

# Årlig melding 2014 til Helse Nord RHF fra Helgelandssykehuset HF

## Innholdsfortegnelse

1	Om rapporteringen .....	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	4
	2.1 Risikostyring og internkontroll.....	4
	2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	5
	2.3 Innkjøp.....	6
	2.4 Klima- og miljøtiltak.....	6
	2.5 Arkivtjeneste .....	7
3	Aktivitet.....	7
4	Tilgjengelighet og brukerorientering.....	8
5	Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern.....	11
	5.1 Kvalitet.....	11
	5.2 Pasientsikkerhet og smittevern .....	14
	5.2.1 Pasientsikkerhet.....	14
	5.2.2 Smittevern.....	15
	5.3 Pasientbehandling.....	16
	5.3.1 Psykisk helsevern og rus .....	16
	5.3.2 Somatikk .....	18
	5.3.3 Samhandling.....	20
	5.3.4 Beredskap.....	22
6	Personell, utdanning og kompetanse .....	23
	6.1 Helse, miljø og sikkerhet.....	26
7	Forskning og innovasjon.....	27

# 1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2014** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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 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.

*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/>*

*Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer*

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

*Kvalitetsregistrene - <http://www.kvalitetsregistre.no/resultater-fra-kvalitetsregistre/category398.html>*

## 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

### Mål 2014:

- Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2014 jf. styresak 111-2013 Budsjett 2014 foretaksgruppen, rammer og føringer, styresak 138-2013 Budsjett 2014 - endringer i finansiering og konsekvenser for helseforetakene og styresak 72-2013 Plan 2014–2017 inkl. rullering av investeringsplan. Helseforetakene skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Helgelandssykehuset leverer for 2014 et resultat som er 6,3 mill. kr. bedre enn styringskravet fra Helse Nord. Økte midler i budsjett 2014 har ikke vært fordelt ut til finansiering av daglig drift, men er blitt brukt til finansiering av nye/styrkede pasienttilbud. Bærekraftsanalyser basert på dagens forutsetninger viser at foretaket har gode forutsetninger i årene fremover, for å oppnå resultat i henhold til de fastsatte styringsmålene.

- Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2014 og i planperioden (2014–2017).

Helgelandssykehuset har i 2014 hatt en styrebehandlet tiltaksplan på totalt 29,7 mill. kr. Risikovektet har tiltaksplanen vært på 21,8 mill. kr. Realisert økonomisk effekt av tiltaksplanen er på ca. 62 %. Tiltakene har omhandlet årsverksreduksjoner (reduksjon av vikarer og overtid), reduksjon av senger, økt kirurgisk aktivitet og andre driftsreduserende småtiltak.

### 2.1 Risikostyring og internkontroll

#### Mål 2014:

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

Risikostyringen er gjennomført i tråd med de regionale retningslinjene (DocMap RL 1602) og rapportert til Helse Nord RHF i og med styresak 53/2014. Se for øvrig neste rapporteringspunkt.

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

Foretaksledelsen hadde ledelsens gjennomgang av styringsmål, informasjonssikkerhet og internkontroll/kvalitetsstyring i møter 17.03 og 12.05. Gjennomgangen ble presentert for styret i styresak 53/2014 i styremøte 18.06.14. Oppfølging av risikovurderingene og tiltakspunktene skulle vært fulgt opp i 3. tertial, men blir fulgt opp som ledd i ny gjennomgang i 1. tertial 2015.

## 2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Mål 2014:

- Helseforetakene skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2014. Eventuelle avvik i fremdrift skal fortløpende avklares med Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal gis plass i intern prosjektgruppe på statusmøter i plan- og gjennomføringsfasen.

Helgelandssykehuset styrebehandler hvert år disponering av tildelt investeringsramme. Investeringsrammen er således disponert, men foretaket har stort etterslep/forsinkelse i selve gjennomføringen/anskaffelsen av investeringene.

- Rapportere tertialvis fremdrift, kostnadsoppfølging og organisasjonsutvikling på store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Helgelandssykehuset har ingen store pågående byggeprosjekter.

- Innføre et tilstrekkelig og verdibevarende vedlikehold i nye og gamle bygg

Et tilstrekkelig og verdibevarende vedlikehold må bygge på en vedlikeholdsplan. Foretaket har:

- Gjennomført en grov oppdatering av Multiconsults tilstandsrapport av 2011.
- Forberedt oppdatering av Multimap som vil danne grunnlag for vedlikeholdsplan som ansees ferdig i høst.
- Lagt utviklingsplan for Helgelandssykehuset 2025 til grunn i vurderinger av pågående tiltak.
- Startet en prosess for å etablere en organisasjon som kan prioritere, planlegge og gjennomføre verdibevarende vedlikehold og rehabiliteringer i et foretaksperspektiv. Organisasjonen vil være operativ første halvår 2015.

Gjennomgå telefontjenenesten med sikte på effektivisering og forbedringer, herunder gjennom bruk av oppdatert teknologi

Helgelandssykehuset deltok i prosjektet ”Regional satsing på telefoni”, som ble avsluttet i 2013. Det prosjektet resulterte dessverre ikke i mer samlet utvikling på telefonifronten i regionen. Helgelandssykehuset har oppgradert sine systemer for telefoni og internkommunikasjon med tanke på effektivitet og sikkerhet.

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur.

Det er gjennomført overordnet risiko – og sårbarhetsanalyse for de scenariene som er beskrevet i grunnlagsdokument for beredskapsplaner i Helgelandssykehuset. Revisjon av beredskapsplanveket pågår og er planlagt ferdigstilt vår 2015.

## 2.3 Innkjøp

### Mål 2014:

- Følge opp Helse Nords strategiplan for innkjøp, HINAS<sup>1</sup> strategiplan og legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), med tilhørende handlingsplaner. Måleindikatorer vil bli lagt til grunn for virksomhetsoppfølging.

Helgelandssykehuset følger Helse Nords overordnede strategiplaner og handlingsplaner. Foretaket har i 2014 fokusert på å øke avtaledekning og omsetning i innkjøpsløsningen.

- I løpet av 2014 ha nådd delmål om totalt 1 mrd i omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemer. Hvert HF utarbeider innen 31. mars plan for hvordan dette målet skal nås for sin andel av omsetningen av denne milliarder, der anslagsvis nøkkel er: UNN HF (50 %), NLSH HF (30 %), Helgelandssykehuset HF (10 %) og Finnmarkssykehuset HF(10 %).

#### Resultater:

Avtaledekning er økt fra 25 % til 75 % sammenlignet med året før  
Omsetning i 2014 har økt med 93 % sammenlignet med året før.

Omsetningen har gradvis steget i løpet av 2014.

For hele 2014 har omsetningen økt med 93 %. Grad av måloppnåelse for samme periode er 52,8 %. Måloppnåelse for 2013 var 27,4 %.

Tiltakene har størst effekt i 3. tertial. Grad av måloppnåelse for samme periode er 85 %. Måloppnåelse for 2013 var 32,4 %.

Resultatet av gjennomførte tiltak er gode og det forventes full effekt av disse i 2015.

## 2.4 Klima- og miljøtiltak

### Mål 2014:

- Alle helseforetak skal miljøsertifiseres innen utgangen av 2014.

Helgelandssykehuset har ikke lyktes med å nå målet om å miljøsertifiseres iso 14001 i 2014. Sertifisering ble ikke gjennomført da sertifiseringsorganisasjonen Nemko mente helseforetaket ikke var kommet langt nok i prosessen. Ny sertifiseringsrunde er satt til uke 24, 2015.

---

<sup>1</sup> Helseforetakenes Innkjøpsservice AS

- Følge opp ENØK<sup>2</sup>-tiltakene som blir besluttet gjennomført, samt rapportere for gjennomførte prosjekter halvårlig.

Helgelandssykehuset har i 2014 arbeidet med konkretisering av miljømål. Miljømålene tar utgangspunkt i tall for 2013 som sammenlignes med tall for 2014. Tall for 2014 er mottatt nå i 2015.

Arbeidet med tilrettelegging og planer for måloppnåelse vil bli gjort innen utgangen av februar 2015.

- HF-ene må gjøre seg kjent med rapporten fra delprosjektet «Bygg og miljø» samt *styresak 131-2013 Det nasjonale miljø- og klimaprojektet – rapport fra delprosjekt Bygg og miljø – felles styresak* og legge til grunn de føringer og tiltak som følger av delrapporten og styresaken i arbeidet med eiendomsforvaltning.

Helgelandssykehuset har:

- Gjort seg kjent med Prosjektrapport II – Miljø og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten.
- De miljøkrav som i del-rapport 2 er skjerpet i forhold til gjeldende lover og forskrifter blir lagt til grunn i pågående og fremtidige prosjekter. Dette gjelder også prosjektgruppas omtale av delmål og tiltak for 2013 - 16 som omhandler materialvalg, spesifisering av prosjektstørrelse for krav om klimagassregnskap og utarbeiding av miljøplan.

## 2.5 Arkivtjeneste

### Mål 2014:

- Sørge for å ha en arkivtjeneste i tråd med arkivlov og forskrifter, herunder arkivplan, bevarings- og kassasjonsplan m.m.

Arkivlovens bestemmelser følges gjennom felles post/arkivsystem ePhorte.

Overordnet arkivplan for Helgelandssykehuset er under planlegging og ventes implementert i løpet av 2015.

## 3 Aktivitet

### Mål 2014:

- Aktiviteten skal endres i tråd med føringene i RHF *styresak 4-2014 Budsjett 2014 – konsolidert*.

Helgelandssykehuset hadde i 2014 somatisk virksomhet som målt i DRG-poeng var + 0,2 % ift.

<sup>2</sup> Energiøkonomisering

godkjente plantall. Dette innbar en reduksjon på 0,7 % ift. aktivitet 2013. I tråd med føringene i RHF styresak 04-2014 var det en økning av dagkirurgi og poliklinikk på hhv 3,0 % og 2,8 % ift. 2013. Reduksjon av DRG-poeng heldøgnsopphold var 2,0 % ift 2013. Voksenpsykiatriske poliklinikker i foretaket hadde en økning på 14 % i 2014 sammenlignet med 2013. Aktivitetsøkningen er likevel lavere enn hva som ligger i plantallene for 2014. Innen BUP er aktivitetsøkningen på 14 % sammenlignet med 2013 og 5 % bak plantall. Rus: Opphold og liggedøgn på samme nivå som 2013 og i tråd med plantall.

## 4 Tilgjengelighet og brukerorientering

### Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid i 2014 for alle avviklete pasienter var 62 dager. For pasienter med rett til prioritert helsehjelp var gjennomsnittlig ventetid 48 dager.

- Ingen fristbrudd.

Helseforetaket har et sterkt fokus på å unngå fristbrudd, men målet om ingen fristbrudd er ikke nådd ved utgangen av året.

Andel avviklete fristbrudd har variert som det fremkommer av tabellen.

Andel fristbrudd avviklede	2014											
	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
HSYK Mo i Rana	8%	5%	4%	5%	9%	11%	3%	10%	6%	6%	5%	5%
HSYK Mosjøen	17%	7%	17%	8%	6%	6%	5%	2%	0%	1%	2%	2%
HSYK Sandnessjøen	1%	1%	3%	2%	3%	3%	2%	4%	3%	6%	4%	2%
<b>HSYK HF</b>	<b>9 %</b>	<b>4%</b>	<b>8%</b>	<b>4,5%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>

I desember var det 39 fristbrudd totalt. Det har vært enkeltvis små tall innen de ulike fagområdene, og en del av disse fristbruddene kunne vært unngått ved enda bedre overvåking av ventelistene. Det vil være økt fokus på dette i 2015.

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.

Resultater for 2. tertial 2014 var for helseforetaket 88,7 % mot landsgjennomsnitt 92,7 %. Resultatet skyldtes at sykehusenheten i Mo i Rana bare hadde 58,5 % i tertialet, mens de andre sykehusenhetene hadde 100 %.

Etter dette er rutineene for månedlig innrapportering lagt om i Mo i Rana, og ved utgangen av året hadde alle sykehusenhetene ca. 100 % månedlig innrapportering.



- Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingssnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.

Oppsummering og presentasjon er ivarettatt og presentert på internett/Kvalitet. Interne linjeledere har ansvar for oppfølging internt.

- Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområder.

Det har i 2014 først og fremst vært arbeidet med standardiserte pasientforløp innen kreftsykdommer, for å imøtekomme de nasjonale ventetidskravene og i forkant av de nasjonale pakkeforløpene. Det har ikke vært kapasitet til å utarbeide øvrige standardiserte pasientforløp, men dette arbeidet vil bli styrket i 2015 i forbindelse med økte ressurser til kvalitetsarbeid.

- Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

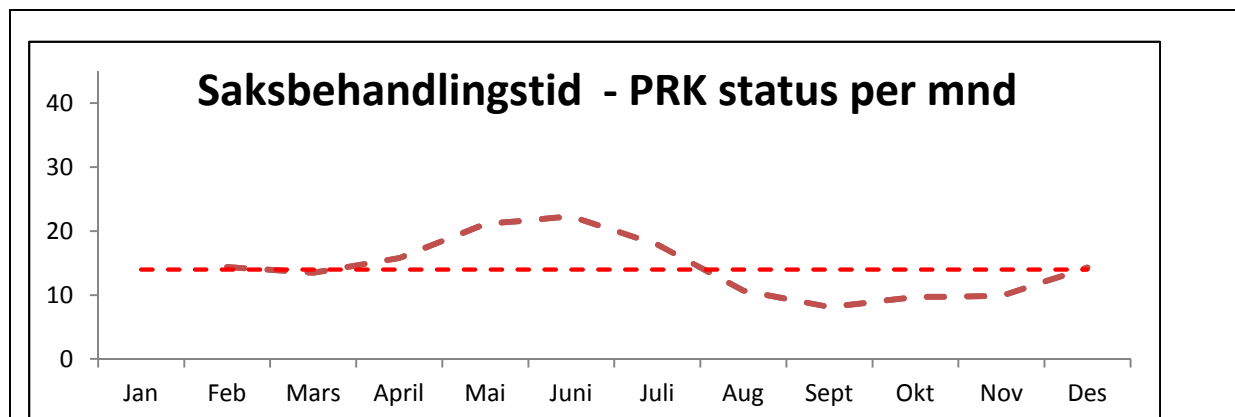
Det er foreløpig ikke oppnevnte egne koordinatører, men dette ses i sammenheng med etablering av koordinerende enhet.

Det er utarbeidet oversikt over arbeidsoppgaver knyttet til koordinerende enhet i 2014, og det er opprettet en 50 % stilling som er organisert under senter for samhandling. Stillingen er utlys i desember 2014, og tilsettingsprosess pågår.

- HF-ene skal innføre nye tiltak for brukermedvirkning i forskning ut fra forslag til retningslinjer og tiltak for brukermedvirkning i forskning i helsetjenesten.

Helse Nord v/forskningsjef orienterte i USAM-møte 19.09.2014 om rapporten som har blitt utarbeidet av den nasjonale arbeidsgruppen og høringsuttalelser. Prosessen er ikke avsluttet, og Helgelandssykehuset avventer derfor innføringen av nye tiltak for brukermedvirkning.

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen to uker.



I hovedsak har saksbehandlingstiden for reiseoppgjør vært innenfor fristen på 14 dager. Flere på langtids sykemeldinger i perioden april - juni førte til overskridelse av fristen. Dette ble løst ved innleie av saksbehandling fra PAS ANS f.o.m. medio mai samt innleie av vikarer lokalt. Saksbehandlingstiden var à jour f.o.m. august og ut året.

- Innarbeide og følge opp de foreslåtte tiltakene fra evalueringen av reisepolicyen, i den løpende rekvirentoppfølgingen.

- Gjennom besøk hos behandlere/rekvirenter er opplæringen på pasientreiseområdet styrket. Dette arbeidet videreføres i 2015.
- Det er særlig vektlagt informasjon om rekvirentenes ansvar og roller tilknyttet gjennomføring av reiser. Spesielt er vektlagt viktigheten av en individuell vurdering ved individuelle og særskilte behov.
- Det er fortsatt noe underrapportering av avvik. Dette som følge av at et enhetlig avvikssystem ikke er på plass. Dette forventes å være på plass i løpet av første halvår 2015.

- Sørge for at gruppen sped- og småbarn innen psykisk helse for barn og unge får et tilbud.

- Målet er delvis nådd.
- BUP Rana har et velfungerende sped- og småbarnsteam. Det er to behandlere som har hovedfokus rettet mot sped- og småbarnssaker i tillegg til at det er tilknyttet en psykolog og en lege (LIS) til teamet.
- Når jeg skriver at målet er delvis nådd så er det fordi at vi fremdeles ønsker å øke andelen sped- og småbarn inn i BUP, blant annet pga at tidlig intervensjon er en av suksessfaktorene for å forhindre at barnet utvikler mer permanente psykiske plager.

- Etablerte brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern.

Det er etablert brukerstyrte plasser i begge døgnbehandlingsenhetene i foretaket, disse har vært i drift over 2 – 3 år. Tilbudet er kjent for samhandlende kommuner, og det inngås avtaler med pasient og kommune når dette vurderes som relevant tilbud.

- Etablere brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- Målet er ikke nådd.
- Årsaken til det er blant annet at det har vært lederskifte både som avdelingsleder på rusavdelingen samt som områdesjef for området. Vi har ikke klart å følge opp jobben med utviklingen av brukerstyrt seng godt nok. Dette følges tettere opp pr i dag og det vil bli etablert et tilbud i løpet av våren 2015.

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

Kommunikasjon er eget tema i lederopplæringsprogram. Fokus på kommunikasjon mellom pasient / pårørende /behandler er forsterket i HF gjennom eget program samt relatering og oppfordring til å følge prosjektet "klart språk" – som er lagt tilgjengelig på Intranett.

## 5 Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

### 5.1 Kvalitet

#### Mål 2014:

- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.

Ikke gjennomført utover nasjonale undersøkelser PasOpp. Det planlegges iverksatt egen brukerundersøkelse internt i HF – etter samme system som PasOpp.

- Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter

Siste oppdatering av den nasjonale kvalitetsindikatoren er fra året 2013. Helgelandssykehuset hadde da 15,4 % reinnleggelser blant eldre, som er det samme som landsgjennomsnittet. I samhandling med primærhelsetjenesten og Praksiskonsulentordningen vil det ble sett på mulige tiltak for å redusere antall reinnleggelser.

- Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det har ikke vært gjort noen beslutninger i helseforetaket i 2014 om innføring av nye metoder ift. nasjonalt system for metodevurderinger. I den grad det blir aktuelt i 2015 vil dette være en del av den økte ressursbruken til kvalitetsforbedring som er planlagt, med bl.a. tilsetting av kvalitetsrådgivere ved sykehusenhetene.

- Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database.

Det har ikke vært gjort noen mini metodevurderinger i helseforetaket i 2014. Se for øvrig punktet over.

- Planlegge fremtidige ferieavviklinger tidlig og koordinert med de andre foretak. For å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen er målet mest mulig bruk av fast personell.

Ferieplanleggingen 2014 startet høsten 2013 med beslutning om alternerende stenging av fødeinstitusjonene som tidligere år. Også tidlig planlegging av alternerende stenging av døgnavdelingene ved DPS-ene i Mo i Rana og Mosjøen. Gjennom slik alternerende stenging er behovet for vikarer redusert, men det er stadig vikarbehov ved avdelingene som ikke har stengt, men bare redusert drift i ferien.

Deltakelse i det regionale med koordinering av feriedrift i regionen gjennom fagsjefmøtene, og med økt fokus på ferieavvikling sommerferien 2015 ifbm. planlegging av styresak i Helse Nord RHF.

- Forberede innføring av e-resepter.

Innføring av e-resepter i helseforetakene er utsatt til 2015, men det blir er nå etablert et innføringsprosjekt i helseforetaket mtp. innføring våren 2015.

- Fremlegge IKT-tiltak med konsekvenser for andre aktører til prioritering i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Helgelandssykehuset har ingen planer for egne IKT-tiltak i denne sammenheng.

- Presentere status ROS<sup>3</sup>-analyser for de kliniske systemer, til foretakets styre som en del av den løpende rapporteringen.<sup>4</sup>

Det har vært planlagt gjennomføring av ROS-analyser for de kliniske systemene, men av kapasitetshensyn har dette ikke latt seg gjennomføre. Helseforetaket deltar med ressurser i sentrale deler av HOS-prosjektet i FIKS, og siden det også har vært vakanser på EPJ-ressurser i helseforetaket, har løpende oppgaver i FIKS-prosjektet både lokalt og sentralt vært prioritert.

- Utarbeide handlingsplan for å øke kvaliteten på NPR5-rapporteringen.

Der er ikke utarbeidet egen handlingsplan for å øke kvaliteten på NPR-rapporteringen, da det ikke vært tilbakemeldinger på kvalitetssvikt.

Det ble 10.07.14 stilt følgende spørsmål til fra helseforetaket Helse Nord RHF vedr. dette punktet i oppdragsdokumentet:

*Vi hadde sett for oss at dette ville ha sammenheng med etableringen av NPR-dashbord i HN RHF, (jfr sak 24/2014 i fagsjefmøtet 10.03.14). Videre evt. noen felles retningslinjer fra HN RHF, hvis det er enkeltpunkter i rapporteringen der kvaliteten bør økes.*

*Er det slike enkeltpunkter?*

*Hva er status med etablering av NPR-dashbord?*

Spørsmålet ble gjentatt i oppfølgingsmøte 21.08 der dette var et oppfølgingspunkt.

Fra referatet:

*Handlingsplan for å øke kvaliteten på NPR- rapporteringen: Dashbord er tilgjengelig for*

<sup>3</sup> Risiko- og sårbarhetsanalyse

<sup>4</sup> Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre 2011-06-24 nr. 6

<sup>5</sup> Norsk pasientregister

*publisering i løpet av relativt kort tid (Arpad HN RHF). Registrering og koding er gode i foretaket.*

Etter dette er det ikke tatt skritt for å utarbeide egen handlingsplan på dette punktet.

- Sette av tilstrekkelige og kvalifiserte ressurser til å implementere LIS (ledelses- og informasjonssystem), samt kvalitetssikre data og lære opp eget personell.

Foretakscontroller er helseforetakets ressurs i arbeidet med å utvikle og implementere LIS, og er helseforetakets representant i arbeidet med å teste og utvikle presentasjonsløsningene i VA (Visual Analytics).

Det ble i desember 2014 startet opp et pilotprosjekt for bruk av LIS-VA på områdesjefnivå ved sykehusenheten i Mo i Rana. Bredere implementering er besluttet av foretaksledelsen, og eget prosjekt for implementering og opplæring skal utarbeides.

- Alle helseforetak skal sette seg i stand til å gjennomføre kunnskapsbaserte prosedyrer.

Det har foreløpig ikke latt seg gjøre å prioritere dette arbeidet. Det har vært kontakt (v/medisinsk direktør) med Kunnskapssenterets ressurs som skal bistå helseforetakene i Helse Nord med dette arbeidet.

Økte ressurser i dette arbeidet vil bli satt inn ved tilsetting av kvalitetsrådgivere ved sykehusenhetene.

- Helseforetakene skal innregistrere data i alle nasjonale kvalitetsregistre som ligger til rette for det og bruke resultater fra disse registre i løpende arbeid med kvalitetsforbedring.

Helseforetaket rapporterer data til en del av de nasjonale kvalitetsregistre, men ikke alle det er mulig å rapportere til. Både rapportering og bruk av egne registerdata i kvalitetsforbedringsarbeid vil bli styrket i 2015, ved tilsetting av lokale kvalitetsrådgivere ved sykehusenhetene.

Foretaksspesifikke mål 2014

### ***Helgelandssykehuset***

- Følge opp anbefalingen fra *styresak 130-2013 Ferieplanlegging i Helse Nord* om feriestenging av fødeenheter ved å planlegge feriestenging etter modell av sommeren 2013.

Det ble også sommeren 2014 gjennomført alternerende stenging av fødeinstitusjonene etter samme modell som sommeren 2013.

## 5.2 Pasientsikkerhet og smittevern

### 5.2.1 Pasientsikkerhet

#### Mål 2014:

- 30 dagers totaloverlevelse

Data som foreligger er for 2013. Helgelandssykehuset hadde 94,5 % 30 dagers totaloverlevelse mot landsgjennomsnitt 95,0 %. Internt i helseforetaket hadde sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mosjøen begge 95,1 %. Mo i Rana hadde 93,9 % og dette noe lavere resultatet skyldtes resultat under gjennomsnittet for 30 dagers overlevelse ved første gangs hjerteinfarkt. Man er i ferd med å vurdere dette resultatet i forhold til data fra hjerteinfarktregisteret for å se på om forbedringstiltak er nødvendig.

- Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og at resultatene følges opp i ledelseslinjen med tertialvis rapportering.

Helgelandssykehuset følger opp og rapporterer data til Extranet for de tiltakspakker som er implementert i sykehusenhetene. Planlagt undervisning (fra regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet) i innføring av tiltakspakke fall og trykksår april 2015

- Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, rapporteres på sykehusnivå.

Alle kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet rapporteres på sykehusnivå.

- 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.

Helgelandssykehuset HF har på oppdrag fra Helse Nord RHF å bidra med en ressurs i nasjonal gruppe for EPJ systemsvikt. Denne gruppen er etablert og har som mandat å utveksle og varsle om systemsvikt på tvers av helseforetak. For Helgelandssykehuset er det ikke etablert overordnede systemer for å avdekke svikt/avvik, men enkeltprosesser overvåkes spesielt. Med slike prosesser menes eksempelvis DIPS arbeidsflyt, meldinger og uferdige dokumenter i private arbeidsgrupper. I tillegg følges de regionale EPJ-kvalitetsindikatorene og sykehusenhetene skal fortløpende sette inn kvalitetsforbedrende tiltak på disse punktene. Feil på pasientadministrative systemer meldes av brukere i GoHjelp, men det er ikke etablert felles møtepunkt med HN-IKT for gjennomgang av slike feil.

- Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke etablert spesielle tiltak for etablering av en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i 2014. Det vises for øvrig til punktene om nye metoder og mini metodevurderinger under pkt 5.1 Kvalitet

- Innen utgangen av 2. kvartal skal alle HF gjennomføre pasientsikkerhetskultur undersøkelsen med en oppslutning på minimum 70 %.

Enhetsdirektørene ved sykehusenhetene har levert oversikt over hvilke oppfølgingstiltak som er igangsatt i de enkelte avdelingene etter pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Oppslutning i Helgelandssykehuset på 71.6 %.

- De har angitt prosentvis andel av avdelinger som har gjennomgått data fra undersøkelsen
  - Fra 80 - 100 %
- De har gitt eksempel på tiltak som er startet på de avdelinger som har scoret lavt på undersøkelsen
  - Pasientsikkerhetskultur er tema på avdelingsmøter
  - Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er brukt som utgangspunkt for å jobbe med psykososialt arbeidsmiljø
  - Økt fokus på teamarbeid mellom leger og sykepleiere, har ført til mer felles undervisning og bedre innsikt og forståelse for den andre profesjonens arbeidsoppgaver.

- Bruke Sykehusapotek Nord aktivt gjennom «SamStem-prosjektet<sup>6</sup>» for å sikre innføring av legemiddelsamstemming i alle helseforetak.

Helgelandssykehuset har avtale med Sykehusapotek Nord om kjøp av farmasøytiske rådgivningstjenester, der innføring av legemiddelsamstemming inngår. En av sykehusfarmasøytene er lokal prosjektleder for innsatsområdet Samstemming i Pasientsikkerhetsprogrammet. I 2015 blir arbeidet styrket med tilsetning av en tredje farmasøyt der Sykehusapoteket og helseforetaket deler utgiftene.

## 5.2.2 Smittevern

### Mål 2014

- **Sykehusinfeksjoner (prevalensundersøkelse).**

Foreliggende data fra mai 2014.  
Prevalensen i Helgelandssykehuset var da 3,2 %, mens landsgjennomsnittet var 4,9 %  
Bare 3 helseforetak hadde lavere prevalenstill enn Helgelandssykehuset.

---

<sup>6</sup> Samstemming av legemiddellister

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig iht NOIS-registerforskriften. Alle aktuelle somatiske enheter i helseforetakene skal gjennomføre begge undersøkelsene.

Prevalensundersøkelsene gjennomføres 2 ganger årlig som forutsatt ved alle sykehusenheter.

- Det skal registreres infeksjoner i operasjonsområdet etter alle kirurgiske inngrep som inngår i NOIS-registerforskriften. Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.

Pr 31.08.2014 var oppfølgingen 94,1 %.

Hvis oppfølgingsprosenten er lavere når data for hele året foreligger, vil det bli sett nærmere på tiltak for å øke oppfølgingsprosenten ytterligere.

- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves.

Retningslinjene er bekjentgjort for alle de kliniske somatiske avdelingene. Det har i 2014 ikke latt seg gjøre å gjennomføre en revisjon på om retningslinjene etterleves. Dette vil bli vurdert i 2015, samtidig som forbruk av antibiotika blir overvåket både med hensyn til preparatvalg og volum.

## 5.3 Pasientbehandling

### 5.3.1 Psykisk helsevern og rus

#### Mål 2014:

- Andel tvangsinnleggelse (antall per 1000 innbyggere i helseregion).

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.

I 2014 ble det etablert ambulante akutteam (AAT) som først kom i drift januar 2015. Dette tilbudet er ment å få ned antallet akuttinnleggelse generelt, og tvangsinnleggelse spesielt.

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.

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

- Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre.



Undersøkelsene utført i 2014 ble gjennomgått foreløpig ved DPS'ene i desember 2014 basert på de foreløpige rapportene. Etter at de endelige rapportene forelå, har de vært gjennomgått i fellesmøte mellom alle DPS'ene i januar 2015, og der det er sett på hvilke tiltak som er mest aktuelle.

- Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- Målet er nådd.  
 - Det har vært gjennomført en brukerfornøydhetsundersøkelse i høst. Det ble gitt gode tilbakemeldinger fra de som besvarte undersøkelsen. Det var 4 av 6 pasienter som besvarte.

- Sikre at det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring av kostnader, ventetid og aktivitet.

Aktivitet: Voksenpsykiatriske poliklinikker i foretaket har en økning på 14 % i 2014 sammenlignet med 2013. Aktivitetsøkningen er likevel lavere enn hva som ligger i plantallene for 2014. Innenfor BUP er aktivitetsøkningen på 14 % sammenlignet med 2013 og 5 % bak plantall. Noe av den lave aktiviteten i 2013 skyldes utfordringer med nytt datasystem, dette er ordnet for 2014. Rus: Opphold og liggedøgn på samme nivå som 2013 og i tråd med plantall. Ventetid og fristbrudd: lite fristbrudd i 2014 innen for psykisk helse og rus. Ventetid i henhold til prioriteringsveiledere. Ambulant akutteam (AAT) er på plass i helseforetaket fra januar 2015. Kjøp av eksterne RUS behandlingss plasser er økt fra 11 mil.kr i 2013 til 13,7mil.kr i 2014

### Funksjonsregnskap

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201412						
Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	Awik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB 2013
Somatikk inkl lab/rtg	1 061,1	1 098,1	992,4	105,7	3,5 %	992
Psykisk helse	203,2	215,5	212,4	3,1	6,1 %	212
Rusomsorg	31,7	37,4	28,6	8,8	18,1 %	29
Prehospitaltjenester	285,2	305,8	275,8	29,9	7,2 %	276
Personal	3,9	(146,8)	(10,7)	(136,1)	-3865,8 %	(11)
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 584,9</b>	<b>1 510,0</b>	<b>1 498,5</b>	<b>11,5</b>	<b>-4,7 %</b>	<b>1 499</b>

Funksjonsregnskapet viser samme tendens som tidligere måneder med en økning på alle områder i forhold til i fjor. Størst økning er det på rus og psykisk helse.

- Sikre at andel årsverk i DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

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

- Registrere og rapportere månedlig på Helse Nord's egne aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- Målet er nådd.
- Det sendes inn månedlig rapport fra rusavdelingen til Helse Nord.

### 5.3.2 Somatikk

#### Mål 2014:

- Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander av uklar årsak.

Avdeling for fysikalsk rehabiliteringsmedisin ved sykehusenheten i Sandnessjøen gir et diagnostikk- og behandlingstilbud til pasienter med CFS/ME gjennom prosjektet Raskere tilbake. Avdelingen gir også et tilbud til pasienter med denne diagnosen som ikke kommer inn under kriteriene til Raskere tilbake. I behandlingsskjeden har det også inngått også Lærings- og mestringstilbud. Det har også vært egne smertegrupper i avdelingen.

- Følge opp nasjonal strategi for kreftområdet og starte gjennomføringen av regional kreftplan.

Punktet er fulgt opp påfølgende måte:

- Etablert et prosjekt med prosjektledelse. I prosjektgruppen har hver av de fire pakkeforløpene lungekreft, tykktarmskreft, prostatakreft og brystkreft vært representert med legespesialist.
- Ansettelse av forløpskoordinatorer ved alle tre sykehusenhetene.
- Alt ligger til rette for å starte gjennomføringen.
- Utfordringer med å nå målene nevnes i punktene nedenfor.

- Øke samarbeidet med primærhelsetjenesten for å sikre tidlig diagnostikk av kreft gjennom bedre kommunikasjon og en tettere inkludering av primærhelsetjenesten i helseforetakenes pasientforløpsarbeid.

Informasjonsmøter ang. pakkeforløp for kreft i tykk-/endetarm, bryst, prostata og lunge ble planlagt i 2014 og arrangert i samarbeid med praksiskonsulentene i januar 2015. Møtene ble lagt opp som en del av en møteserie med 4 x 45 min undervisningstid og slik at det ga tellende kurstimer for fastlegene. På denne måten ble 60 fastleger på Helgeland informert om pakkeforløpene i løpet av uke 3 og uke 4 -2015.

Sykehusleger var også invitert med på møtene, også der møtene ble avviklet på kveldstid. Dette ga også mulighet for gode faglige diskusjoner.

- 80 % av kreftpasienter skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

- Etablert et prosjekt med prosjektledelse. I prosjektgruppen har hver av de fire pakkeforløpene lungekreft, tykktarmskreft, prostatakreft og brystkreft vært representert med legespesialist.

- Satt fokus på alle elementer som kan påvirke pasientforløpet, herunder avklaring av tidspunkt for ansiennitetsdato (søknad mottatt). For eksempel en kontrollpasient der cancer blir oppdaget. Når er ”søknaden” mottatt? DIPS kan generere dato flere år tilbake i tid.
- Utredningsforløpet er kortet kraftig ned når diagnosen først er stilt (CT, MR, tverrfaglig vurdering og operasjonsplanlegging).
- Arbeidet i 2014 har vært preget av parallelle prosesser både regionalt og nasjonalt. Dette har ført til at ”hva som gjelder” har blitt oppdatert gjennom hele året.

- Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.

Mål om at 80% av pas. med tykktarmkreft skal få behandling innen 20 dager er ikke oppnådd. Et gjennomgående problem har gjennom hele året vært at vi ut fra foreliggende søknader ikke har lyktes med å prioritere frem de pasientene som senere viser seg å ha kreft. Når utredning først er igangsatt og kreftsvulst påvist har det videre forløpet vært effektivt. Endring av anbefalte tidsmarginer fra 5-10-20 til 9-12-14 for tykktarmkreft tilsier at vi uansett må ha fokus på å få de rette pasientene raskt til koloskopi, i realiteten innen 1 uke. Diagnoseveilederen til fastlegene kan forhåpentligvis bidra til å identifisere de rette pasientene men vil sannsynligvis medføre behov for økt antall koloskopier innen kort frist. For hvert krefttilfelle som påvises må påregnes minst 10 negative undersøkelser.

Øremerking av ”pakkeforløp”-timer til koloskopi blir nødvendig for å kunne håndtere pas. som skal inn i pakkeforløp innen 9 dager. For at andre pasienter ikke skal få unødvendig lang ventetid er det nødvendig at total koloskopi-kapasitet i foretaket utnyttes. Utad bør det presenteres en felles ventetid for nyhenviste til koloskopi, og dette vil det bli arbeidet videre med i 2015.

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager

Iverksatte tiltak:

Laget 6 prosedyrer spesifikke for utredning, samhandling og behandling angående Lungekreftpasienter. Prosedyrene inkluderer samhandling med fastleger og Nordlandssykehuset, samt UNN. Prosedyrene tar utgangspunkt i de regionale og nasjonale retningslinjene og er gjennomgått med involvert personell på Helgelandssykehusets tre sykehusenheter, samt presentert for fastleger i hele foretakets nedslagsområde.

I hvilken grad målet er nådd:

Vi har ikke hatt adekvate registreringsmuligheter i 2014, derfor ikke meningsfylt å vurdere i hvilken grad målet er nådd. Adekvat registreringssystem ble innført 1. januar 2015.

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager

Pasienter med brystkreft får ikke sin primærbehandling i Helgelandssykehuset, og henvises fra primærlegene til Brystdiagnostisk senter i andre helseforetaket, fortrinnsvis Nordlandssykehuset.

- Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse

I den nasjonale indikatoren er det bare registrert at 6,3 % av de aktuelle pasientene har fått

trombolysebehandling, mot nasjonalt gjennomsnitt 13,6 % (krav 20 %) i 2. tertial 2014. Iflg. data fra det nasjonale hjerneslagsregisteret 01.01. - 31.10.2014, har imidlertid 17 % av aktuelle pasienter i Helgelandssykehuset fått trombolysebehandling. Forskjellen mellom disse dataene undersøkes. Trombolysebehandling ved hjerneslag er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet, og korrekt registrering av data vil bli fokusert i 2015, som en del av økt satsing på kvalitetsforbedring.

- Kartlegge egne pasientstrømmer innen fødselsomsorgen mellom behandlingsnivå og evaluere konsekvenser av innførte seleksjonskriterier samt gjøre en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av fødetilbudet basert på resultatene. Helseforetakene skal også bidra/delta i den regionale evalueringen av fødselsomsorgen.

Dette arbeidet er påstartet i 2014 som en del av gjennomgang av fødselsomsorgen. Arbeidet er imidlertid ikke fullført i 2014, men blir gjenopptatt i 2015.

### 5.3.3 Samhandling

#### Mål 2014:

- Samarbeide med kommunene om etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Det er etablert tilbud om øyeblikkelig hjelp døgntilbud for Grane kommune og Brønnøy-, og Sømna kommune. Følgende kommuner har da etablert sitt tilbud i samarbeid med HSYK: Vefsn, Grane, Brønnøy, Sømna, Rana, Lurøy, Hemnes, Rødøy og Nesna. Følgende kommuner gjenstår: Leirfjord, Hattfjelldal, Træna, Alstahaug, Dønna, Herøy, Vevelstad og Vega.

- Etablere strategi og samhandlingsplaner med avtalespesialistene i sitt område,

Dette er ikke utført i 2014, men kartlegging utføres i 2015.

- Etablere automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret.

Målet om elektronisk melding om fødsler til Folkeregisteret til er ikke nådd: Vi kan ikke se at det finnes løsninger, verken fra Skatteetaten eller aktuelle EPJ-leverandører, som gjør det mulig å etablere elektronisk fødselsmelding til Folkeregisteret.

DIPS EPJ/PAS mottar automatiske oppdateringer fra Adresseregisteret for de organisasjoner vi abonnerer på. Dekningsgraden for fastlegekontorer var ved årsskifte ca. 15 %. En videre etablering må gjøres kontrollert for å sikre meldingsflyt.

- Fremlegge for prioritering IKT-tiltak med konsekvenser for andre aktører i helsesektoren. Helse Nord RHF prioriterer videre i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Helgelandssykehuset har ingen planer for egne IKT-tiltak i denne sammenheng.

- Oppgradere eksisterende elektroniske basis meldinger til siste versjon samt innføre Lab til Lab kommunikasjon og elektronisk henvisning mellom helseforetak.

Målet om Lab til Lab er ikke oppnådd. Regionen er avhengig av ressurser fra HN-IKT og DIPS for å utvikle en løsning. Løsningen er ikke ferdig, men pilotes 1.kv 2015 mellom Bodø og Lofoten.

Forvaltning av KITH meldingsversjoner ivaretas av HN-IKT.

- Bruke siste versjon av elektroniske basismeldinger ovenfor fastleger og kommuner.

I følge Helse Nord IKT bruker Helgelandssykehuset siste tilgjengelige versjoner av basismeldinger ovenfor fastleger og kommuner. Nytt av året er PLO-meldinger. Samtlige kommuner på Helgeland er nå koblet på, og kommuniserer nå også elektronisk med sengeavdelingene på sykehusene. I 2015 arbeides det for å få på plass e lærings kurs knyttet til systemet samt etablering av prosedyrer knyttet til drift. Psykisk helse skal også kobles på.

- Ta i bruk elektroniske henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene og automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret.

I følge Helse Nord IKT er e-henvisning mellom sykehus forsinket fra leverandør. Andre basismeldinger mellom sykehus er også utsatt pga. HOS-aktiviteter som først må på plass. Publisering til adresseregister er klart, men her kan det bli endringer pga. beslutning om en felles innboks til HF-et. Elektroniske melding til fødselsregister er på plass.

Følgende er ikke oppnådd:

- Henvisning mellom sykehus er ikke etablert i elektronisk meldingsform siden det ikke finnes en løsning fra EPJ-leverandør.
- Basert på en ROS-analyse gjennomført i 2010 er epikrise mellom sykehus ikke etablert i elektronisk format grunnet risiko for sammenblanding av henvisning og epikrise i samme arbeidsflyt. HSYK ønsker å etablere dette når henvisningsmelding er tilgjengelig elektronisk.
- Labsvar mellom sykehus er ikke etablert da Lab til Lab er forsinket
- PLO-meldinger er etablert mellom Helgelandssykehuset og tilhørende kommuner.

- Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen.

Samhandling med kommunene inngår som en del av arbeidet med samstemming av legemiddellister, jfr. punkt 5.2.1 Pasientsikkerhet om bruk av Sykehusapotek Nord gjennom ”SamStem-prosjektet”.

- Samarbeide med kommunene og utdanningsinstitusjonene om kompetanseutvikling, med grunnlag i prosjektrapporten fra Helse Nord RHF og KS: Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen, datert 31.1.2013.

Deltar i nord-norsk samarbeidsorgan for utdanning sammen med KS og representanter fra ulike kommuner, oppstart 6. februar 2015. Det er etablert samarbeid med UIN, UIT og høyskolen på Nesna vedrørende ulike helsefagutdanninger og praksis. Helgelandssykehuset er også praksisarena i forbindelse med ulike videreutdanninger til kommunehelsetjenesten.

### 5.3.4 Beredskap

#### Mål 2014:

- Delta i felles katastrofeøvelse på Svalbard høsten 2014.

Helgelandssykehuset fulgte øvelsen i CIM og besvarte utforespørsler fra UNN. Beredskapsrådgiver var med på gjennomgang av øvelsen på møte i regionalt beredskapsutvalg

- Delta i planlegging av øvelse Barents Rescue 2015.

Helgelandssykehuset deltar i planleggingen av Barents Rescue 2015

- Oppgradere systemer for videobasert akuttmedisinsk kommunikasjon (VAKe) i alle helseforetak.

Helgelandssykehuset har deltatt i prosjektgruppe nedsatt i 2013 i forbindelse med videre implementering av VAKe i Helse Nord. Det er gjennomført møte mellom aktuelle fagledere og prosjektgruppen i Helse Nord november 2014. Det lokale nettverket (fagpersoner) avventer dato for endelig implementering fra den regionale prosjektledelsen.

- Bidra til videre utbygging av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013.

Innføringsprosjektets tekniske delmål for Helgelandssykehuset er i rute, det vil si alle bygningstekniske installasjoner og andre nødvendige tekniske forberedelser for nødnett. Installasjonene er godkjent av den sentrale prosjektledelsen  
Revidering av prosedyrer og tjenesteavtaler er planlagt og blir ferdigstilt innen 15. mai.  
Områdeinstruktører er under utdanning. Opplæring av personell starter høsten 2015.  
Go live dato planlagt uke 41. Det er fra sentralt hold antydnet forsinkelse, det vil i så fall være utenfor vår kontroll.  
Konklusjon: Helgelandssykehuset er i rute når det gjelder implementering av nytt nødnett.

- HelseCIM<sup>7</sup>, skal være implementert som primært krisestøtteverktøy i 2014.

Helse CIM er implementert i beredskapsledelsen i Helgelandssykehuset. Det er fortsatt behov for

---

<sup>7</sup> Krisestøttesystem

regelmessig øving for å beherske systemet.

- Hvert sykehus med kirurgisk akuttfunksjon må ha dedikert personell i funksjonen som traumekoordinator.

Det er traumekoordinator på sykehusenheten i Sandnessjøen og Mo i Rana. Traumekoordinator deltar i traumenettveket i Helse Nord og leder lokalt traumeutvalg.

## 6 Personell, utdanning og kompetanse

### Mål 2014:

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

Opplegg for opplæring av førstelinjeledere er utarbeidet i løpet av 2014 og selve opplæringen startet i januar 2015. En hel dag i programmet er avsatt til forbedringsarbeid. Kvalitet og pasientsikkerhet er eget tema.

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

Foretaket har igangsatt et arbeid for å utvikle foretakets forskjellige ledergrupper. Lederopplæringen som er igangsatt, og som er et tilbud til alle ledere, vil bidra i arbeidet med å styrke nettverk og utvikle førstelinjeledere. Som et ledd i læringsprogrammet inngår utvikling av ledernes kommunikasjonsegenskaper og prosjektkompetanse.

- Relevant personell skal ha vært gjennom e-læringskurs i informasjonssikkerhet, smittevern og planlegge for gjennomføring av kurs som defineres i regi av FIKS-prosjektet. Opplæring skal dokumenteres.

Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurset med test i informasjonssikkerhet og smittevern, dette er ikke kommet ordentlig i gang da import av brukere til Campus ikke ble gjennomført før sent i 2014. E-læringskurs i regi av FIKS-prosjektet vil bli fulgt opp av snart nyansatte opplæringskoordinator FIKS. All opplæring gjennomført i Campus blir dokumentert.

- Starte bruken av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i løpet av 2014.

Arbeidet med innføring av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging startet i 2013 og er nå etter hvert en integrert del av budsjettprosessen. Oppfølging av dette arbeidet ble blant annet viet oppmerksomhet på ledersamlinger høsten 2014. Vi kan ikke si at vi er i mål med dette tiltaket enda så for å sikre at dette ivaretas fullt ut vil tiltak bli igangsatt i løpet av 2015. I dette ligger kvalitetssikring av at arbeidsplaner/tjenesteplaner virkelig gjennomgås og justeres som følge av enhetenes vedtatte aktivitetsplaner. Støtte til lederne vil også være sentralt i dette arbeidet.

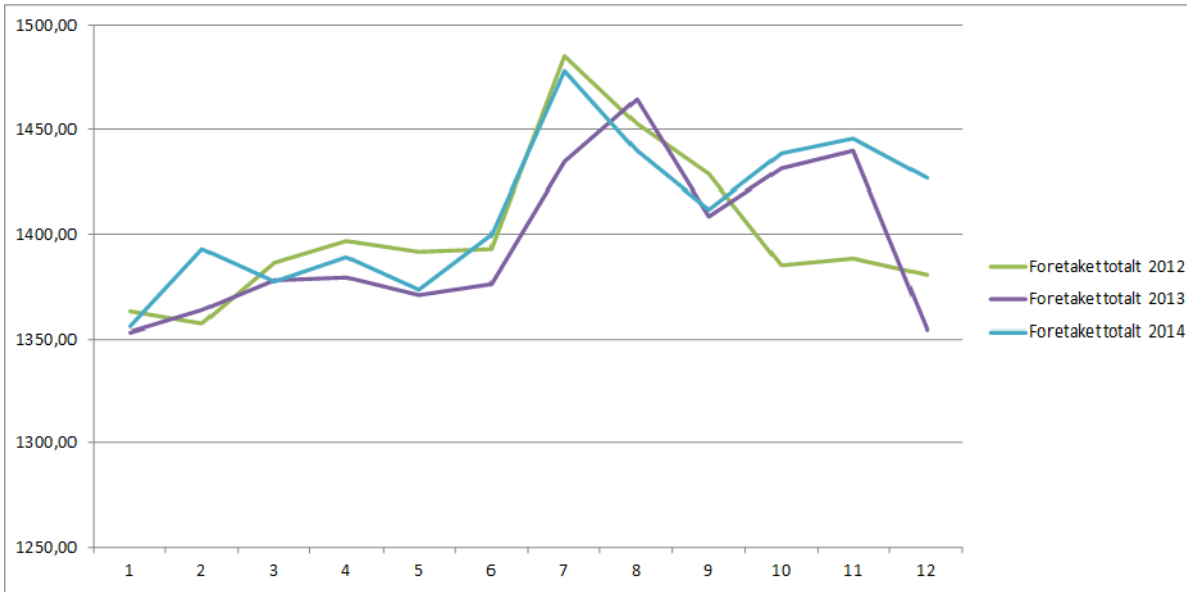
- Innarbeide måltall for antall årsverk og innleie, og sikre balanse mellom disse

Måltall innarbeidet i årsverksbudsjettene på hvert enkelt kostnadssted samt innarbeidet i lederavtalene med enhetsdirektørene.

I forhold til budsjetterte årsverk så nådde ikke foretaket målsetningen på et totalt gjennomsnittlig forbruk på 1 353 årsverk. Til slutt endte vi på i underkant av 1 411 årsverk pr måned. Dette overforbruket i forhold til budsjett skyldes i hovedsak to faktorer:

- 1) Ikke klart å redusere variable årsverk i så stort omfang som det var lagt opp til i budsjettprosessene for 2014. Det viser seg at forholdet mellom faste og variable årsverk er ganske stabile, og at man ved å legge opp til økt forbruk av faste årsverk ikke nødvendigvis klarer å redusere tilsvarende på forbruk variable årsverk.
- 2) Vi har ikke klart å følge opp endringer i budsjett – dvs. justere budsjettet fortløpende der det er tatt beslutninger på å øke forbruket. Eksempler på dette er samhandlingskoordinator, innkjøpsleder, prosjektstillinger, m.v. For 2015 er slike endringer tatt med i budsjettprosessene og følges tettere opp.

I forhold til 2013 var økningen på i underkant av 15 årsverk, og vedlagte graf viser siste tre års forbruk av månedsverk:



- Redusere omfanget av midlertidige stillinger.

Når stilling blir ledig gjøres det behovskartlegging (jf rekrutteringsprosedyre). Dette for å undersøke om det er ansatte i avdelingen/området som ønsker utvidet stilling og som bør få tilbudet før stilling lyses ut.



- Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.

Rekrutteringsplan med konkrete tiltak utarbeidet med sikte på å klare å dekke behovet for personell med spesialisert kompetanse.

- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for legespesialister, herunder den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin som forventes ferdig i 2014.

Som et av tiltakene i rekrutteringsplanen er vi i ferd med å ansette flere LIS. Tabellen nedenfor viser status:

<b>Sandnessjøen</b>	<b>Mosjøen</b>	<b>Mo i Rana</b>
KIRURGI	VOP	RØNTGEN (Allerede ansatt)
ØRE, NESE, HALS	BUP	ANESTESI (Allerede ansatt)
ANESTESI	HUD	GYN (Allerede ansatt)
PSKIATRI	UROLOGI	GENERELL KIRURGI (Allerede ansatt)
	RADIOLOGI	BUP
		DØGN VOKSNE

- Det skal gjøres vurdering av oppgaveglidning som virkemiddel for reduserte ventetider, gode og effektive pasientforløp og bedret utnyttelse av personellressursene. Hvert HF skal sette i gang minst ett prosjekt på oppgavedeling med disse formålene i 2014.

I 2014 startet vi planleggingen av et pilotprosjekt med oppgaveglidning fra avdelingsledere/ass. avdelingsledere til sekretær. Praktisk igangsetting av pilotprosjektet skjer i løpet av 1. kvartal 2015. Målet med prosjektet er å avlaste lederne for administrative oppgaver slik at de får frigjort tid til ledelse. Den frigjorte tiden skal bl.a. benyttes til økt oppfølging og utvikling av medarbeiderne og kvalitetsarbeid i avdelingen

Mulige oppgaver kan være:

- Utarbeidelse av turnus og årsplaner i GAT
- Ansettelse og avslutning av arbeidsforhold i Webcruiter
- Administrativ oppfølging av vikarer
- Innleie vikarer
- Oppdatering og ajourhold i DocMap og ePhorte (superbruker)
- Bestillinger i Clockwork og attestasjon i Agresso (kontroll)
- Superbruker IT systemer
- Ta ut div rapporter i DIPS
- BAS
- GoHjelp
- Tilrettelegge for intern kursing, møter inkl kvalitetsdager
- Referat skriving
- Boligforvaltning og adm av nøkler og nøkkelkort.

Det er ikke satt i gang prosjekter på oppgaveglidning innen pasientbehandling i 2014.

- Utvikle nye praksisformer og -innhold for alle helsefagutdanninger innen gjeldende rammeplaner. Dette skal understøtte helhetlige pasientforløp og kvalitet i praksisutdanningen.

Helgelandssykehuset deltar sammen med UIN, UIT og representanter fra kommunene i arbeidet med å utvikle nye praksisordninger for ulike helsefagutdanninger.

## 6.1 Helse, miljø og sikkerhet

### Mål 2014:

- Innen utgangen av 2014 skal foretaket gjennomføre medarbeiderundersøkelse for alt personell.

Medarbeiderundersøkelse gjennomført for alt personell i løpet av 2014. Oppfølging av dette arbeidet pågår nå i 2015.

- Utarbeide mål og handlingsplaner for reduksjon av sykefravær innen 01.04.14

Sykefraværstall t.o.m oktober 2014 viste at foretaket samlet har hatt et sykefravær på 7,1 % og det er det samme som vi endte opp med i 2013. Det betyr at vi samlet sett har klart å opprettholde nivået og det er positivt at to av enhetene har bidratt med en reduksjon sammenlignet med 2013. Ettersom vi hadde en ambisjon om å redusere fraværet er vi naturligvis ikke fornøyd totalt sett.

### Mål 2014

	FELLES-OMRÅDET	PREHOSPITALE TJENESTER	SSJ	MSJ	MIR
Resultat 2013	2,4	Pasientreiser 9,1 Ambulanse 7,4	5,9	7,2	8,3
Mål 2014	Plan for å forebygge sykefravær	6,5	5,5	6,5	7,5
Resultat 2014 – gjennomsnitt pr mnd (tom oktober)	5,7	7,1	6,4	6,8	7,9

### Handlingsplaner

- For å klare å oppnå ovennevnte målsetning har foretaket i løpet av våren reorganisert arbeidet med støtte til lederne på HMS- området. Dette forventes å ha effekt fordi et større fokus på HMS generelt og IA og sykefravær spesielt vil påvirke ledernes prioriteringer. Utover dette:
  - Deltar hovedverneombudet også i FTV møter jevnlig. Dette bidrar også til at fokus opprettholdes.
  - Tettere samarbeid med NAV og arbeidslivssenteret i sykefraværsoppfølging.
  - Lederne har utpekte ressurspersoner som kan veilede/støtte de i arbeidet med sykefravær med mer.
  - Gjennomført HMS- undersøkelse
  - Gjennomført HMS- opplæring av verneombud og ledere
- 
- Lederne har avtalt følgende i lederavtalene med overordnet leder
  - Jobbe systematisk med arbeidsmiljø innen egen enhet

- Vernerunde gjennomføres en gang pr. år
- Det avholdes møte med lokalt verneombud før samtlige avdelingsmøter der man avklarer eventuelle tema som skal tas opp med samtlige ansatte på den enkelte avdeling (avdekke/forebygge).
- Sørge for at ”lov og avtaleverk innen personalområdet” etterleves herunder at systematikken innenfor sykefraværarbeid følges
- Årshjul HMS følges. Dette følges opp 6 ganger i året i AMU

Møter med vernetjenesten i forkant av hvert personalmøte der leder sjekker ut om det er ting/forhold som bør tas opp – dokumenteres gjennom referat

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

Vi har gjennomført jevnlig dialogmøter med foretakstillitsvalgte i 2014. Dette har bidratt til nødvendige avklaringer i en tidlig fase ved behov.

## 7 Forskning og innovasjon

### Mål 2014:

- Bidra til felles årlig resultatrapport som synliggjør eksempler på hvordan resultater fra forskning og innovasjon har bidratt til forbedret klinisk praksis/tjenesteutøvelse, i tillegg til øvrig resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengelig statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).

Så vidt Helgelandssykehuset bekjent har det ikke blitt utarbeidet en felles årlig resultatrapport som foretaket kunne ha bidratt til.

- Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk.

Helseforetaket har ingen egne aktive innovasjonsprosjekter i 2014, men deltar i regionale innovasjonsprosjekter der FIKS er det største.

- Antall nye patentsøknader.

Helseforetaket har ikke hatt noen patentsøknader i 2014.

- Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale).

Helseforetaket deltar på vegne av Helse Nord i Innomed. Forbedrings/innovasjonsarbeid er et kontinuerlig fokus i Helgelandssykehuset.