

Helseforetakene skal

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Siste data fra Helsedirektoratet er fra 2012. 30 dagers overlevelse etter lårhalsbrudd i

¹¹ Døvblindesenteret på UNN er en av disse institusjonene, den eneste innen Helse Nord

Helgelandssykehuset er 91,2%. Der er bare data fra Mo i Rana, siden ortopedi er funksjonsfordelt. Landsgjennomsnitt er 91,4 %

- Innen utgangen av 2. tertial utarbeide plan for opptrapping av tjenestene for lungesyke og for nyreerstattende behandling¹². Helse Nord RHF vil koordinere arbeidet.

Det er foreløpig ikke utarbeidet egne helseforetaksplaner innen disse fagområdene, da man har avventet det koordinerende arbeidet i regi av Helse Nord.

- Sørge for at LIS-hjemler øremerket geriatri ikke holdes vakante av økonomiske årsaker.

Helgelandssykehuset har ikke LIS-hjemler øremerket geriatri.

5.6 Habilitering og rehabilitering

Regional handlingsplan for rehabilitering behandles i Helse Nord RHF's styre våren 2013.

Helseforetakene skal:

- Følge opp ny regional handlingsplan for rehabilitering.

Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering kom først på høring 06.12.13 med høringsfrist 01.02.2014. Helgelandssykehuset har avgitt høringssvar og vil følge opp planen når den blir vedtatt.

- Iverksette tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

Etablert utrednings- og behandlingstilbud til CFS/ME innen Raskere tilbake. Utredningen foregår ved bruk av Canadakriteriene. Det blir initiert kognitiv tilnærming og tilpasset trening, og pasientene får med seg en videre rehabiliteringsplan ved utskrivelse. Tilbud til 2 pasienter i uken. I tillegg er det etablert LMS-tilbud til samme pasientgruppe.

5.7 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og annen avhengighetsbehandling

Helseforetakene skal:

- Forebygge overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon.

Forebygging av overdosedødsfall som skissert i pasientsikkerhetskampanjen er implementert i rusavdelingen (Mo i Rana). Det gjennomføres jevnlig opplæring for pasientene ifht livredding, visittkort med informasjon om tlf.nr og punkter det er viktig å huske i en slik situasjon deles ut til alle pasienter. Visittkortene er utarbeidet i regi av pasientsikkerhetskampanjen. Avdelingen bruker rescue-dukke i opplæringen. For øvrig er psykoedukasjon en viktig del av behandlingen som også omhandler risikofaktorer etter innleggelse.

¹² Jf øremerkede midler i budsjett 2013, styresak 72-2012 til oppfølging av regionale handlingsplaner for lungemedisin og for nyremedisin

- Utarbeide og følge opp samarbeidsrutiner og forankre disse i tjenesteavtalene med kommunene.

Det er gjennomført samarbeidsmøter med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten innenfor foretaket, og samarbeidsmøter med kommunene på Helgeland.

- Etablere tilbud om brukerstyrte plasser innen TSB.

Brukerstyrte plasser ikke etablert. Det diskuteres hvordan disse skal innrettes slik at det ikke går ut over tilgjengeligheten på behandlingsplasser.

- Etablere lavterskel-LAR for den mest hjelpetrequende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer, i samarbeid med kommunene

Det er ikke iverksatt. Ikke ferdigstilt diskusjon omkring tiltaket, internt og ift. kommunene.

- Gjennomføre brukerundersøkelser innen TSB etter mal fra Kunnskapscenteret, og følge opp resultatene.

Ikke iverksatt i 2013, blir iverksatt i 2014

- Styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn.

Det er ikke iverksatt spesielle tiltak.

- Etablere systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er tilbud ved psykiatrisk sykepleier i somatiske avdelinger, som også ivaretar kommunikasjon med DPS mtp oppfølging utover primærkontakt. Rusproblemer som fanges opp blir videreformidlet til behandlere innen TSB. For øvrig ikke etablert andre systemer for dette.

Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF skal:

- Samarbeide med UNN for å sikre gode og langsiktige pasientforløp for familier behandlet ved familieambulatorium. Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.

Familieambulatorium er definert som tilbud til gravide, mødre og fedre med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse og/eller som sliter med pågående eller tidligere rusproblemer. Det har ikke vært behandlet familier i familieambulatorium ved UNN der helseforetaket har vært involvert eller er blitt kontaktet av UNN om nærmere samarbeid.

5.8 Psykisk helsevern

Omstillingen innen psykisk helsevern skal fullføres, slik at DPS ene blir satt i stand til å ivareta alle allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akutfunksjoner gjennom døgnet.

Sykehusene skal ivareta oppgaver som kun kan utføres på sykehusnivå, dvs. sikkerhetsavdelinger, lukkede avdelinger og enkelte spesialfunksjoner. Akutfunksjoner og spesialfunksjoner vurderes samlokalisert med somatiske sykehus.

Helseforetakene skal:

- *Registrere lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Det arbeides med forbedringsrutiner på dette i alle DPS'ene.

- *Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Helgelandssykehuset har ikke definert **sykehusfunksjon** innen psykisk helse

- *Andel tvangsinnleggelse (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Helgelandssykehuset har ikke sykehusfunksjon med mottak for tvangsinnleggelse. Disse data må hentes fra Nordlandssykehuset, da en del tvangsinnleggelse fra Helgeland, går rett fra primærhelsetjenesten til Nordlandssykehuset.

- *Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100 000 innbyggere > 18 år) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Det er ikke registrert denne andelen i 2013

- *Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Ingen akuttberedskap utover normal arbeidstid p.t. Det foreligger styrebehandlet plan for etablering av Ambulant Akutteam, men ikke iverksatt pga manglende spesialistdekning.

- *Andel reinnleggelse innen 30 dager for pasienter med schizofreni. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Disse data er ikke registrert i 2013

- *Etablere akuttberedskap på døgnbasis ved DPS.*

Ingen akuttberedskap utover normal arbeidstid p.t. Det foreligger styrebehandlet plan for etablering av Ambulant Akutteam, men ikke iverksatt pga manglende spesialistdekning. Iverksettes når rekruttering av spesialistkompetanse lykkes.

- Alle DPS skal ha ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar. Løsningen i "DeVaVi¹³" bør blant annet vurderes

Ambulante funksjoner er etablert i hver enhet innen normalarbeidstid. Telematikk brukes i noen tilfeller, og ikke brukt som en løsning i ambulant virksomhet.

- Redusere andel tvangsinnleggelse med 5 %.¹⁴

Data vedr tvangsinnleggelse registreres i Nordlandssykehuset, jfr 3. kulepunkt over.

- Redusere andel tvangsbehandlingstiltak med 5 %.¹⁵

Det foreligger ikke oppdaterte tall på tvangsbehandlingstiltak

- Utarbeide og iverksette felles prosedyrer for prioriteringspraksis som sikrer likeverdigetjenester innen barne- og ungdomspsykiatriske tilbud.

Det har tidligere (2012) vært gjennomført en gjennomgang mtp. lik prioriteringspraksis. Dette har ikke vært gjennomført i 2013, men rettighetstildeling innen BUP-området er omtrent som landsgjennomsnittet. I første og andre tertial 2013 var rettighetstildelingen hhv 93,5 og 93,8 %, mens landsgjennomsnittet var 91,8 – 92,1 %.

- Sørge for at fristbrudd ikke forekommer innen barne- og ungdomspsykiatrien, og at ventetider er maksimum 50 dager.

Det har bare vært unntaksvis fristbrudd innen barne- og ungdomspsykiatri. Helse Nords virksomhetsportal gir ufullstendige ventelistedata på fagområder, men i 2. tertial 2013 var gjennomsnittlig ventetid innen BUP-området i helseforetaket 53 dager (NPR). Det er et kontinuerlig fokus på å unngå fristbrudd og redusere ventetid.

- Planlegge og iverksette tiltak for å forebygge selvmord i psykiatrisk sengepost innen psykisk helse for voksne.

Ved innleggelse og underveis i behandlingen blir det rutinemessig gjort selvmordsrisikovurdering. Også for pasienter i brukerstyrt innleggelse gjøres dette.

- Følge opp prosessen med funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS.¹⁶ Tertialvis rapportering på status.

Igangsett arbeid med planlegging av endret tilbud i foretaket.

- Sikre at det er tilstrekkelig kompetanse i og gode rutiner på å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

Standardisert kartlegging i alle saker i alle enheter. Kompetanse bør kartlegges og vurderes

¹³ Prosjekt gjennomført i UNN ved DPSer som har utviklet modeller for ambulante tjenester

¹⁴ HOD har presisert kravet til 5 % reduksjon av antall tvangsinnleggelse, ikke prosentandel

¹⁵ 5 % reduksjon av antall tvangsbehandlingstiltak, ikke prosentandel

¹⁶ Jf. krav i OD 2012, med bakgrunn i tilrådninger fra Nasjonal strategigruppe 2

om den er tilstrekkelig.

- Øke antall konsultasjoner pr. fagårsverk i psykisk helsevern for voksne til tre konsultasjoner pr. dag. Tertilvis rapportering på status.

Kontinuerlig fokus på konsultasjoner. Et særlig fokus på "ikke-møtt"problematikk, der andel er mellom 10 og 14% i 2013.

5.9 Kjeveleddsdysfunksjon

Det skal gis et tilstrekkelig tilbud og med god kvalitet til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon (TMD).

Helseforetakene skal:

- Gi behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.

Helgelandssykehuset har ikke behandlingstilbud i helseforetaket til denne pasientgruppen.

5.10 Pasient- og pårørendeopplæring

Helse Nord RHF's styre behandlet i styresak 103/2012 regional strategiplan for pasient- og pårørendeopplæring. Vedtatt tiltaksplan vil, jf opplysninger i styresaken, bli noe endret fra arbeidsgruppens forslag.

Helseforetakene skal:

- Følge opp regional strategiplan for pasient- og pårørendeopplæring.

Det har ikke vært arrangert møter mellom fagmiljøene i foretaket og regional koordinator for pasient- og pårørendeopplæring. De fagansvarlige på lærings- og mestringssettret samarbeider med koordinator i Hele Nord. Lærings- og mestringsenhetene på enhetene i Helgelandssykehuset er ulikt organisert, og ledelsen er i gang med en gjennomgang av organisering også av denne tjenesten.

- Styrke pasient- og pårørendeopplæringen inkl. tilbudene innen psykisk helse og rus.

Det er ulike gruppetilbud iverksatt på enhetene: bipolar lidelse, rus, adhd, overvekt, astma, Downs syndrom, autisme. Fokus på barn som pårørende i alle enheter. Standardpunkt i anamneseopptak.

- Sørge for at avdelinger/klinikker har personell med definert ansvar for pasient- og pårørendeopplæring. Disse skal også være kontaktpersoner for lærings- og mestringssettrene.

De fleste kliniske avdelinger i Helgelandssykehuset har egne barneansvarlige helsepersonell og de er kontaktpersoner for læring - og mestringssettrene. Det er ikke innført en rolle/oppgave med definert ansvarlig for pasient og pårørendeopplæring. Dette er en oppgave

som ivaretas av teamet rundt pasienten og teamledende sykepleier/lege formidler kontakt til læring og mestringssenter.

- Følge opp arbeidet med barn som pårørende ¹⁷

Helgelandssykehuset organiserer arbeidet med barn som pårørende ved å ha en koordinator med kontaktpersoner på hver sykehusenhet. På hver sykehusenhet er det barneansvarlige på de fleste kliniske avdelinger som er i et nettverk med ”barneansvarlig” kontaktperson på sykehusenheten og koordinatoren i foretaket.

6. Andre områder

6.1 Beredskap og smittevern

Helseforetakene skal:

- Rapportere prevalens av sykehusinfeksjoner (*Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013*)

Alle tre enhetene gjennomfører pålagt prevalens etter to fastsatte datoer fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Etter usikkerhet om kvaliteten på tidligere leverte prevalensdata, ble det besluttet at smittevernpersonell ved alle tre enhetene skal samle inn data, gå gjennom dem og rapportere prevalens. Dette ble gjennomført i 2013.

- Innen 31.12.13 ha oppdatert egen krise- og katastrofeplan.

Overordnet beredskapsplan er revidert i forhold til Regional beredskapsplan fra Helse Nord. Revisjon av beredskapsplaner på sykehusenhetene pågår

- Oppdatere og tilpasse sine beredskapsplaner¹⁸, blant annet med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22.juli 2011.

Overordnet beredskapsplan for Helgelandssykehuset er revidert i tåd med de føringen so mer lagt i Regional plan for Helsemessig og sosial beredskap i Helse Nord

- Implementere krisestøtteverktøyet Helse CIM.

Helse Cim er implementert som et overordnet krisestøtteverktøy i Helgelandssykehuset

- Delta i planlegging og i øvelsen Barents Rescue 2013.

Deltagelsen foregår gjennom samarbeidet i regionalt beredskapsutvalg

- Øve egne planer i samarbeid med andre nødetater

Det har ikke vært gjennomført større øvelser med andre nødetater i 2013 bortsett fra vår

¹⁷ Jf krav i OD HOD 2013, side 7, kommentarer til bevilgning på kap.781, post 79 ”Barn som pårørende”

¹⁸ Jf sak om regional plan for helsemessig og sosial beredskap, til Helse Nord RHF's styremøte 27.02.13

deltagelse i "table topp" ved Barents Rescue. Det planlegges en større øvelse før åpningen av Toven tunellen høsten 2014.

- Styrke tiltaksarbeidet for å redusere sykehusinfeksjoner og sette mål for reduksjon av infeksjoner, jf. mål i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

Helgelandssykehuset deltar i følgende innsatsområder i Pasientsikkerhetskampanjen:

- Trygg kirurgi
- Urinveisinfeksjoner
- Infeksjon ved sentralt venekateter
- Trykksår
- GTT

Datainnlevering til NOIS:

Helgelandssykehuset Mo i Rana har siden september 2012 fulgt opp pasienter som har fått utført følgende inngrep: Hofteprotese, keisersnitt, kolonkirurgi og cholecystektomi.

Helgelandssykehuset Mosjøen har siden januar 2013 fulgt opp pasienter som har fått utført cholecystektomi.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen har ikke startet opp med NOIS.

Andre tiltak som kan bidra til å redusere sykehusinfeksjoner og gjennomføres kontinuerlig:

- Utarbeide/revidere prosedyrer/retningslinjer i Infeksjonskontrollprogrammet til Helgelandssykehuset
- Undervisning/ veiledning til ansatte i gjeldende prosedyrer/retningslinjer innen smittevern/hygiene.

- Sikre nødvendig kompetanse i sterilsentralene, jf. regional smittevernplan.¹⁹

Det er ikke påbegynt videreutdanning av personell innen sterilmforsyning i Helgelandssykehuset. Det ikke har vært startet opp videreutdanning for personell innen sterilmforsyning i Norge i 2013.

6.2 Forebygging og folkehelsesamarbeid

Forebygging er et viktig mål i samhandlingsreformen. Helse Nord RHF har inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunene. Denne omhandler tiltak som skal følges opp av helseforetakene. Helseforetakene har i samhandlingsreformen inngått egne tjenesteavtaler med kommunene om forebygging.

Helseforetakene skal:

- Bistå kommunene med kompetanse for å fremme sekundærforebyggende tiltak innen blant annet diabetes, ernæring, psykisk helse og skadeforebygging.

Helseforetaket har gjennom samarbeidsavtalene forpliktet seg til å overføre kompetanse til samarbeidende kommuner.

- Rapportere data om skader og ulykker til NPR

Alle tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset leverer personskaedata til NPR

¹⁹ Smittevernplan 2012-2015 Helse Nord, vedtatt i Helse Nord RHF's styremøte 3.5.2012

- Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012)

Det er ikke etablert en overordnet ernæringsstrategi, men de kliniske ernæringsfysiologene ved sykehusenhetene arbeider i tråd med disse anbefalingene. Det er fokus på ernæring ved de kliniske avdelingene etter at en tidligere tilsynssak avdekket mangelfull ernæring hos hoftebruddspasienter.

6.3 Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen

Nordområdene er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Helse Nord vil ha en sentral rolle i utviklingsarbeidet innenfor helse- og sosialtjeneste, herunder beredskap²⁰.

Helseforetakene skal:

- Delta i helsesamarbeidet i Barentsregionen.

Dette ivaretas gjennom regionalt beredskapsutvalg. Helse Nord/helgelandssykehuset og Västerbottens Läns landsting er i forhandlinger om en samarbeidsavtale over grensen ved akutte sykdomstilfeller. Det er opprettet et nettverk mellom Helgelandssykehuset og Västerbottens Län for å utarbeide felles prosedyrer for dette samarbeid.

7. Utdanning av helsepersonell

Helseforetakene skal gi kvalitetsmessig god og utviklingsorientert praksis av god kvalitet. Denne må også ha fokus på pasientforløp, og det må samhandles med kommunene.

Helseforetakene skal:

- Sørge for kvalitetsmessig god og utviklingsorientert praksis.

Helgelandssykehuset deltar i samarbeidsorgan med høyskoler, universitet og videregående skoler i regionen. Vi tilrettelegger følger opp vårt ansvar i forhold som lærebedrift/praksisplass osv i tett samarbeid med elev/student og utdanningsinstitusjonene.

- Vektlegge kompetansebehov som følger av gjennomføring av samhandlingsreformen, og samarbeide med kommunene for å vedlikeholde og styrke deres kompetanse.

Helgelandssykehusets har forpliktet seg, gjennom samarbeidsavtalene med kommunene, til å tilrettelegge for kompetanseoverføring og opplæring.

- Øke antall turnusplasser for fysioterapeuter, og styrke oppfølgingen.

Helgelandssykehuset har ikke kapasitet til å tilby et økt antall turnusplasser innen fysioterapi. Dette pga små sårbare fagmiljø og for å kunne tilrettelegge for kvalitetsmessig god praksis også for 2. og 3.års studenter.

²⁰ Jf styresak 98-2010, Strategi for Barentssamarbeidet

- Forbedre oppfølgingen av lærlinger, i tråd med føringer i styresak 153-2012.

Helgelandssykehuset har ansatt prosjektleder i tråd med føringen fra Helse Nord. Prosjektleder deltar i regional prosjektgruppe som arbeider med bedre tilrettelegging og oppfølging av Helsefagarbeiderlærlinger.

8. Forskning og innovasjon

8.1 Forskning

- Ivareta sitt ansvar for å finansiere og stille til rådighet infrastruktur for forskning.

Forskningsbudsjettet i Helgelandssykehuset ble i 2013 økt til kr. 1,8mill. Midlene har blitt brukt til forskningsleder i 30%-stilling, forskningskonferanse, kurs og støtte til nye og pågående forskningsprosjekter i foretaket.

- Ha brukermedvirkning i forskning, enten i utforming av prosjekter, i styringsgrupper eller vurderingskomiteer, i tillegg til at det må vektlegges å rekruttere pasienter på en god måte til deltakelse i forskning.

Siden 2013 oppfordrer Helgelandssykehuset eksplisitt til å inkludere brukermedvirkning i nye forskningsprosjekter.

- Ha rutiner for å implementere forskningsresultater.

Helgelandssykehuset har foreløpig ikke utarbeidet rutiner for implementering av forskningsresultater.

- Prioritere samhandlingsrelevant forskning.²¹

Siden 2013 oppfordrer Helgelandssykehuset eksplisitt til samhandlingsrelevant forskning.

- Iverksette større grad av forskningssamarbeid med kommunesektoren, på basis av inngåtte samarbeidsavtaler i 2012.

Siden 2013 oppfordrer Helgelandssykehuset eksplisitt til forskningssamarbeid med kommunesektoren.

- Iverksette tiltak for å styrke forskning på pasientsikkerhet.

Helgelandssykehuset har gitt økonomisk støtte til pågående forskning på pasientsikkerhet i foretaket.

²¹ Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi (2012-2015).

- Fortsatt sikre at Cristin²² brukes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner, og at det rapporteres på monografier og artikler i antologier i 2013 i tillegg til artikler.

Ansvar for rapportering til Cristin ligger ved Helgelandssykehuset hos forskningsleder, som sikrer at rapporteringsverktøyet blir brukt.

8.2 Innovasjon

Helseforetakene skal:

- Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Ingen fra Helgelandssykehuset.

- Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Ingen fra Helgelandssykehuset

- Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013.. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Ingen fra Helgelandssykehuset

- Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013: Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk
Antall nye patentsøknader Innovasjonskulturtiltak (tekstlig omtale). (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Ingen fra Helgelandssykehuset

- Arbeide for å skape kultur og aksept for innovasjon.

Det jobbes aktivt med i Helgelandssykehuset å bygge en innovasjonskultur i foretaket, men utfordringer knyttet til et lite forskningsmiljø.

- Implementere rapportering på de nye innovasjonsindikatorene. Disse skal hjelpe helseforetakene til registrering av faktisk innovasjon i eget helseforetak.

Fordi innovasjonsprosjekter mangler i foretaket, har de nye innovasjonsindikatorene foreløpig ikke blitt implementert.

²² Current Research Information System In Norway

9. Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Resultatkrav

Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2013:

Helse Finnmark	Overskudd	5 mill kroner
UNN HF	Overskudd	41 mill kroner
Nordlandssykehuset HF	Overskudd	22 mill kroner
Helgelandssykehuset HF	Overskudd	5 mill kroner
Sykehusapotek Nord HF	Økonomisk balanse	

Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2013 og i planperioden (2013-2016).

9.1 Risikostyring og internkontroll

Risiko og krav endres over tid. Prosessen for intern styring og kontroll må derfor følges opp for å sikre at styret og ledelsen har rimelig grad av sikkerhet for at helseforetakets målsettinger vil bli oppfylt.

Helse Nord RHF har identifisert tre hovedmål for risikostyringen for 2013:

1. Fristbrudd skal unngås, og ventetiden skal ned for de som i dag venter for lenge.
2. Pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå.
3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett.

Helseforetakene skal:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Retningslinjene og årshjulet for risikostyring i Helse Nord følges, men i 2013 ble ledelsens gjennomgang utført ila. 1. halvår, (siste møte 24.06.13).

- Sørge for å ha minst en årlig gjennomgang fra ledelsen av foretakets interne styring og kontroll. Ledelsens vurderinger og beslutninger skal dokumenteres.

Dette ble gjennomført ila 1. halvår 2013.

Helseforetakene skal styrebehandle:

- Ledelsens gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og pasientsikkerhet, og tiltak for å følge opp avvik.

Rapportering til styret om ledelsens gjennomgang ble forsinket til styremøte i november. Dette blir rettet i 2014, med en tidligere gjennomgang og rapportering til styret i tråd med årshjulet. Pasientsikkerhet blir også rapportert til styret i månedlige kvalitetsrapportene.

- Månedlige virksomhetsrapporter, og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.

Resultat	
Resultat krav	5,0 mill.kr.
Resultat 2013	-3,1 mill.kr.
Resultat avvik	-8,1 mill.kr.
Avvik på hovedområder	
Inntekts avvik	-10,0 mill.kr.
Kostnads avvik	-3,7 mill.kr.
Avvik finansielle poster	5,6 mill.kr.
Tiltaksplan	
Planlagt tiltaks effekt	31,1 mill.kr.
Beregnet effekt tiltak	21,6 mill.kr.

Resultatet er i litt under styringskrav men forbedret fra tidligere år. Avviket skyldes delvis en lavere inntekt enn plan, og ikke tilsvarende nedgang i kostnad. De reduserte kostnadene er i samsvar med at beregnet effekt på tiltaksplanen, som ikke har gitt like mye som planlagt effekt. Dette skyldes diverse tiltak som ikke ga forventet effekt, tiltak som viste seg vanskelig å gjennomføre og noen tiltak som ikke ble gjennomført.

Investeringer 2002-2013	Ramme 02-12 overført 13	Ramme 13	Justering Ramme 13	Investert hittil 13	Ubrukt ramme	Forbruk av ramme
SUM total (tall i tusen)	13 064	58 700	0	29 375	42 389	41 %

Av disponibel ramme for 2013 er 41% forbrukt. Resterende ramme er disponert og under innkjøp/behandling, og vil bli forbrukt i løpet av 2014.

- Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i OD 2011.

Internrevisjonsrapport 03/2013 "Henvisninger og ventelister i Helgelandssykehuset HF" mangler noe oppfølging i sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen.

De andre er fulgt opp ihht. plan:

- Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS".
- Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansen

- Styrebehandle status og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet.

Månedlige kvalitetsrapporter behandles av styret i hvert styremøte. Rapportene inneholder også status og utfordringer i arbeidet med pasientsikkerhet og ulike områder innen helseforetakets kvalitetsstrategi.

9.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Helseforetakene skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2013. Eventuelle avvik i fremdrift skal fortløpende avklares med Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal gis plass i intern prosjektgruppe på månedlige statusmøter i plan- og gjennomføringsfasen.

Helseforetakene skal:

- Følge opp og implementere endringene i konsernbestemmelser investeringer.
Helgelandssykehuset følger konsernbestemmelsene for investering i stor grad. Det gjenstår noe arbeid i forhold til dokumentasjon av beslutningsgrunnlag.
- Innrette virksomheten etter RHF-styrets vedtak om budsjett i møte 31.10.12.
Helseforetaket har innrettet virksomheten i tråd med vedtak om budsjett.
- Rapportere kvartalsvis fremdrift og kostnadsoppfølging i store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.
Helgelandssykehuset har ingen store pågående byggeprosjekter.
- Følge opp vedlikeholdstiltak for 2013-2016 slik de kommer frem gjennom samordning av vedlikeholdsplanen, driftsbudsjett og investeringsplan.
Vedlikeholdsetterslepet er fortsatt stort. Budsjettert og gjennomført vedlikehold over driftsbudsjettet i 2013 er imidlertid på et nivå som ikke skal ha økt dette etterslepet. På investeringsplanen for 2013 var branniltak prioritert.
- Ferdigstille arbeidet med å registrere alle sykehusbygg etter klassifikasjonssystemet og oppdatere denne løpende i den nasjonale databasen for registrering av sykehusbygg.
Denne jobben er ikke igangsatt i 2013. På nasjonalt nivå har det tatt lang tid å rette opp feil i kodeverket, så dette var ikke klart før seint på året. Oppgaven vil bli prioritert i 2014.
- Følge opp forvaltningsplanene utarbeidet i 2012 i henhold til landsverneplanen for helsebygg, herunder tinglysing og synlig merking mv.²³
Tinglysing og synlig merking er utført.

²³ jf krav i Foretaksprotokoll 2013 fra HOD, punkt 5.13.

- Utarbeide utviklingsplaner i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging forut for planlegging av investeringsprosjekter i samarbeid med Helse Nord RHF.

Utviklingsprosjektet Utviklingsplan 2025 hadde oppstart i 2013. Prosjektet skal utarbeide en utviklingsplan i tråd med veileder for tidligfaseplanlegging.

9.3 Innkjøp

Helseforetakene skal:

- Følge opp Helse Nord's strategiplan for innkjøp og HINAS' strategiplan, med tilhørende handlingsplaner.

Helgelandssykehuset har ingen egen skriftlig innkjøpsstrategi, men følger de overordnede strategiplaner for Helse Nord og HINAS. Helgelandssykehuset vil i 2014 skriftliggjøre egen innkjøpsstrategi med utgangspunkt i tilsendte dokumenter fra Helse Nord og HINAS.

- Sørge for nødvendige ressurser til innkjøpsfunksjonen, systemutvikling og -forvaltning, herunder stille til rådighet ressurser i regionale og nasjonale anskaffelser.

Helgelandssykehuset har i 2013 styrket innkjøpsfunksjonen med 1 stilling. I regionale og nasjonale anskaffelser stiller foretaket med ressurser der de blir bedt om å bidra.

- Etablere en plan for ferdigstilling av "bølge 2²⁴" – innkjøps- og logistikk-systemet, samt plan for fullimplementering.

Foretaket har ingen særskilt plan for ferdigstilling av bølge 2, men det arbeides kontinuerlig med å få implementert CWL i virksomheten. Foretaket har ingen plan for fullimplementering pr. dags dato, men vil starte arbeidet i første halvdel av 2014.

9.4 Gaver, stiftelser, legater og fond

9.5 Klima- og miljøtiltak

Helseforetakene skal:

- Alle helseforetakene skal ferdigstille arbeidet med å etablere miljøledelse. Arbeidet med miljøsertifisering etter NS-ISO 14001 skal følges opp.

Prosjektgruppe er etablert og avtale om pre-revisjon er gjort. Pre-revisjon gjennomføres i mai/juni 2014.

- Ferdigstille arbeidet med å utforme klima- og miljøstyring, kartlegge foretakets miljøpåvirkning og utarbeide miljømål, og ferdigstille plan for gjennomføring av miljøsertifisering i samarbeid med øvrige HF og valgt sertifiseringsorgan.

Prosjektgruppen har fremlagt 6 områder som i første omgang vil bli fulgt opp. Disse er – avfall og sortering, energi, vannforbruk, legemidler, mat og catering og kjemikalier og stoffkartotek.

Arbeidet med kartlegging av avfall og sortering er kommet godt i gang og ventes å gi resultat

²⁴ Fase 2 av Helse Nord's handlingsprogram for innføring av nytt innkjøpssystem – "Clockwork".

i 2014. Likeså er arbeidet med kartlegging av kjemikaler og stoffkartotek påbegynt. Energi og enøk fremgår av neste punkt. De øvrige områdene vil bli kartlagt og beskrevet i løpet av året.

- Følge opp ENØK-tiltakene som blir besluttet gjennomført i ENØK-planen som utarbeides for Helse Nord mot slutten av 2012 etter behandling av søknad om støtte til planen fra ENOVA.

Tiltak beskrevet i utarbeidet ENØK-rapport følges opp med investeringer på til sammen 4.1 millioner i budsjett for 2014. Fokus på tiltak med rask effekt på energiforbruket og relativt kort tilbakebetalingstid. Øvrige tiltak vurderes gjennomført senere.

9.6 Organisasjons- og lederutvikling, arbeidsgiverstrategi

9.6.1 Personal og kompetanse

Virksomheten i helseforetakene skal organiseres slik at det er *en* ansvarlig leder på alle nivåer. Arbeidet med ledelse og lederutvikling skal særlig innrettes slik at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.

Helseforetakene skal:

- Rapportere bemanning. Vedlagt tabellen viser endring i forbrukte månedsverk (*), sammenlignet med samme tertial i fjor. Videre hva det er budsjettert (**) med av endringer, sammenlignet med i fjor. Budsjettposter med flere elementer (eks. flere prosjekter) beskrives nærmere. Det bes kommentert differansen mellom forbrukte- og budsjetterte månedsverk; kan differansen knyttes til forbruket av faste stillinger eller variabel lønn. Årsak til endring i tellegrunnlaget kommenteres.

Helseforetaket tok i bruk nytt lønns- og personalsystem i oktober 2013. Vi er fortsatt ikke i mål for å kunne gi en oversikt over personalressursforbruket for hele 2013. Arbeidet pågår i samarbeid med HN/de øvrige foretakene og forventes ferdig kvalitetssikret i løpet av uke 8/14.

Bemanningsanalyse, tertial	
Eksklusiv innleiepersonell (leger, spl, etc.)	
Forbruk (+/-, endring) *	
Budsjettert/planlagt **	
Prosjekter	
Permanent utvidelse av pasienttilbud	
Permanent utvidelse knyttet til kvalitetsforbedring	
Permanent utvidelse knyttet til andre funksjoner	
Omorganisering/hedbemannning	
Permisjoner med lønn	
SUM budsjettert/planlagt	0
Forbruk utover budsjett, herav ***:	0

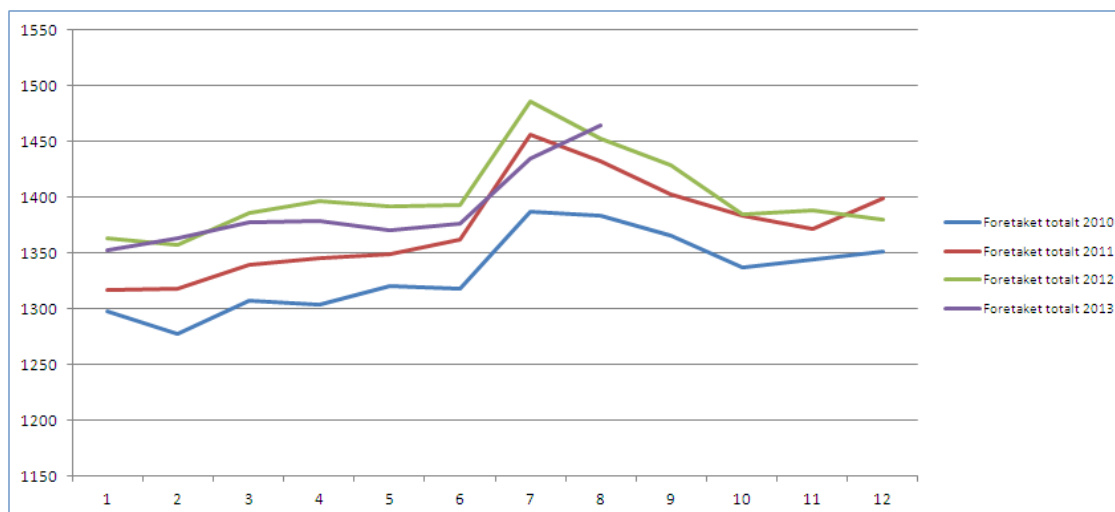
Tabellen fylles ikke ut da vi ikke har budsjettert på disse parametrene i 2013. Det blir derfor ikke riktig å rapportere på en slik form når ikke oppfølgingen har skjedd i henhold til dette.

Vi ser helt klart nytten av å budsjettere og rapportere på en sån måte og det vil bli innarbeidet i budsjett 2014.

Tabellen nedenfor viser at vi er på riktig vei og at tiltakene virker. Vi har et lavere årsverksforbruk i 2013 sammenlignet med 2012.

Bemanningsutvikling:

Helgelandssykehuset hadde et gjennomsnittlig årsverksforbruk til og med andre tertial 2013 på 1390 månedsverk:



Sammenlignet med samme periode 2012 er det en reduksjon på 13,4 månedsverk:

Enhet	Område	Fastlønn	Overtid	Timelønn	Utv. arb.tid	Totalt
Fellesområdet	Fellesområdet	2,20	-0,11	0,01	0,00	2,10
MIR	Somatikk	-18,56	0,87	1,50	-0,49	-16,69
	Psykatri	-2,13	-0,41	-0,47	0,00	-3,01
	Endring MIR	-20,69	0,46	1,03	-0,49	-19,70
MSJ	Somatikk	-2,41	-2,40	-2,08	-0,24	-7,13
	Psykatri	-5,65	-0,06	-0,44	0,00	-6,15
	Endring MOS	-8,05	-2,46	-2,52	-0,24	-13,28
Pasientreiser	Endring Pasientreiser	0,07	-0,01	0,23	0,00	0,30
SSJ	Somatikk	7,90	2,22	1,33	-0,28	11,16
	Psykatri	-0,85	0,13	-0,19	0,00	-0,92
	Endring SSJ	7,04	2,34	1,14	-0,28	10,24
Ambulansen	Endring ambulansen	3,65	2,87	0,39	0,00	6,91
Foretaket	Endring foretaket	-15,78	3,08	0,29	-1,02	-13,43

Sandnessjøen har hatt en samlet økning på litt over 10 månedsverk. Lavt forbruk ved inngangen av 2012, kombinert med økt sykefravær og noen besatte vakanser inngår i økningen. Det er imidlertid ingen store enkeltfaktorer som kan vises til. Nye ambulansébåter på Rødøy og Vega i løpet av 2012 står for det meste av økningen

innenfor ambulansen

På Mo i Rana har foretaket hatt en nedgang i forbruk nesten 20 månedsverk. Nedleggelsen av Ressursbanken er den viktigste bidragsyteren med sine 13 månedsverk. I tillegg er det redusert med nesten 3 månedsverk innenfor psykiatrisk område.

I Mosjøen har det vært en samlet reduksjon på 13,2 månedsverk. Både kirurgisk og medisinsk område har redusert med nesten 3 månedsverk hver. I tillegg har psykiatrisk område en reduksjon på i overkant av 6 månedsverk.

- Arbeide for å øke andelen faste stillinger, stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Dette skal gjøres i nært samarbeid med Helse Nord RHF.

Tiltak implementert i 2012 var som følger:

- Lederne bevisstgjort gjennom endrede behovsvurderinger ved ledighet i stillinger. Ny rutine utarbeidet.
- Fortrinnsrett for deltidsansatte. Ny rutine utarbeidet og implementert.
- Egne oversikter utarbeidet til enhetsdirektørene med oversikt over alle ufrivillige deltidsstillinger.
- Ingen nye tiltak og målinger på effekt er gjennomført i løpet av 2013

- Sikre at habilitetsregler og rutiner for bierverv følges opp, og rapportere status på antall bierverv pr. 31.12.2013.

Registrering av bierverv skjer nå i personalportalen. Dette er et stort fremskritt og medfører besparelse for mye unødvendig tidsbruk. Status er at det er registrert 21 bierverv i portalen.

- Bidra til å nå overordnede mål i "Samfunnskontrakt for flere lærlingeplasser", herunder sikre flere lærlingeplasser både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører.

Helseforetaket har ansatt lokal prosjektleder for helsefagarbeiderlæringer som deltar i det regionale prosjektet. Arbeidet med å sikre/utvide læreplaner i sykehusene er startet. Arbeidet med felles retningslinjer for oppfølging av lærlinger er under arbeid.

- Arbeide med å innføre en felles metode for forbedringsarbeid innen kvalitet og pasientforløp, herunder opplæring av førstelinjeledere.

Helgelandssykehuset er i gang med opplæring av alle ledernivå på to områder; utvikling av ledergrupper etter Henning Bangs prinsipper for effektive ledergrupper. Dette med bakgrunn i at vi mener effektive ledergrupper er en vesentlig forutsetning for å lykkes med forbedringsarbeid. Likeledes har foretaket valgt en felles tilnærming til forbedringsarbeid basert på behovsdrevet (pasientens behov) forbedringsarbeid, der vi først og fremst fokuserer på forbedringene og forslagene til nye løsninger, skal ta utgangspunkt i pasientenes behov for nye og bedre kvalitative løsninger.

Denne metodikken kaller vi BLT (Behov – Løsning – Test).

- **Delta i arbeidet med å styrke nettverk og utvikle førstelinjeledere.**

Prosjektet organisasjon og ledelse er fullført og ny linjeledelse er implementert per 1. januar 2014. Det gjenstår noe arbeid med stabene. Helgelandssykehuset har nå en organisasjon med mest mulig lik organisering av sykehusenhetene. Dette for å legge til rette for bedre, likere og mer effektiv pasientbehandling. Tydeliggjøring av organisering og struktur innen og mellom enhetene skal være et godt grunnlag for utvidet samarbeid, robuste fagmiljøer osv. I 2013 var tiltaket å få på plass denne organisasjonsstrukturen. Dette målet er således nådd.

I 2014 vil arbeidet videreføres med blant annet satsning på å utvikle ledergrupper og bevissthet rundt temaet ledelse. Det vil skje gjennom flere ledersamlinger at todagers varighet med oppfølging og arbeid mellom samlingene.

- **Innarbeide måltall for antall årsverk og innleie, og sikre balanse mellom disse**

- Måltall for årsverksforbruk er innarbeidet og fulgt opp. Reduksjon på knappe 15 årsverk fra 2012.
- Måltall for innleie er ikke innarbeidet. Innleie benyttes når det er kjent at vi ikke har tilstrekkelig fast personale tilgjengelig. Innleie t.o.m. september måned 2013 sammenlignet med året før viser en nedgang på 3,1 årsverk.

- **Bidra til at valgt system og organisatorisk løsning for e-læring blir implementert i foretaksgruppen.**

- Helseforetaket har deltatt med dedikert personell ressurs i arbeidet initiert av Helse Nord.
- Plattformen tas i bruk så snart tilstrekkelig opplæring i plattformen er gjennomført.

- **Delta i regionalt samarbeid på utvalgte fagområder for å få bedre koordinert ferieavvikling, og å unngå uhensiktsmessig bruk av vikartjenester.**

Koordinert ferieavvikling er diskutert i fagsjefmøter og helseforetaket har bidratt med erfaringer innen aktuelle fagområder, (fødselsomsorg, Psykisk helse, ØNH og rehabilitering). Ferieavvikling med sommerstenging har medført at uhensiktsmessig vikarbruk er minimert.

- **Sørge for rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.**

- Samarbeidsavtale utarbeidet av partssammensatt gruppe bestående av representanter fra kommunene og Helgelandssykehuset. Enighet om avtalens innhold på møte mellom Helgelandssykehusets og kommunenes forhandlingsutvalg i september 2013.
- Turnusleger som tilsettes i Helgelandssykehuset gis rett til direkte overgang distriktturnus i en kommune på Helgeland etter avsluttet sykehusturnus. Stillinger lyses ut og tilbud gis ihht Helsedirektoratets tidsfrister.
- Personalavdelingen i Helgelandssykehuset har koordineringsansvar for turnusordningen på vegne av foretaket. Avdelingslederne ved kirurgiske leger og medisinske leger ved hver enhet i foretaket har i fellesskap ansvar for tilsetting av turnusleger i foretaket.
- Det oppnevnes tre kommunerepresentanter, en for hver av Helgelandssykehusets enheter, som skal delta i utvelgelsen.

- Forsere arbeidet med samlet aktivitetsbasert bemanningsplanlegging basert på faktisk informasjon om driften, i nært samarbeid med medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste.

- Arbeidsgruppe nedsatt i foretaket for å utvikle rutiner og maler for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Turnusavtale og retningslinjer for utarbeidelse av turnus utarbeidet
- Arbeidet er planlagt og deretter drøftet mellom ledelsen og organisasjonene og det er enighet om at dette skal gjennomføres.

- Bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.

Det har ikke vært igangsatt arbeid med systematisk kartlegging og utredning for å vurdere åpningstider, men helseforetaket vil bidra når dette arbeidet startes opp.

- Videreutvikle samarbeidet med tillitsvalgte. Dette inkluderer tydeliggjøring av partssamarbeidet og medbestemmelse.

- Det er gjennomført dialogmøter for å evaluere og forbedre samarbeidet
 - Frikjøpsordningen for tillitsvalgte er utvidet med 1 årsverk
 - Kontorbehovene til tillitsvalgte er kvalitetssikret
 - Det er lånt ut I- pad til flere av de tillitsvalgte for å muliggjøre en forbedret kommunikasjon og informasjonsinnhenting
- Vi har tilgodesett frikjøpte tillitsvalgte med et årlig funksjonstillegg på kr. 30.000 for 100 % frikjøp og forholdsmessig ifht deltidsfrikjøp.

- Sørge for at medbestemmelse/medvirkning synliggjøres i styresaker gjennom et eget punkt.

- Helseforetaket legger vekt på bred medvirkning/medbestemmelse fra ansattes/tillitsvalgtes side.
 - I praksis skjer dette ved at tillitsvalgte og verneombud er medlemmer av arbeids-/prosjektgrupper.
 - I personalmøter/avdelingsmøter har ansatt muligheter til å komme med sine innspill
- I saker der medbestemmelse er relevant inneholder saksfremlegg til styret også drøftingsprotokoller mellom foretak og tillitsvalgte.

- Ha oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.

25

- Det er ikke iverksatt spesielle tiltak i 2013.
- Foretaket mener imidlertid at den lønnspolitikk som praktiseres er nøktern og i tråd med nevnte retningslinjer.

²⁵ Jf retningslinjene for "Ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper" av 31.mars 2011.

9.6.2 Helse, miljø og sikkerhet

Helseforetakene skal:

- Utarbeide handlingsplan og tidsplan for forberedelse, gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse i foretaket for perioden 2013-2014.

Foretaket var forberedt på å ta i bruk MU (felles medarbeiderundersøkelse i HN) fra januar 2014. Alt det systemtekniske var ikke på plass senhøstes 2013 så dette ble vedtatt utsatt til senere.

Foretaket gjennomførte en HMS- undersøkelse i 2013 slik det har vært gjort tidligere år også.

- Arbeide systematisk internt i eget foretak, og samarbeide regionalt, for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene for både egne ansatte og innleide vikarer.

Arbeid internt i eget foretak:

- Informasjon på alle tre enheter i 2013, om AML kap 10.
- Tverrfaglig samarbeid med GAT- som resultat at GAT systemet rapporterer flere reelle brudd enn tidligere.
- Utarbeidet 2 prosedyrer i 2013: *registrering av arbeidstid og arbeidstidsbestemmelser og kontroll.*
- Utarbeidet sjekklister til ledere – bl. a kontrollere at disp foreligger
- Utarbeidet ”brudd oversikt” - sammenhengen mellom AML kap 10 og GAT, for lettere å kunne sette i verk tiltak mot de ulike bruddene.
- Demo på intranett- for å vise hvordan legge inn dispensasjoner i GAT

- Registrere og kategorisere avvik på arbeids- og hviletidsbestemmelsene. Handlingsplaner for ytterligere forbedringer skal utarbeides innen 01.05.13.

- Foretaket startet i 2013 med egne målinger hver mnd av AML brudd på foretaksnivå og områdenivå
- Bruddene blir så kommunisert til de lokale AMR for oppfølging og deretter til AMU, som følger opp via tillitsvalgte og verneombud.

- Registrere innleide vikarer i vaktboka i GAT, for å ha kontroll på arbeidstiden deres.

Det ble i desember 2011 sendt ut et internnotat til alle ledere/avdelingssjefer/avdelingsdirektører med pålegg om at all arbeidstid skal registreres i GAT - inkludert firmavikarer og såkalte "ukesleger". Frist for implementering var satt til 31.12.11 ihht bestilling fra Personalsjefnettverket. Det ble i tillegg publisert en prosedyre via mail/intranett (arkivert i Docmap) med beskrivelse av hvorfor/hvordan dette skal gjøres.

Det har også i forbindelse med sommerferieavvikling blitt lagt ut påminnelse på intranettsidene våre om at alle vikarer - også fra firma - skal registreres med korrekt arbeidstid i GAT.

Det er fortsatt usikkerhet i estimat på i hvor stor grad dette er etterfulgt av ledere som benytter seg av vikarer, da systemforvaltere GAT ikke er involvert i bestillingene til vikarbyråene eller kontrakter som inngås med ukesleger. Det er imidlertid tegn på at

retningslinjene ikke følges opp 100 %

Arbeidstid for ordinære tilkallings-vikarer registreres i GAT, og etterfølges etter på alle avdelinger.

9.6.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Helseforetakene skal:

- Videreføre arbeidet med Helseinformasjonssikkerhetsforskriften.²⁶

Arbeidet koordineres i informasjonssikkerhetsforumet i Helse Nord, slik at implementeringen blir så lik som mulig.

- Avgi personell til deltakelse i FIKS og Medikasjon-Kurve-prosjektet.

Helseforetaket har avgitt personell til FIKS og Medikasjon-kurveprosjektet. Det er opprettet stillinger som prosjektledere i HOS og FIKS-radiologi, i tillegg 2,5 stillinger som EPJ-konsulenter og oppnevnt 43 superbrukere i ca 10 % funksjoner.

- Arbeide systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og etablere rutiner for varsling innad og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak.

Det arbeides systematisk med dette, men varslingsrutiner er ikke nedfelt i prosedyrer. Erfaringsutveksling på tvers av foretak gjøres, og kommunikasjon mellom fagsjefer og IKT-miljøer i regionen er viktige fora.

- Sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.

Dette har sammenheng med oppfølging av Internrevisjonsrapport 03/2013 Henvisninger og ventetider. Som nevnt gjenstår noe oppfølging i Mo i Rana og Sandnessjøen. Rutinene er kjent som ledd i helseforetakets ventelisteprosedyrer.

- Sikre at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet skal være integrert i foretakets avvikssystem, og på en slik måte at Kunnskapssenteret både kan motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.

Dette systemet er på plass, integrert i helseforetakets avvikssystem og slik at meldinger om uønskete hendelser kan sendes til Kunnskapssenteret.

10. Oppfølging og rapportering

Dette kapitlet presiserer krav til oppfølging og utvikling av data og datakvalitet samt rutiner og frister for rapportering som skal følges i 2013. Kravene til enhetlig og

²⁶ 2011-06-24 nr. 6 Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre

standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Helse Nord RHF vil publisere standardiserte virksomhetsrapporter basert på uttrekk fra LIS²⁷, og helseforetakene skal levere analyser av de innsendte data. Alle krav som skal rapporteres er lagt i vedlegg.

Rapporteringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet vil bli innarbeidet i Helse Nord RHF's rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding. Det vil framgå hvilke av kravene fra HOD som helseforetakene skal rapportere på, og hvilke som skal følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen eller følges opp direkte fra Helse Nord RHF.

Helseforetakene skal:

- Sikre de pasientadministrative rutinene slik at helseforetaket avgir riktig rapportering til NPR.

Helgelandssykehuset har ikke iverksatt ytterligere tiltak i 2013 for å forbedre rapportering til NPR. Tilbakemeldingen fra NPR på rapporteringen for 2013 viste at helseforetakets rutiner for registrering av utskrivningsklare pasienter må oppdateres i henhold til nye rapporteringskrav. Dette følges opp i 2014.

- Sette av tilstrekkelige ressurser til å implementere LIS, samt kvalitetssikre data og lære opp eget personell.

Det er avgitt personellressurs til regional arbeidsgruppe utvikling og testing av LIS. Opplæring er forberedt avventet ift den kvalitetssikring av LIS som må gjøres før systemet kan implementeres.

- Delta i Helse Nord RHF's arbeid med forenkling av virksomhetsrapporteringen, herunder kortere rapporteringsfrist og samordning av rapporter til styret og Helse Nord RHF. Frister i oversikt over rapporteringsrutiner og frister gjelder senest for månedsavslutning for mai.

Helgelandssykehuset deltar i Helse Nord's arbeid med forenkling av virksomhetsrapporteringen, og har innført kortere frister i forbindelse med regnskapsavslutning og rapportering.

- Bidra til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket er ikke fra Helse Nord blitt bedt om å bidra i en slik kartlegging.

²⁷Lederinformasjonssystem/Helse Nord's styringsportal