



Årlig melding 2012 for Helgelandssykehuset HF

Innholdsfortegnelse

1. OM RAPPORTERINGEN	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
2. KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET	3
2.1 PRIORITERING, TILGJENGELIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING	5
3. PASIENTBEHANDLING	7
3.1 AKTIVITET	7
3.2 OMRÅDER SOM SKAL VEKTLLEGGES SPESIELT	8
3.2.1 <i>Helhetlige pasientforløp og samhandling</i>	8
3.2.2 <i>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige</i>	10
3.2.3 <i>Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer</i>	11
3.2.4 <i>Smittevern og beredskap</i>	12
3.2.5 <i>Prehospitale tjenester</i>	12
3.2.6 <i>Pasientreiser</i>	12
4. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	13
5. FORSKNING OG INNOVASJON	13
6. OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE	14
7. FELLES ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	14
7.1 RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	14
7.2 INVESTERINGSRAMMER, BYGG OG EIENDOMSFORVALTNING	15
7.3 INNKJØP	16
7.4 GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND	16
7.5 KLIMA- OG MILJØTILTAK	16
7.6 ORGANISASJONS- OG LEDERUTVIKLING OG ARBEIDSGIVERSTRATEGI	17
7.6.1 <i>Personal og kompetanse</i>	17
7.6.2 <i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</i>	17
7.7 INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT)	18
7.8 ØKONOMISK UTVIKLING OG RESULTATOPPNÅELSE	18
7.8.1 <i>Resultat</i>	18
7.8.2 <i>Funksjonsregnskap</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.3 <i>Driftsinntekter</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.4 <i>Driftskostnader</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.5 <i>Finansposter</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.6 <i>Prognose</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.7 <i>Gjennomføring av tiltak</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7.8.8 <i>Likviditet og investeringer</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
8. PERSONAL	21
8.1 BEMANNING	21
8.1.1 <i>Faste stillinger og deltid</i>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
8.2 SYKEFRAVÆR	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
8.3 LEDEROPPFØLGING	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helgelandssykehuset HF skal:

- Følge opp Helse Nord's kvalitetsstrategi og gjennomføre de foretaksspesifikke tiltaksplanene.

Helgelandssykehuset har tillagt kvalitetsutvalget funksjon/arbeidsoppgaver å følge opp hovedpunktene fra kvalitetsstrategien for å oppnå større fokus.

- Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister. Som ledd i dette skal pasientsikkerhetskulturmåling gjennomføres, denne har svarfrist 01.06.2012.

Helgelandssykehuset hadde en svarprosent på pasientsikkerhetskulturundersøkelsen på 76,1 %.

- Bidra til at nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder (mini-HTA¹) tas i bruk, i samarbeid med Helse Nord RHF.

Dette nasjonale systemet er ikke tatt i bruk i Helse Nord i særlig grad og er først og fremst aktuelt ved helseforetakene UNN og Nordlandssykehuset. Følgelig heller ikke tatt i bruk i Helgelandssykehuset og det har ikke vært innført nye, kostnadskrevende metoder der dette har vært en aktuell problemstilling. Helgelandssykehuset vil i et aktuelt tilfelle bruke erfaringer fra UNN og NLSH som beslutningsstøtte ved bruk av metoden.

- Gjennomføre journalundersøkelse etter GTT-metoden² i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer og benytte GTT-resultater i forbedringsarbeid.

Helgelandssykehuset gjennomfører egne GTT undersøkelser ved alle 3 sykehusenhetene. Resultater gis styret hver mnd gjennom kvalitetsrapport. Det planlegges årsmøte for GTT teamene i mars/april for gjennomgang av resultater for 2012. Våre funn i GTT sammenfaller godt med pasientsikkerhetskampanjens innsatsområde som er vårt tiltak for å redusere pasientskader. Helgelandssykehuset har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer. Resultatene fra 2012 vil være klar i løpet av april 2013.

- Utvide NOIS³ registrering knyttet til hofte-, galle-, aortokoronar bypass- og tykktarmskirurgi samt keisersnitt til en kontinuerlig registrering fra 01.09.2012.

Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana er innsamling av data til NOIS utvidet til hofte-, galle-, tykktarmskirurgi i tillegg til keisersnitt i en kontinuerlig registrering fra 1.09.2012. Aortokoronar bypass utføres ikke ved noen av enhetene i Helgelandssykehuset. Det er ikke startet opp kontinuerlig innsamling av data til NOIS ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Helgelandssykehuset Mosjøen.

- Ha oppdaterte, anerkjente faglige retningslinjer og prosedyrer tilgjengelig og i bruk i DocMap.

For Helgelandssykehuset er det en kontinuerlig prosess å stadig oppdatere de faglige retningslinjene og prosedyrene som ligger i Docmap, samt å distribuere dem til dem endringene gjelder.

- Påse at melding om og saksbehandling av avvik, forbedringsforslag, personal- og pasientskader samt uheldige hendelser foregår i DocMap.

Alle avdelingene har i kvalitetsstrategien i oppgave å hele tiden ha 3 fokus områder/hendelser som det skal meldes avvik på. Dette skal de bl.a dokumentere i et møtereferat i ePhorte. Dette skjer i økende grad.

- Sikre at felles nasjonalt mandat fra HOD for kliniske etikkomiteer legges til grunn for komiteenes virksomhet, jf. brev av 18.11.2011 fra HOD.

Klinisk Etisk Komite har gjennomgått innholdet i det nasjonale mandatet internt i komiteen,

¹ Health Technology Assessment - nytt system for håndtering og vurdering av nye metoder

² Global Trigger Tool

³ Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus

forståelsen av mandatet ble også gjennomgått på nasjonalt seminar for ledere av etikk-komiteer høsten 2012.

Vi ser at vi arbeider i tråd med mandatet på de fleste områder, men at det er områder hvor vi ikke er helt i mål. Komiteen har bare vært etablert i knapt 2 år.

- Sikre at kravet om innsending av § 3-3 melding (alvorlige hendelser) til Kunnskapssenteret⁴ fra 01.07.2012 ivaretas.

Helgelandssykehuset gjennomførte sammen med de andre foretakene i Helse Nord 1. juli 2012 pasienthendelsesskjemaet i Docmap. Disse blir foreløpig manuelt sendt til Kunnskapssenteret, men vil i løpet av første halvår 2013 skje automatisk. Til nå har vi meldt 55 meldinger.

- Gjøre rede for gjennomføring av journalundersøkelse etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Helgelandssykehuset har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer. Resultatene fra 2012 vil være klar i løpet av april 2013.

- Gjøre rede for foretakets undersøkelser av pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

1. Nevn 5-10 eksempler på tiltak som er iverksatt på ulike nivåer i helseforetaket etter bearbeiding av resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen:
 - Presentasjon, gjennomgang og diskusjon om resultatene på avdelingsmøter.
 - Behandle avvik og HMS-spørsmål som eget punkt på hvert avdelingsmøte.
 - Oppfordre til å ta opp feil/nestenfeil slik at alle kan lære av dette.
 - Større fokus på samarbeid mellom avdelinger og profesjoner.
 - Satt sammen grupper for å jobbe med de punktene som skåret lavest.
 - Legges opp til åpenhet og diskusjon rundt pasientsikkerhet på avdelingsmøter.
 - Noen avdelinger planlegger å gjennomføre ROS-analyse.
 - Har tatt pasientsikkerhet opp som tema på flere fysiske møter.
2. Hvilken andel av behandlingsenhetene* har blitt presentert for sin egen behandlingsenhet sine resultater og fått anledning til å drøfte dem?
 - 83 % av alle enhetene har blitt presentert for resultatene og har drøftet de.
 - De som ikke har presentert resultatene har blitt purret på det.
3. Hvilken andel av behandlingsenhetene som skåret lavt** på pasientsikkerhetskulturundersøkelsen har bearbeidet og fulgt opp sine egne resultater og iverksatt forbedringstiltak?
 - 88 % av enhetene som skåret lavt har presentert og drøftet resultatene i egen enhet.
 - De 2 enhetene som ikke har gjort det har blitt purret på dette.

- **Lav skår på pasientsikkerhetskulturundersøkelsen innebærer at
 - Færre enn 60 % av de ansatte rapporterte et godt sikkerhetsklime eller et godt teamarbeidsklime.
 - Gjennomsnittskår for teamarbeidsklime eller sikkerhetsklime i enheten var på mindre enn 70.

4. Nevn gjerne erfaringer som dere gjort med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen eller kommentarer til gjennomføringen av den?
 - Mange ansatte syntes det var vanskelig å svare på undersøkelsen. De var usikker på om de skulle svare for egen avdeling eller for hele sykehuset (for eksempel om de var trygge som pasient på sykehuset).
 - Noen ønsket lengre tid til gjennomføringen.
 - Arbeid med kulturendring ses på som et kontinuerlig arbeid som gjøres i det daglige. Vanskelig å få med alt som gjøres i den forbindelse.
 - Ønske om at det skal bli lettere å teknisk melde avvik.

⁴ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

- Gjøre rede for foretakets rapportering av komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Rapportering av FMDS personskade til NPR etter rapporteringskader er gjennomført i 2012.

- Gjøre rede for 30-dagers risikjustert totaloverlevelse (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

30-dagers totaloverlevelse i 2010 og 2011 var 94,3 – 94,4 %. Tilsvarende for Helse Nord RHF var 94,5 – 94,4 %. For sykehusenhetene i helseforetaket var variasjonen i 2010

93,7 -94,8 % og for 2011 var variasjonen 94,1 – 94,8 %

I flg rapport fra Kunnskapssenteret 4.02.2013 hadde helseforetaket ikke avvik fra referanseverdeien i disse 2 årene. Mo i Rana hadde indikasjon på avvik fra referanseverdien i 2010 (93,7 %), men dette var normalisert i 2011.

- Gjøre rede for 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd var i 2010 og 2011 hhv.

91,3 – 91,4 %. Tilsvarende for Helse Nord RHF var 91,1 – 91,2 %. For sykehusenhetene i helseforetaket var variasjonen i 2010 91,4 -91,6% og for 2011 var det bare Mo i Rana som hadde rapport, 91,9 %.

I flg rapport fra Kunnskapssenteret 04.02.2013 hadde verken helseforetaket eller sykehusenhetene avvik fra referanseverdeien i disse 2 årene.

- Gjøre rede for 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt var i 2010 og 2011 hhv.

87,3 – 87,2 % %. Tilsvarende for Helse Nord RHF var 87,1 – 86,6 %.

For sykehusenhetene i helseforetaket var variasjonen i 2010 84,3 – 87,4 % og for 2011 var variasjonen 85,1 – 87,9 %

I flg rapport fra Kunnskapssenteret 04.02.2013 hadde verken helseforetaket eller sykehusenhetene avvik fra referanseverdien i disse 2 årene.

- Gjøre rede for 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag var i 2010 og 2011 hhv.

86,9 – 86,3 %. Tilsvarende for Helse Nord RHF var 87,1 – 87,3%..

For sykehusenhetene i helseforetaket var variasjonen i 2010 85,0 – 88,1 % og for 2011 var variasjonen 86,2 – 86,8 %

I flg rapport fra Kunnskapssenteret 04.02.2013 hadde verken helseforetaket eller sykehusenhetene avvik fra referanseverdien i disse 2 årene.

- Gjøre rede for brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Resultatene fra Rapportene *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2011* ble gjennomgått på en samling for samtlige ledere i Helgelandssykehuset i mai 2012 og ble også senere presentert for helseforetakets styret under et styreseminar. Undersøkelsene er også belyst i helseforetakets magasin "Helt"

Helgelandssykehuset HF skal styrebehandle:

- Statusrapporter fra Pasientsikkerhetskampanjen.

Statusrapporter fra pasientsikkerhetskampanjen inngår som en del av den månedlige resultat-og tiltaksrapport kvalitet som presenteres for styret.

1.1 Prioritering, tilgjengelighet og brukervedvirkning

Helgelandssykehuset HF skal:

- Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder til under 60 dager.

Tiltaksarbeid med arbeid mot fristbrudd og oppfølging av langtidsventende har direkte effekt på gjennomsnittlig ventetid. Gjennomsnittlig ventetid overvåkes i kvalitetsrapport som går til styre, ledergruppe og Helse Nord.

- Sørge for at foretaket ikke har fristbrudd.

Gjennom året er det etablert nye rutiner for oppfølging av fristbrudd. Ventende fristbrudd redusert fra 346 pr feb 2012 til 25 pr 31/12-2012. Justering av arbeidet for å nå mål om 0 fristbrudd fortsetter i 2013.

- Sørge for at pasienter som er vurdert å ha rett til prioritert helsehjelp skal ha direkte innkalling til time for undersøkelse/behandling i første svar på henvisningen.

Kurs om regelverk og prosedyrer knyttet til ventelister samt om registrering av henvisninger i DIPS er gjennomført i Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mosjøen, og skal gjennomføres om kort tid i sykehusenheten i Mo i Rana. Kursene vil bli fulgt opp med møter og videre opplæring. I tillegg gjennomføres et prosjekt Pasientbrev, som blant annet skal sikre at pasienter får rettighetsinformasjon og innkallinger i hht gjeldende regelverk.

- Iverksette tiltak for bedre informasjon og veiledning om ordningen Fritt sykehusvalg, i samarbeid med Helse Nord's kontor for Fritt sykehusvalg⁵.

Tiltak er foreløpig ikke iverksatt, men vil bli vurdert i tråd med Helse Nord's prosjekt ved bruk av kontoret for Fritt sykehusvalg som ledd i tiltak for å få ned ventetid og fjerne fristbrudd.

- Legge til rette for at ventetider for poliklinisk virksomhet innen radiologi kan rapporteres til NPR fra 2013.

Det er ikke gjort spesielle tiltak. Helseforetaket får fortsatt ikke konsistente virksomhets data for radiologi fra DIPS.

- Utvikle en strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i helseforetakene i løpet av 2012. Samiske brukeres behov bes vurdert særskilt.

Strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i helseforetaket skal innføres i 2013. Dette har sammenheng med at Regional plan for brukermedvirkning ble ferdig først i slutten av 2012 og at intern plan for Helgelandssykehuset skal bygge på denne.

- Sørge for at berørte interessenter på vegne av brukere, medarbeidere og befolkningen involveres i forkant av utvikling av tjenestetilbud, omstilling og endring som får betydning for hvor de ulike tjenestene ytes.

Arbeidsmiljølov og Hovedoverenskomst følges når det gjelder ansattes formelle medbestemmelse i forbindelse med utvikling av tjenestetilbud, omstilling og endring. Involveringen av interessenter for øvrig er forsterket og utvidet gjennom foreliggende avtaler innenfor rammen av samhandlingsreformen. Her er brukere (gjennom brukerutvalg, styrerepresentasjon, deltakelse i OSO, i utredningsgrupper m.v.) sikret generell påvirkningsmulighet og direkte involvering i enkeltsaker.

- Involvere brukerne i evaluering og utvikling av pasientreisetjenesten.

Det er gjennomført både bruker og rekvirentundersøkelser våren 2012. Resultatene fra undersøkelsene er brukt som grunnlag i prosjektarbeidet "Kontinuerlig Forbedring". I desember ble det gjennomført møte med brukerutvalg og styre i Helgelandssykehuset.

- Vurdere om brukerne skal delta i kvalitetsutvalgets arbeid.

Sammensetning og organisasjon ift kvalitetsutvalg og arbeidsmiljøutvalg (KVAM) har vært under vurdering. Det har foreløpig ikke vært brukerreresentasjon i KVAM, men ved implementering av ny organisering av kvalitetsutvalg i 2013 blir dette vurdert.

- Sørge for at pasientene har et tilgjengelig bibliotektilbud.

Personalet er behjelpelig med å formidle/legge til rette for pasienters behov for bibliotek tjenester

⁵ Jf. Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg (2011)

- Gjennomføre og følge opp regionale prosedyrer for barn som pårørende⁶.

Det er etablert barneansvarlige på de fleste avdelinger i Helgelandssykehuset. Det gjennomføres samarbeidsmøter mellom de barneansvarlige internt i sykehuset, med kommuner og i regionen.

- Gjøre rede for andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg oppdatert siste fire uker. (måltall: 100 %) (Ref vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Rutinene for oppdatering av frittsykehusvalg ble ikke tilstrekkelig overført til nyansatt som skulle overta oppdateringene. Opplæringen er nå gjennomført og frittsykehusvalg oppdateres innen den 10 hver måned.

2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

Helgelandssykehuset HF skal:

- Fortsett vri aktiviteten fra døgnopphold til dag- og poliklinisk behandling, både innen somatisk virksomhet og psykisk helsevern.

Foretaket har ikke konkrete tiltak for å vri aktivitet fra døgn til dag og poliklinisk behandling, men innen somatikk kommer dette som en del av arbeidet med å redusere aktivitet innenfor poliklinikk og døgnbehandling. Se pnkt nedenfor.

- Redusere andel kontroller og øke andel nyhenvvisninger.

Det er i 2012 startet et arbeid med å kartlegge og iverksette tiltak for å redusere antall polikliniske kontroller, siden data fra SKDE tilsier at Helgelandssykehuset har et forhøyt antall polikliniske konsultasjoner og kontroller. Økning av totalantall nyhenvvisninger er ikke et mål, men økning av den relative andelen. Arbeidet har ikke gitt målbart resultat i 2012/13, men videreføres som en del av tiltaksarbeidet i 2013.

- Styrke det totale tilbudet til pasienter med kroniske lidelser og rehabiliteringsbehov gjennom egne tilbud i helseforetakene, og samarbeidstiltak med kommunene i samhandlingsreformen.

Helgelandssykehuset er i gang med en omstrukturering av tilbudet for pasienter med behov for langvarig og koordinert behandling. Dette gjelder spesielt pasienter til somatisk rehabilitering etter akutt sykdom (hjerneslag, hjertelidelser m.v.), etter kirurgiske inngrep (bl.a. ortopedi) og som følge av kronisk sykdom med tilbakefall (KOLS, muskel-/ skjelettsykdom). Videre er helseforetaket arbeid med tiltaksområder som er prioritert i tjenesteavtale 10, bl.a. etablering/forsterking av Helgelandssykehusets koordinerende enhet, felles utdanningsprogrammer med kommunene for å forsterke lærings- og mestringsaktiviteten (utdanning i helsepedagogikk/-veiledning) og styrke kunnskap og felles innsats relatert til spesifikke diagnosegrupper (kreft, KOLS/lungelidelser).

- Fortsette arbeidet med å effektivisere driften av psykisk helsevern og TSB

Bedret samarbeide innenfor PHV og TSB. Bedre utnytting av ressursene. Fokus på ressursbruk i døgnavdelingene sett opp mot aktivitet.

- Gjøre rede for andel korridorpasienter i somatiske sykehus (måltall 0 %) (ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Helgelandssykehuset enhet Mosjøen ligger stort sett på 0, mens for enhet Mo i Rana og Sandnessjøen varierer det fra 14 stk til 44 stk pr. mnd. Under ledelsens gjennomgang i februar vil tiltak bli beskrevet.

- Gjøre rede for om foretaket har etablert tilbud om tobakksavvenning (OBS: kilde: Egne tall) (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

⁶ Brev fra Helse Nord RHF til HF-ene om regionale retningslinjer for barn som pårørende vil bli oversendt helseforetakene, jf. tidligere høringsprosess

Foretaket har ikke etablert tilbud om tobaksavvenning. Frisklivsentre i kommunene ivaretar dette tilbudet.

2.2 Områder som skal vektlegges spesielt

2.2.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Helgelandssykehuset HF skal:

- Inngå overordnede samarbeidsavtaler innen 31.1.2012 og tjenesteavtaler med kommunene innen 01.07.2012.

Det er inngått felles samarbeidsavtale og tjenesteavtaler 1, 3, 5 og 11 mellom Helgelandssykehuset HF og kommunene på Helgeland pr. januar 2012. Resterende tjenesteavtaler - 2, 4, 6, 7, 8, 9 og 10, forelå tilsvarende innen 01.07.2012. Unntaket er Bindal kommune, som har inngått avtaler relatert til samhandlingsreformen med Helse Nord-Trøndelag.

Både Helgelandssykehuset og kommunene har sluttbehandlet avtalene i h.h.v. foretaksstyre og kommunestyre.

- Sørge for at de forpliktelser som følger av samarbeidsavtalene ivaretas på en god måte, herunder etablere effektive rutiner for varsling i tilknytning til utskrivningsklare pasienter.

Det er etablert samarbeidsfora på ulike nivå og av ulikt omfang, for oppfølging, evaluering og oppdatering av avtaleverket. Herunder Overordnet samarbeidsorgan, faste dialogmøter, praksiskonsulentordning m.v. Faste kontaktadresser og koordineringsinstanser foreligger hos begge parter, og beggesidig informasjon er lagt ut på eget avsnitt på helseforetakets hjemmeside. Varslingsrutiner beskrevet i tjenesteavtale 5 er i bruk, og partene har etablert rutiner for avviksbehandling.

- I samarbeid med kommunene og brukerne videreføre arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp.

Det har vært gjennomført et eget LEAN-prosjekt i samarbeid mellom et utvalg kommuner på Sør-Helgeland (Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad) og en sykehusenhet på Helgeland (Sandnessjøen) med formål å identifisere "flaskehals" innenfor og mellom nivåene, samt forenkle/effektivisere intern tjenesteflyt og pasientforløp mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med KS og oppsummert før årskiftet 2012-13. Videre er flere tiltak for å sikre tjenesteflyt og forenkle/standardisere pasientforløp under utvikling innen såvel kirurgiske som indremedisinske fagområder, innenfor og på tvers av sykehusenheter. Avtaleporteføljen og den organiserte samhandlingen mellom nivåene vil anspre til videre arbeid med standardiserte pasientforløp.

- Inngå samarbeidsavtaler om ledsagertjeneste for fødende i kommuner med mer enn 1,5 times transport til fødeinstitusjon, innen 01.03.2012.

Kommunene Træna, Lurøy og Rødøy og Helgelandssykehuset er i dialog om samarbeidsavtale for videreføring/forbedring av ledsagertjeneste for fødende med lang reisetid til fødeinstitusjon. Det er foretatt en gjennomgang av dagens ordninger og praksis i løpet av 2012, og Helgelandssykehuset har foreslått en avtalestruktur og et avtaleinnhold som nå vurderes i angjeldende kommuner. Det forventes at nye formelle avtaler er på plass 1. kvartal 2013.

- Ivareta veilednings- og opplysningsplikten overfor kommunehelsetjenesten.

Veilednings- og opplysningsplikten ovenfor kommunehelsetjenesten blir ivarettatt og reguleres i tjenesteavtale 6 og tjenesteavtale 7.

- Følge opp sin del av ansvaret for å implementere elektronisk meldingstjeneste i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (prosjekt FUNNKe).

Helgelandssykehuset har pr. feb. 2013 etablert et testmiljø for pilotering av PLO-meldinger mellom sykehusenheter på Helgeland og tilhørende vertskommuner. I løpet av våren 2013 regner vi med at kommunikasjonen mot vertskommunene er i operativ drift, og vi kan deretter ta inn øvrige kommuner inn i løsningen.

- Sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus foreligger og følger pasienten ved overflytting mellom behandlingssenheter eller mellom tjenestenivåer.

I etterkant av tilsyn fra Helsetilsynet vedr skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd i 2011 er dokumentasjon av ernæringsstatus fokusert, og det er senest 06.02.2013 gitt en redegjørelse til Helsetilsynet om dette arbeidet ved kirurgisk avdeling Mo i Rana. Saken har også vært behandlet i helseforetakets DRG-utvalg der det er representanter for alle 3 sykehusenhetene. De har hittil ikke vært gjort stikkprøver på journaldokumentasjon pga manglende kapasitet, men det vil bli vurdert sammen med andre tiltak for å kvalitetssikre god journaldokumentasjon

- Oppnevne koordinator for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser⁷.

Det er foreløpig ikke oppnevnt koordinatorene for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser, men dette vil bli prioritert i 2013.

- Standardisere rutiner og retningslinjer for pasientgrupper med de hyppigste kreftformer (bryst-, lunge- og tykktarmskreft) for å oppnå det nasjonale kravet om at 80 % av kreftpasienter skal behandles innen anbefalte forløpstider (5/10/20 dager).

Slik standardisering av rutiner og retningslinjer er ikke gjennomført enda, men det arbeides med en pilot vedr tarmkreft på bakgrunn av tilsvarende arbeid gjort ved UNN. Blir iverksatt ila 2013.

- Sørge for at pasienter som henvises med mistanke om kreft får utnevnt egen kontaktperson som skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om behandlingsplan, rettigheter og ventetider.

Dette tiltaket er ikke iverksatt enda, men vil komme som endel av arbeidet med å standardisere rutiner og retningslinjer for denne pasientgruppen i 2013.

- Innarbeide TSB i tjenesteavtalene med kommunene⁸ i forbindelse med Samhandlingsreformen. Etablere formalisert samarbeid med kommunene om prosedyrer for forsvarlig utskrivningspraksis og oppfølging.

Så langt har ikke Psy vært involvert i arbeidet med tjenesteavtalene. DPS' ene i helseforetaket er i liten grad involvert i LAR-pasienter da disse i all hovedsak håndteres fra UNN.

- Gjøre rede for andel epikriser sendt ut innen en uke (måltall: 100 %) (jfr Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Innen psykisk helsevern har andelen de siste 3 månedene i 2012 stabilisert seg på rundt 83%, mens innen somatikk er andelen ca 70%. Bruk av ny DIPS-rapport som vil identifisere de heldøgnsoppholdene som mangler epikrise med anvisning av hvem som har restansene vi være en del av tiltaksarbeidet, ved siden av konkret oppfølging i hver avdeling..

- Gjøre rede for andel pasienter med kreft får behandling innen 20 virkedager (måltall: 80 %) (ref vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Denne indikatoren er ikke utviklet enda

- Gjøre rede for andel pasienter med tykktarmkreft får behandling innen 20 virkedager (måltall: 80 %) (ref vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Det foreligger tall t.o.m. 2. tertial 2012. Andel pasienter i helseforetaket med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager var 64,7 %, mens i 1. tertial var dette 50 % Tilsvarende tall fra Helse Nord var hhv 60,3 % i 2. tertial og 50,8 % i 1. tertial. Tallene fra sykehusenhetene i 2. tertial var 66,7 % i Mo i Rana og 60 % i Sandnessjøen, men små tall medfører at enkeltpasienter gir store utslag.

- Gjøre rede for andel pasienter med lungekreft får behandling innen 20 virkedager (måltall: 80 %) (ref vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

⁷ Jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

⁸ Dette inkluderer bl.a. samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling.

Lungekreftpasienter gis ikke primærbehandling i Helgelandssykehuset. For 2. tertial er det rapportert 7 pasienter som er henvist til annet sykehus for primærbehandling. 3 av disse (42,9 %) har fått behandling innen 20 virkedager.

- Gjøre rede for andel pasienter med brystkreft får behandling innen 20 virkedager (måltall: 80 %) (ref vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Brystkreftpasienter gis ikke primærbehandling i Helgelandssykehuset.

2.2.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige

Helgelandssykehuset HF skal:

- Gjøre rede for aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern.

Lavere aktivitet enn plan, skyldes delvis sykemeldinger og vakante stillinger.

- Gjøre rede for aktivitetsutviklingen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rusavdelingen i foretaket har holdt plan for antall liggedøgn men ikke klart plantall for antall utskrevne pasienter. Kostnadene for eksterne rusplasser er redusert i 2012, flere pasienter er behandlet på kortere tid. Beleggsprosent på over 90 på denne pasientgruppen er høyt.

- Iverksette konkrete og virkningsfulle tiltak for å redusere ventetiden for barn og unge til gjennomsnittlig 30 dager eller kortere i løpet av 2012.

Ingen fristbrudd. Fokus på prioriteringsveilederne, behandlingsplaner og avslutning av saker. Konkret prosjekt i Bup Mo der timetilbud sendes sammen med tilbakemelding om vurdert henvisning.

- Legge til rette for at BUP⁹ og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet med videre. Dette gjelder også pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.

Ikke spesielle tiltak for samkonsultasjoner. Bup Vefsn har fast samarbeidsmøte med helsestasjon. Bup Rana har begynt med Familiemøter som innebærer at alle parter er tilstede når en sak meldes/drøftes.

- Kartlegge selvmordsrisiko i henhold til nasjonale retningslinjer innen psykisk helsevern for barn og unge. Ha strukturerte utredning og behandling av depresjoner, samt etablere rutiner for samhandling med kommunene.

Vi har rutiner for kartlegging av selvmordsrisiko, samt strukturert utredning og behandling av depresjoner. Det er rutiner for samhandling med kommunene

- Gjennomføre funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.

Tilrådingen fra Nasjonal strategigruppe er kjent og funksjonsfordelingen mellom DPS og sykehusavdelingene er stort sett gjennomført. Ambulante akutteam ved DPS-ene er ikke gjennomført, men vil være på plass i løpet av 2013. Iverksatt arbeid gjennom strategisk plan for Psykisk helse og Rus.

- Iverksette tiltak i Helse Nord's regionale tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetakene skal utarbeide lokale planer for voksne, barn og unge innen 01.06. 2012.

Ikke utarbeidet egen plan for reduksjon av tvang, men vil bl.a. komme gjennom etablering av ambulante akutteam.

- Etablere ambulante akutteam og brukerstyrte senger i løpet av 2012.

Etablering av AAT kommer i 2013. Brukerstyrte senger er etablert i 2011/2012, til sammen 2.

- Gjøre rede for registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge (mål 100 %) (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

⁹ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Tallgrunnlag fra helsedirektoratet ikke oppdatert siden 2011, 59 % for Helgelandssykehuset.

- Gjøre rede for lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (mål 100 %) (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Tallgrunnlag fra helsedirektoratet ikke oppdatert siden 2011, 91 % for Helgelandssykehuset.

- Gjøre rede for hovedtilstand psykisk helsevern voksne (mål 100 %) (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Tallgrunnlag fra helsedirektoratet ikke oppdatert siden 2011, 57 % for Helgelandssykehuset.

- Gjøre rede for fastlegers erfaringer med DPS (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Gjennom PassOpp ser vi at fastlegene ikke er tilstrekkelig fornøyde med erfaringene, spesielt tilhørende Rana-området, dette gjelder særlig ifht veiledning og bistand i krisesaker. Resultatene vil bli brukt i gjennomføringen av helseforetakets strategiske plan for utvikling av tilbudet innen psykisk helsevern.

2.2.3 Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer

Helgelandssykehuset HF skal:

- Aktivitetsutviklingen kommenteres i forhold til utvikling i fjor og i forhold til plan. Vridninger mellom forskjellige behandlingsformer kommenteres. Eks. fra døgnbehandling til dagbehandling.

Aktivitetsøkning i 2012 i forhold til plan og nivå for 2011. Arbeidet med å redusere høyt sykehusforbruk startet i 2012, men ble ikke ferdigstilt. Dette arbeidet er en del av tiltakspakken for 2013.

- Samarbeide med Helse Nord RHF om gradvis implementering av handlingsplanene i lunge- og nyremedisin.

Dette arbeidet er ikke påstartet i 2012, men representanter til fagrådene i lunge- og nyremedisin vil bli foreslått innen 28.02.13 i tråd med Helse Nord's anmodning

- Status i forhold til nasjonalt krav om at 20 % av pasienter under 80 år med hjerneinfarkt får trombolysbehandling. (jfr. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Det foreligger data fra 2. tertial 2012. I første tertial var prosentandelen 10 % (3/30) i helseforetaket. I 2. tertial var det 0 pasienter registrert som trombolysbehandlet (av 23 pasienter). Det har imidlertid foreligget en feilregistrering slik at det faktiske antall er 3, (13%).

Hjerneslagbehandling, inkludert trombolysbehandling til aktuelle pasienter, er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetskampanjen, og hjerneslagsbehandlingen i helseforetaket blir gjennomgått og kvalitetssikret som en del av kampanjen.

Det foreligger tall fra 1 og 2. tertial 2012. I første tertial var prosentandelen 10 % (3/30) i helseforetaket. I 2. tertial var 0 pasienter registrert som trombolysbehandlet (av 23 pasienter). Det har imidlertid foreligget en feilregistrering slik at det faktiske antall er 3 for 1. tertial, 3 for 2. tertial. Hjerneslagbehandling, inkludert trombolysbehandling til aktuelle pasienter, er et av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen, og hjerneslagsbehandlingen i helseforetaket blir gjennomgått som en del av behandlingen. I 3. tertial (etter oppstart gjennom kampanjen) ble det gitt 8 trombolys mot hjerneslag.

- Rapportere data til norsk hjerneslagsregister.

Slagteamene fra 2 enheter har begynt å registrere i papirskjema for norsk hjerneslagsregister fra årsskiftet. Disse legges fortløpende inn i registeret fra februar.

- Styrke den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene.

Medisinskfaglig kompetanse er ikke styrket. Ingen tilsatte med medisinskfaglig kompetanse (lege) i tjenesten. Det pågår imidlertid et regionalt arbeid med styrking av legetjenesten, og helseforetaket vil være en del av dette.

- Implementere seleksjonskriteriene og følge opp kommende tiltaksplan for fødselsomsorgen i Helse Nord.

Seleksjonskriteriene for fødselsomsorg er implementert og følges opp sammen med gjeldende tiltaksplanen i Helse Nord

- Gjøre rede for andel fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4 (ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Mo i Rana: 376 fødsler 7 sfinkterrupturer grad 3 en grad 4
 Mosjøen: 52 fødsler 0 sfinkterrupturer
 Sandnessjøen: 266 fødsler 9 sfinkterrupturer grad 3 to grad 4
 Brønnøysund: 40 fødsler, 0 sfinkterrupturer
 Helgelandssykehuset HF: 734 fødsler, 16 sfinkterrupturer grad 3 og 4: 2,2 %

- Gjøre rede for andel brukererfaringer svangerskap/føde/barsel. (ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)

Undersøkelsen er gjennomført av Kunnskapssenteret og helseforetaket har også deltatt. Resultater fra undersøkelsen er imidlertid ikke offentliggjort enda.

2.2.4 Smittevern og beredskap

Helgelandssykehuset HF skal:

- Følge opp krav og anbefalinger i Regional plan for smittevern og tuberkulosekontrollprogrammet.

Årlig melding for oppfølging og krav i Tuberkulosekontrollprogrammet 2012-2015:

- Det er jobbet kontinuerlig med å følge opp anbefalte tiltak i planperiode 2012-2015 hvor hvert HF er ansvarlig.

Årlig melding for oppfølging og krav i Smittevernplan 2015-2015:

- Det er jobbet kontinuerlig med å følge opp anbefalte tiltak i planperiode 2012-2015 hvor hvert HF er ansvarlig.
- Det er ved en enhet opprettet 100% stilling som hygiesykepleier
- Det er utdannet en intern fagrevisor som kan utføre internervisjoner lokalt i foretaket innen smittevern.
- Det er gitt årlig tilbud om influensavaksine til ansatte.

- Implementere nytt krisestøtteverktøy som anskaffes i 2012.

Det er ikke anskaffet eller implementert krisestøttingsverktøy i 2012

2.2.5 Prehospitale tjenester

Helgelandssykehuset HF skal:

- Planlegge driften innpasset mot nasjonal standard for luftambulanser (helikopter).

Prosedyrer endret/revidert tilpasset i henhold til nasjonal standard og lagt inn i vår prosedyreverk, DOCMAP.

- Øke kunnskapen om ivaretagelsen av psykisk syke.

Alle ambulanserearbeidere gjennomfører VIVAT-kurs for å øke kunnskap om forebygging av selvmord. Det skal i tillegg gjøres forsøk med etablering av ambulansebil med spesielt fokus på transport av psykisk syke som skal ut av foretaket og til Bodø.

2.2.6 Pasientreiser

Helgelandssykehuset HF skal:

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen maksimalt 2 uker.

I hovedsak har saksbehandlingstiden for reiseoppgjør vært innenfor målsettingen på 2 uker. I perioden april – mai var saksbehandlingstiden opp mot tre uker som følge av flere lengre sykefravær.

- Iverksette forbedringstiltak innen pasientreiseområdet, og delta i regionalt besluttede felles tiltak på området.

Avdelingen har tatt aktiv del i arbeidet med introduksjon av Kontinuerlig Forbedring (KF). Dette LEAN prosjektet har bidratt til mer likebehandling i saksbehandlingen og gitt større effektivitet ved pasientreiseavdelingen. Arbeidet med KF er tatt inn som en del av hverdagen ved avdelingen og vil bli videreført også i 2013.

3. Utdanning av helsepersonell

Helgelandssykehuset HF skal:

- Rapportere status og rekrutteringssituasjon for onkologer og patologer, innen 30.04.2012.

Ikke aktuelt

- Utvikle planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell, som bidrar til å løse kompetanseutfordringene i helseforetaket.

Kartlegging av behov for fremtidig kompetanse hos helsepersonell innarbeides i helseforetakets kompetanseplaner og meldes til utdanningsinstitusjonene.

- Legge til rette for å øke antall lærlingeplasser for elever i videregående opplæring¹⁰.

Innen helsefagutdanninger benyttes allerede Helgelandssykehuset praksis kapasitet fullt ut.

- Sørge for at dobbeltkompetanseutdanning i psykologi videreføres ved at kliniske stillinger gjøres tilgjengelig, i samarbeid med universitetene.

Det har ikke vært behov for å gjøre kliniske stillinger tilgjengelige i 2012, da det ikke ble utlyst stillinger i prosjekt "dobbelt kompetanse psykologi"

- Vurdere å søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon gruppe II i fødselshjelp og kvinnesykdommer for fødeavdelingen i Sandnessjøen.

Avdelingen er godkjent som utdanningsavdeling siden 2006, men hadde ikke LiS-lege i 2011 (var inaktiv). Det har heller ikke vært tilsatt LiS-lege i 2012. Det er nå tilsatt LiS-lege og kontakt med Helsedirektoratet og Legeforeningen blir tatt for å få avdelingen registrert som aktiv utdanningsavdeling igjen.

4. Forskning og innovasjon

Helgelandssykehuset HF skal:

- Ta i bruk felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter som planlegges etablert¹¹.

Et felles forskningsadministrativt system har ennå ikke blitt etablert.

- Etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene, og rapportere i tråd med nye tidsfrister¹².

Det har ikke blitt etablert nye systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning. Det ble rapport i tråd med tidsfristene.

¹⁰ jf. vedlegg 4

¹¹ Felles nasjonalt prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF

¹² Jf. vedlegg 3

- Rapportere på alle styringsparametre innen forskning og innovasjon¹³.

Rapportering til Cristin og NIFU har blitt gjennomført i henhold til aktuelle prosedyrer og frister.

- Utarbeide rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning, og informasjon om retten til å reservere seg.

Slike rutiner har ikke blitt utarbeidet.

5. Opplæring av pasienter og pårørende

Helgelandssykehuset HF skal:

- Følge opp regional rapport for pasient- og pårørendeopplæring som slutføres første halvår 2012.

Regional rapport for pasient og pårørende opplæring ble styrebehandlet i 2012. I år skal denne rapporten innarbeides i strategi- og handlingsplaner. Det skal bla. etableres pasientopplæringsansvarlige for individuell og gruppebasert opplæring i hver klinikk/avdeling

6. Felles økonomiske og organisatoriske krav og rammebetingelser

6.1 Risikostyring og internkontroll

Helgelandssykehuset HF skal:

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

Risikostyring i henhold til Helse Nord's retningslinjer er en del av ledelsens gjennomgang av risikostyring i helseforetaket

- Ledelsen skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av foretakets interne styring og kontroll. Ledelsens vurderinger og beslutninger skal dokumenteres.

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet i henhold til Helse Nord's retningslinjer for risikostyring ble utført 27.03.2012 og forelagt styret i styresak 38/2012

- Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler.

Ikke utført i 2012, men Helse Nord IKT vil gi oss en oversikt over leverandører som i dag har en eller form for tilgang inn til våre interne IKT-systemer. Deretter vil vi etablere en Databehandleravtale med de leverandører vi i dag ikke har en slik avtale med. I denne forbindelse vil vi be databehandler oversende bedriftens "styringssystem for informasjonssikkerhet" for gjennomgang. For de brukere hos databehandler som skal ha tilgang, vil vi formalisere dette på vanlig måte (avtale om brukertilgang).

- Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.

Risikovurderinger inngår som en del av drøftings- og beslutningsgrunnlaget ved omstilling av virksomheten. Der er i 2012 laget nye retningslinjer "Omstilling og nedbemaning – veileder for ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og ansatte", der risikovurderinger av eventuelle tiltak er et sentralt punkt.

¹³ Jf. vedlegg 3

Risikovurdering av enkelttiltak inngår som en del av tiltaksarbeidet som ble påstartet i 2012 og fortsetter i 2013.

Helgelandssykehuset HF skal styrebehandle:

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

Styret ble i sak 38/2012 i styremøte 30.05.12 presentert ledelsens gjennomgang av styringsmål for 2012 og sikkerhetsrevisjon ift informasjonssikkerhet.

For øvrig er oversikt over internrevisjoner og rapporter fra pasientsikkerhetskampanjen en del av den månedlige resultat- og tiltaksrapport kvalitet som presenteres for styret.

6.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Helgelandssykehuset HF skal:

- Følge opp tilstandsanalysene som er gjennomført i 2011 med oppdaterte vedlikeholdsplaner for 2013-2016. Innen første halvår 2012, løpende følge opp pålagte utbedringer fra tilsynsmyndigheter og samordne vedlikeholdsplanene med investeringsplanene og inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg i en økonomisk langtidsplan.

Vedlikeholdsplaner foreligger for alle sykehusenhetene. Pålagte utbedringer er prioritert øverst i investeringsplanen for 2013. I 2012 er det brukt for lite på vedlikehold til å hindre økt vedlikeholdsetterslep. I budsjett 2013 er imidlertid dette tatt hensyn til.

Nye, sammenlignbare tilstandsanalyser vil bli utført i løpet av ett til to år.

- Registrere alle sykehusbygg etter klassifikasjonssystemet og i samarbeid med RHF bidra til etablering av en nasjonal database for registrering av sykehusbygg.

Klassifikasjonssystemet har inneholdt mange feil, og endelig veileder forelå ikke ved utgangen av 2012. Dette arbeidet har følgelig ikke vært prioritert i 2012, men vil bli det i 2013.

- Ferdigstille arbeidet med forvaltningsplaner i henhold til landsverneplanen for helsebygg slik at arbeidet med forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2 kan slutføres innen utgangen av 2012.

Arbeidet med forvaltningsplan er slutført.

- Samarbeide i Eiendomsforum om å:
 - utarbeide KPI-er¹⁴ for eiendomsdriften
 - utarbeide forslag til ulike husleiemodeller som synliggjør potensielle kostnadsreduksjoner

Helgelandssykehuset har deltatt, og deltar aktivt i Eiendomsforum.

- Implementere "Mulighetsstudien" fra prosjekt til drift.

Mulighetsstudien avdekket ingen større potensielle besparelser for Helgelandssykehuset, ut over ENØK-området, som er omtalt i et annet punkt.

- Rapportere fremdrift og kostnadsoppfølging i store pågående byggeprosjekter tertialvis.

Ingen store pågående byggeprosjekter i foretaket.

¹⁴ Key Performance Indicators; også kalt styringsparametre, styringsvariabler og resultatindikatorer.

6.3 Innkjøp

Helgelandssykehuset HF skal:

- Ha tydelig ledelsesforankring av innkjøpsaktiviteten og sørge for at overordnede målsettinger uttrykkes gjennom foretakets innkjøpsstrategier, samordnet mot Helse Nord RHF's felles innkjøpsstrategi.

Helgelandssykehuset har ingen egen overordnede målsetning eller innkjøpsstrategi men følger de felles retningslinjene og strategi fra Helse Nord RHF.

- Følge opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser i samarbeid med de andre HF-ene og RHF gjennom Innkjøpsforum.

Gjennom deltakelse i Innkjøpsforum hvor samarbeid mellom HFene ivaretaes.

6.4 Gaver, stiftelser, legater og fond

Helgelandssykehuset HF skal:

- Rapportere status på helseforetakets forhold til stiftelser og legater, herunder om revisjonsrutiner er etablert, innen 01.05.2012.

Konsernbestemmelser for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond følges.

6.5 Klima- og miljøtiltak

Helgelandssykehuset HF skal:

- Påbegynne arbeidet med å utforme klima- og miljøstyring, kartlegge foretakets miljøpåvirkning og utarbeide miljømål, samt legge til rette for miljøsertifisering i samarbeid med det felles nasjonale prosjektet og gjennom regionalt miljønettverk.

Helgelandssykehuset har rollen som pilotsykehus for Helse Nord i det nasjonale prosjektet som skal sertifisere alle helseforetak etter ISO14001 normen.

Målet er at Helgelandssykehuset skal være klar til PRE-sertifisering i oktober 2013, med påfølgende sertifisering etter maks 6 mnd.

Sykehuset har etablert et prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe.

Det er foretatt en første kartlegging av miljøaspektene

Det er påbegynt arbeidet med utarbeidelse av prosedyrer, miljøpolicy, mål og handlingsplaner. Dette arbeidet er ikke ferdig.

Det er innført noen endringer på avfallshåndteringssiden

Det er pr januar 2013 behov for en revitalisering og fornying av prosjektet, noe som vil bli foretatt innen februar 2013.

Helgelandssykehuset deltar i den nasjonale pilotgruppen, samt i det regionale nettverket som er etablert i Helse Nord.

- Iverksette de tiltakene som gjenstår i mulighetsstudien og spesielt legge en plan for gjennomføring av ENØK-tiltak basert på rapporter fra 2011, herunder legge til rette for energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming, samt dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger¹⁵.

ENØK-rapportene, utarbeidet av ÅF-consult, ble levert høsten 2012. Sterkt forsinket.

På grunnlag av rapportene er det laget en prioritert liste over tiltak. Disse tiltakene har fått tilsagn om tilskudd fra Enova.

Det arbeides nå med finansiering av tiltakene.

¹⁵ Se også sak E65-11 og E03-12 fra Eiendomsforum

6.6 Organisasjons- og lederutvikling og arbeidsgiverstrategi

Helgelandssykehuset HF skal:

- Avgi ressurs til og delta i prosjekt FIKS¹⁶. Delta aktivt i arbeidet rundt standardisering av pasientforløp i regionen innenfor rammene som legges i programmet.

Helgelandssykehuset HF har avgitt ressurser til alle delprosjekter i FIKS-programmet.

- MinGat¹⁷ skal i 2012 være tatt i bruk av alle ansatte i Helse Nord.

MinGat brukes av tilnærmet alle ansatte i foretaket.

6.6.1 Personal og kompetanse

Helgelandssykehuset HF skal:

- Gjennom forbedringsarbeid utvikle god og helhetlig bemanningsplanlegging som del av ressursstyring. Bemanningsplanlegging skal bygge på forløpsplanlegging.

- Gjennomført informasjonsopplegg på hver av enhetene for økt kvalitet i ferieplanlegging
- Gjennomført turnuskurs for ledere med helhetlig bemanningsplanlegging som ett av flere tema
- Arbeidsgruppe utarbeidet skisse for innføring av årsplanlegging av bemanning i forhold til aktivitet, ferie, permisjoner mv i legegruppen. Det jobbes nå med utarbeidelse av innhold i implementeringsplanen.

- Arbeide aktivt for å få ned antallet deltidsstillinger med minst 20 % i forhold til utgangspunktet pr. 01.01.2011¹⁸. Rapportere tiltak som er iverksatt jf. retningslinjer om rapporteringsformat i egen ekspedisjon.

Tiltakene er rapport i henhold til retningslinjene og etter nødvendige avklaringer med Helse Nord.

- Ha systematisk oversikt over medarbeidere i deltidsstillinger som ønsker høyere stillingsandel.

Liste med navn på arbeidstakere som ønsker høyere stilling er distribuert til aktuelle ledere i juni/juli 2012

- I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene utvikle egne prosjekter og gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger.

Partssammensatt arbeidsgruppe etablert i 2011 og avsluttet sitt arbeid vinter 2012. Tiltak ble drøftet og det ble søkt om midler fra NAV/VOX om støtte til prøveprosjekt om spesiell arbeidstidsordning med sikte på å oppnå redusert ufrivillig deltid.

- I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeide for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger.

- Ingen spesielle tiltak er iverksatt i forhold til permisjonspraksis
- Tiltak er iverksatt i forhold til fokusert behovsvurdering før kunngjøring av stillinger. Dette for å unngå økning i antall deltidsstillinger samt redusert deltid hos eksisterende ansatte.

6.6.2 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Helgelandssykehuset HF skal:

- Redusere antall brudd på vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven, gjennom opplæring av ledere på alle nivåer, opprydding i og korrekt bruk av arbeidsplansystemet GAT.

- Forbedret rutiner/skjematikk for å sikre at dispensasjoner ble registrert i GAT
- Informasjonsopplegg på alle tre enhetene for å sikre korrekt bruk av GAT. Temaet ble også tatt opp i forbindelse med turnuskurs våren 2012

¹⁶ Felles Innføring av Kliniske Systemer

¹⁷ Arbeidsplansystem i Helse Nord

¹⁸ Jf. krav gitt i Oppdragsdokument 2011 fra HOD

- Redusere sykefraværet med ett prosentpoeng i forhold til gjennomsnittet i perioden januar til oktober 2011.

- Kravet fra Helse Nord om å redusere sykefraværet med 13,3 % har vi ikke klart å oppnå selv om vi har jobbet med en rekke tiltak for å få dette til. Pr. november måned ser det ut til at vi ender opp med 7,4 % sykefravær, noe som tilsvarer en reduksjonen på beskjedne 1,3 %.
- Det vil derfor være behov for å finne nye tiltak i løpet av 2013

6.7 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Helgelandssykehuset HF skal:

- Innføre rapportering på ulykkesskader til NPR. Plan for innføring oversendes Helse Nord RHF innen 27. februar 2012.

- Helgelandssykehuset har rapportert på ulykkesskader for enhetene Mo i Rana og Sandnessjøen f.o.m. 1/1-2012.
- Mosjøen hadde planlagt rapporteringsstart fra 1/1-2013, men ble rapportert fra siste tertial 2012.

- Sikre at integrasjon mellom fødesystemet PARTUS og EPJ/PAS slutføres.

Integrasjonen/anskaffelsen satt på vent av Helse Nord RHF i påvente av avklaring av anskaffelsesprosess.

- Sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.

Rapporterte data gis vanligvis pr sykehusenhet, noe som identifiserer behandlingssted.

6.8 Økonomisk utvikling og resultatoppnåelse

I denne delen av rapporten ligger de punktene som vanligvis er knyttet til den månedlige rapporteringen. Hensikten med en egen rapportering på tertial på disse punktene er å få en litt grundigere analyse av den underliggende aktivitetsmessige, ressursmessige situasjonen og det økonomiske i foretaket. Dette betyr at det her er forventet at dere gjør en grundigere analyse av hva status er pr. i dag og hvordan utviklingen for resten av året kommer til å være. Engangseffekter som ikke har en varig påvirkning på den underliggende økonomiske driftsnivå og utvikling kommenteres.

6.8.1 Resultat

- Overordnet vurdering av relevante forholdene økonomiske utviklingen siste måned og hittil i år. Dette betyr at dersom det oppstår vesentlig avvik forklares dette.

Dersom det er resultatavvik:

1. Hvor er resultatavviket?
2. Hvorfor har det kommet?
3. Hva skal gjøres med det?

Økonomi. Resultatet for desember måned er positivt med 5,8 mill.kr. Det positive resultatet i desember kommer av godt måneds resultat ved sykehusene Mo i Rana og Mosjøen, i tillegg til at fellesområdet har ikke hatt så høye kostnader som forventet, spesielt på kostbare legemidler og gjestepasient rus.

Somatikken har et akkumulert underskudd pr. desember på 20,6 mill. kr., noe som er en forbedring fra forrige måned med 3,9 mill. kr. Resultatforbedringen kommer av ganske høy aktivitet, samtidig som kostnadene på varekjøp, lønn og andre driftskostnader har vært forholdsvis lave.

Psykisk helse har et akkumulert overskudd på 0,3 mill kr. Dette er en forbedring fra forrige måned på 0,2 mill. kr. og en forverring på 7,4 mill.kr. fra i fjor. Noe av årsaken til redusert overskudd fra i fjor skyldes delvis ansettelse i tidligere vakante stillinger, samt første året med helårs drift av rusenheten.

Fellesområdet har et akkumulert overskudd på 5,8 mill.kr som er en forbedring med 1,7 mill. kr. fra forrige måned. Forbedringen av resultatet kommer i hovedsak av at kostnadene ikke er blitt så høye som forventet på kostbare legemidler og gjestepasienter rus, samt en del andre driftskostnader.

Beregnet kostnad på lønnsoppgjøret for 2012 ble ca 2 mill.kr høyere enn avsatte midler.

Aktiviteten i 2012 har vært høyere enn både plantall og nivå for 2011. Selv om samhandlingsreformen har redusert utklare døgn betraktelig i foretaket i 2012 øker aktivitet for heldøgn og poliklinikk. Arbeidet med å få ned høyt sykehusforbruk på Helgeland fortsetter i 2013. Både ved å overføre kontrollaktivitet til primærhelsetjenesten, hente hjem kontroller fra UNN og NLSH, og se på aktivitetsreduksjon der forbruket er høyest.

Personellutviklingen for desember er litt lavere enn forrige måned og tilsvarende periode i fjor. Sammenlignet med 2011 ligger det gjennomsnittlige personellforbruket for 2012, 28 månedsverk høyere.

6.8.2 Funksjonsregnskap

- Kommenter om veksten kommer på de ønskede områdene. Utviklingen siste måned og hittil i år kommenteres. Vekst innenfor de forskjellige funksjonene. Hva innebærer det at det er vekst innenfor de forskjellige funksjonene?

Utviklingen her sees i sammenheng med aktivitetsutviklingen.

Funksjonsregnskapet er ikke endelig ferdig for 2012. Hovedtrekken er:

- Prehospitaltjenester er det en stor økning av på ambulansområdet og en liten økning på pasienttransport i forhold til i fjor. Økningen i ambulanskostnadene skyldes mye høyere kostnader med nye båter.
- Funksjonskostnadene på psykisk helse har et økt forbruk i forhold til i fjor, men et underforbruk budsjett og plan. Dette gjelder både VOP og BUP og er i samsvar med økt satsning på psykisk helse.
- Rusomsorg har også en økning i forhold til i fjor, noe som er resultat av første år med full hel års drift av rusenheten.
- Funksjonskostnadene for Somatikk er også over budsjett og økt i forhold til i fjor.

6.8.3 Driftsinntekter

- En vurdering av relevante forhold på inntektsiden i forhold til budsjett siste måned og hittil i år. Dersom det ikke er vesentlige avvik trengs det ingen forklaring utover at det ikke er vesentlige avvik. Også her kommenteres engangseffekter som ikke gir varig effekt på inntekts- og resultatmålingen.

- **Inntektsavviket** for foretaket er positivt denne mnd og litt over budsjett hittil i år. Det negative inntektsavviket er som tidligere måneder på utskrivningsklare pasienter. Eliminering av internhandel er ennå ikke foretatt, så driftsinntektene er ca 1,2 mill.kr. for høye.
- ISF-inntektene for 2012 er 8,4 mill høyere enn budsjett. Dette skyldes i hovedsak isf-avregning fra 2011 på 4,3 mill.kr og høye inntekter på kostbare legemidler.

6.8.4 Driftskostnader

- En vurdering av kostnadsutviklingen siste måned og hittil i år. Vesentlige avvik kommenteres og analyseres. Også her kommenteres engangseffekter som ikke gir varig effekt på inntekts- og resultatmålingen. Dette være seg besparelser eller merkostnader.

- **Kostnadsavviket** er så vidt negativt denne måneden, men negativt akkumulert hittil i år med 27 mill.kr.
- For desember er det høye kostnader innen kjøp av helsetjenester og varekostnader knyttet til aktivitet.
- Høye kostnader innen kjøp av private helsetjenester skyldes store kostnader fra private sykehus fra andre regioner innen kurdøgn og annen somatiske helsetjenester. Dette er kostnader som har

hatt stor økning fra i 2011. Disse blir fakturert igjennom Helse Nord, og blir fakturert ut i januar og gjelder hele 2013.

- Varekostnadene er stor i desember og skyldes høye kostnader på kostbare legemidler. Dette har det vært avsatt for i tidligere måneder etter prognose, men da under andre driftskostnader. Dette gir også utslag på noe lavere, andre driftskostnader.
- Det store avviket på avskrivninger skyldes at budsjetttilpassningsproblemet var lagt på dette kostnadsområdet.
- I tillegg er andre driftskostnader lave, noe som delvis skyldes lavt forbruk på sykehusenhetene, samtidig som budsjettet har vært periodisert med høye kostnader i desember.

6.8.5 Finansposter

- Kommenteres kort. Det legges ikke vekt på dette med mindre det har en vesentlig effekt på resultatet. Vesentlige avvik kommenteres og analyseres.

Pga lav rente og stabilt bruk av kassekreditt ingen vesentlige endringer i finansposter.

6.8.6 Gjennomføring av tiltak

- Status på gjennomføring av tiltak kommenteres. Fokus på endringer i utviklingen og evt. nye tiltak. Det legges vekt på vurdering av risiko. Spesielt på prognosen.

Tiltak for 2012 har ikke lyktes få planlagt effekt. Nye tiltak for 2013:

Tiltaksarbeid som har hovedfokus på prosjektet årsverksreduksjon som foregår på 6 ulike fokusområder. Nærmere tiltaksoppfølging blir foretatt senere når nye tiltak er satt i drift.

Fokusområdene er:

- Rammer, aktivitetsnivå, tilpasse pasienttilbud
- "Benchmark" avdelinger på tvers av enheter
- Legehjemler, tjenesteplaner og fraværplanlegging
- Ambulanse- og Pasienttransport
- Organisering av stab og støttefunksjoner
- Ferieplanlegging 2013

6.8.7 Likviditet og investeringer

- Vurdering av likviditetsutviklingen hittil i år og i forhold til prognose. Kommenter gjennomførte investeringer i forhold til budsjett pr. prosjekt. Vurder investeringsnivået for resten av året i forhold til ramme. Benyttes hele rammen?

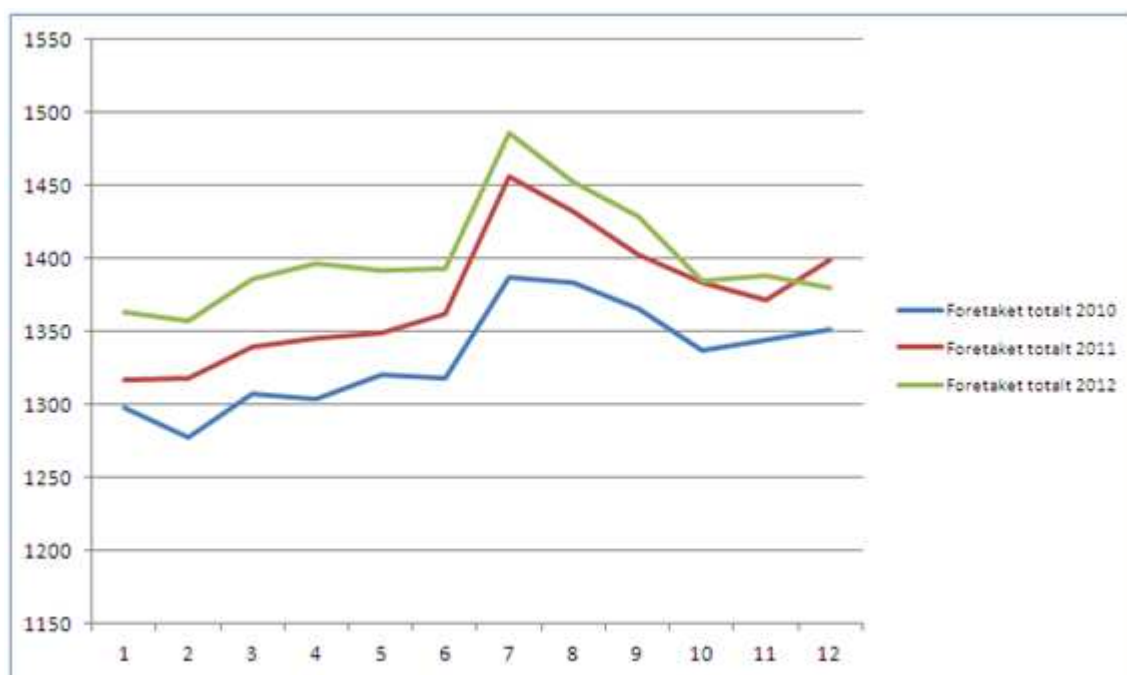
- **Likviditeten** er bedre enn budsjett og tilfredsstillende. Reduksjon av likviditeten i de siste månedene skyldes utbetaling av store investeringer og betaling av pensjonspremie. Ved utgangen av desember var det brukt 102 mill.kr. Forbrukt trekkramme pr 31.12.11 var 102 mill.kr. Trekkrammen er på 200 mill.kr etter en reduksjon av trekkrammen i desember 2011.

Investeringer: for 2012 er i hovedsak forbrukt og resterende er disponert og vil bli forbrukt kostnadsført først i 2013.

Investeringer 2002-2012	Ramme 02-11 overført 12	Ramme 12	Justering Ramme 12	sep	okt	nov	des	Investert hittil 12	Ubrukt ramme	Forbruk av ramme
Mo i Rana	5 798						260	2 305	3 493	40 %
Mosjøen	471							547	-76	116 %
Sandnessjøen	2 944			681				3 759	-815	128 %
Felles	2 305	7 400	-1 677						8 028	0 %
EK KLP	-186	3 000	599					3 413	0	121 %
SUM øvrig ramme	11 332	10 400	-1 078	681	0	260	1 008	10 024	10 630	46 %
Prosjekter:								0	0	
Rusenhet (28 mill)	1 062							92	970	9 %
MR 2011 MIR	1 964	13 000		250	12 630	138		14 099	865	94 %
MR 2011 SSJ	14 527	7 500		371	15 500	403	1 944	22 033	-6	100 %
CT- MSJ	6 496				108			5 583	913	86 %
Ambulanser	120	2 500						2 533	87	97 %
Sammenslåing FAM/intensiv msj. (p. 20022)	-552							-56	-496	10 %
Ombygging msj 2009 - 2011, fase 2 (p. 20040)	4 150	3 000		187	16	11	125	5 824	1 326	81 %
Sprinkling FAM/intensiv msj.	-95		95					0	0	0 %
Behandlingshjelpemidler (500)	1							0	1	0 %
Omstillingsmidler akuttmottak								0	0	#DIV/0!
Brannsikring SSJ	-181	3 500			118		6	3 659	-340	110 %
Helikopterlandingsplass (800)	-839		839					0	0	0 %
Ombygging kjøkken MIR	-276	2 500		207	31			3 609	-1 385	162 %
Felles inntakssenter MIR	-144		144					0	0	0 %
Diagnostikk-pasienttransport-Ultralyd	200							0	200	0 %
SUM total	37 765	42 400	0	1 696	28 403	812	3 083	67 400	12 765	84 %

7. Personal

7.1 Bemanning



I 2012 landet foretaket på et gjennomsnittsforkbruk pr mnd på 1401 månedsverk. I 2011 var tilsvarende tall 1373 månedsverk.

De største endringene sammenlignet med 2011 har vært innenfor ambulansen og innenfor medisinsk og psykiatrisk område på Mo i Rana.

Ambulanseområdet har en økning i forhold til samme periode i 2011 på 9,3 årsverk. Utenom økninger knyttet til drift og variabel lønn er de viktigste endringene:

- Ny ambulansesebåt Rødøy fra april 2012 – 3 stillinger
- Ny ambulansesebåt Vega fra april 2012 – 3 stillinger
- Prosjektstilling i forb.m. ambulansesebåtene – 0,4 stilling
- Lærlinger tatt inn fra januar 2012, som er tidligere enn i 2011 – ca 2 stillinger
- Andreårs lærlinger i produksjon i 2011 – utslag i 2012 er ca 2 stillinger

Fra april 2011 ble ny ruseenhet opprettet som utvidet pasienttilbud i Mo i Rana. Dette betød en økning fra ca 4 til vel 20 årsverk. Det gir seg utslag i en økning på ca 7 månedsverk i 2012 sammenlignet med 2011. I tillegg kommer økning innenfor psykiatrisk døgnavdeling Mo i Rana på nesten 3 månedsverk.

På medisinsk avdeling Mo i Rana er det en økning på ca 6 månedsverk. Utenom svangerskapspermisjoner med tilhørende vikarer og intern utprøving har det blitt opprettet to 100 % prosjektstillinger (ortopediprojekt) i perioden august 2011 til og med august 2012, samt utvidet pasienttilbud gjennom en nyopprettet 100 % palliasjonsstilling 1. juni 2011.

Årsverksreduksjon

Det har gjennom hele året vært fokus for foretaket å avdekke og iverksette tiltak for å redusere forbruket i tråd med målsettingen. Fra og med april ser vi en utflating som viser noen frukter av dette arbeidet, og for høsten 2012 ser vi at forbruket følger grafer fra tidligere år uten å fortsette veksten. En viktig bidragsyter til dette er at Ressursbanken på Mo i Rana er avvirket. De ansatte der er nå inne i andre avdelinger på vanlig drift, noe som har en positiv effekt på totalforbruket.

Det er også ferdigstilt et prosjekt med fokus på å redusere årsverksforbruket videre inn i 2013. Tiltakene fra dette prosjektet er behandlet og vedtatt i styret 18. desember 2012. Implementering av tiltakene vil skje umiddelbart fra årsskiftet.

Prosjektet har i tiltaksplanen følgende fokusområder

- Gjennomgang av total pasientaktivitet for å tilpasse aktivitet til rammene
- Ferieavvikling for 2013
- Sterkere styring av reisevirksomhet
- Bygg og tekniske fag
- Effektivisering av stab- og støttefunksjoner
- Gjennomgang av ambulanseområdet og pasientreiser

7.1.1 Faste stillinger og deltid

- Siste tilgjengelige data kommenteres. Det beskrives kort hvilke konkrete tiltak som gjøres for å redusere andel deltid og øke gjennomsnittlig stillingsprosent.

Pr desember 2012 har Helgelandssykehuset følgende fordeling på personer i ulike stillingsstørrelser (intervall):

Antall ansatte i 100 % stilling	835
Antall ansatte i 90 – 99,9 % stilling	31
Antall ansatte i 80 – 89,9 % stilling	119
Antall ansatte i 70 – 79,9 % stilling	139
Antall ansatte i 60 – 69,9 % stilling	71
Antall ansatte i 50 – 59,9 % stilling	158
Antall ansatte i 40 – 49,9 % stilling	34
Antall ansatte i 30 – 39,9 % stilling	38
Antall ansatte i 20 – 29,9 % stilling	42
Antall ansatte i 10 – 19,9 % stilling	16
Antall ansatte i 0,1 – 9,9 % stilling	3

avklaringer med Helse Nord.

- Liste med navn på arbeidstakere som ønsker høyere stilling er distribuert til aktuelle ledere i juni/juli 2012.
- Partssammensatt arbeidsgruppe etablert i 2011 og avsluttet sitt arbeid vinter 2012. Tiltak ble drøftet og det ble søkt om midler fra NAV/VOX om støtte til prøveprosjekt om spesiell arbeidstidsordning med sikte på å oppnå redusert ufrivillig deltid.

- Tiltakene er rapportert i henhold til retningslinjene og etter nødvendige

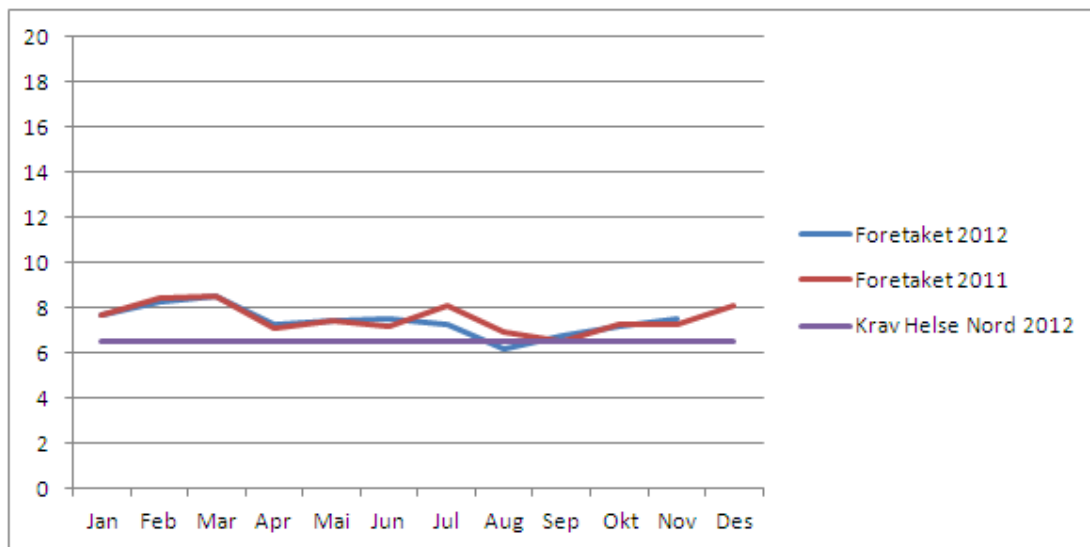
- Ingen spesielle tiltak er iverksatt i forhold til permisjonspraksis
- Tiltak er iverksatt i forhold til fokusert behovsvurdering før kunngjøring av stillinger.

7.2 Sykefravær

- Siste tilgjengelige data kommenteres. Det skrives kort om de tiltak som gjøres for oppfølging av sykefravær.

Sykefraværet for november 2012 var 7,5 %, og foretaket har et gjennomsnitt pr t.o.m. november 2012 på 7,4 %. Tall for tilsvarende periode i 2011 var 7,5 %.

Kravet fra Helse Nord for 2012 er en nedgang fra gjennomsnittet av fjorårets første 10 måneder tilsvarende 1 prosentpoeng – for 2012 vil det si et målkrav på 6,5 %. Målet betydde en reduksjon på 13,3 % og vi oppnådde 1,3 %. Dette er selvsagt ikke godt nok. Selv om vi ligger relativt godt an sammenlignet med øvrige sykehusforetak i regionen vil det være nødvendig å vurdere nye tiltak i 2013.



Det jobbes kontinuerlig med sykefraværet for å nå kravet fra Helse Nord, blant annet gjennom følgende tiltak:

- Fokusert oppfølging av de avdelingene som har relativt høyt sykefravær
- Styrket oppfølging og samarbeid med NAV arbeidslivssenter, både på foretaksnivå og på sykehusenhetene
- Fokusert oppfølging fra BHT ved at de nå deltar i alle dialogmøter med sykemeldte arbeidstakere
- Styrke kompetansen hos ledere for å tilrettelegge for gravide arbeidstakere.
- Opplæring av avdelingsledere for å bedre forebygging av sykefravær i avdelingen, samt oppfølgingen av sykemeldte arbeidstakere.

7.3 Lederoppfølging

- Redegjør for hvordan det arbeides for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretakgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og suksessjons-planlegging ivaretas.

	Antall avsluttet vår 2012	Antall avsluttet høst 2012
Nasjonalt topplederprogram	1	2
Master i helseledelse	3	

- Revidert rekrutteringsprosedyre implementert med sikte på å oppnå forbedret kvalitet i rekrutteringsprosessene.
- I rekrutteringsprosesser er det et stående tilbud til alle ledere om bistand fra foretakets rekrutteringsrådgiver.
- Vi har rekruttert 9 ledere – alle internt rekruttert.
- Vi deltar i regional arbeidsgruppe for å utarbeide rammeverk for lederutvikling i regionen.
- Foretaket har hatt 1 deltaker på utviklingsprogrammet "Frist meg inn i ledelse"