

Årlig melding 2018

Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NORGGÁ UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Innhold

1	Innledning.....	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	
	4	
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3.2	Somatikk.....	7
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
3.4	Samhandling med kommuner.....	11
3.5	Samhandling med leverandører av private helsetjenester.....	12
3.6	Kvalitetsutvikling.....	13
3.7	Pasientsikkerhet.....	16
3.8	Smittevern.....	16
3.9	Forskning og innovasjon.....	20
4	Øvrige områder.....	21
4.1	Klima- og miljøtiltak.....	21
4.2	Personvern og informasjonssikkerhet	22
4.3	Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	23
4.4	Beredskap	23
5	Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....	26
6	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	26
6.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	27
6.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	29
6.3	Utdanning av legespesialister	32
6.4	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	32
7	Innfri økonomiske mål i perioden.....	33
7.1	Resultatkrav	33
7.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	34
7.3	Anskaffelsesområdet.....	36
8	Risikostyring og internkontroll.....	38

1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

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

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	Administrativt utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 Styrebehandlet Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 6. februar 2019. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

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

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

Gjennomsnittlig ventetid er redusert sammenliknet med 2017, ventetiden reduseres fra 55 dager i 2017 til 51 dager for 2018.

2. Ikke ha fristbrudd.

Det sto 11 fristbrudd på ventelisten pr 31/12-2018. Sykehusene har tiltaksplaner for fristbrudd, det jobbes også aktivt for å unngå nye fristbrudd.

3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017¹.

Foretaket har ikke kommet i gang med tiltak for å redusere median tid til tjenestestart. Foretaket deltar i regionalt prosjekt «variasjonsteam».

4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Rapporten fra RHF'et er publisert på foretakets dashboard i HN-LIS. I 2018 har foretaket overholdt i snitt ca 88% av planlagte kontakter. Ingen endring fra 2017.

5. Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).²

¹ Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

2018	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Ventetid	52	39	47	29
Funksjonsregnskapet**	3 %	12 %	5 %	9 %
Aktivitet poliklinikk***	4,6 %	-5,1 %	-2,4 %	10,9 %
** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon				
*** Sammenlignet med i fjor				

I 2017 var deler av aktiviteten for PHV og TSB registrert under PHV, slik at det meste av endringen er av datatekniske årsaker. Helgelandssykehuset er sårbare for endringer poliklinikkene, og fravær i enkeltstillinger utgjør synlige endringer i aktiviteten og oppfølging av plantall. I 2018 har området psykisk helse/TSB vært viet økt oppmerksomhet gjennom 3 styresaker høsten 2018 der tema har vært akuttilbud, rekruttering, samarbeid med primærhelsertjensten, samt endret organisering. I 2019 fortsetter dette arbeidet med egen prosjektleder, og ved siden av styrking av akuttilbudet med iverksatt vaktordning, blir det opprettet stilling som egen enhetsdirektør for psykisk helse/TSB og området blir organisert som en gjennomgående enhet.

6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.

Informasjon om nye/endringer i LIS-avtaler distribueres jevnlig i linjen. Byttegrad for biotilsvarende på innhospital behandling er god. Utfordringer knyttet til byttegrad på pasientadministrert behandling. Prosjekt oppfølging av forbruk av legemidler (kostbare legemidler og antibiotika) planlegges opprettet.

7. Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.

Forskrift og veileder er gjennomgått med ledere og fagmiljø. Opplæring er delvis gitt i form av klasseromsundervisning og utarbeidelse av opplærings-/informasjonsmateriell. Registrering av kontaktlege i pasientadministrativt system utføres ikke rutinemessig ved alle enhetene i Helgelandssykehuset. Av årsaker for at målet ikke er nådd bør det nevnes at prosedyren oppleves som tungvindt, og i praksis følges pasienter med kroniske lidelser opp av det samme helsepersonellet. Innføringen har vært vanskelig å prioritere høyt nok.

8. Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.

Helgelandssykehuset har ikke utviklet rutiner vedr. overføring fra barn til voksenorienterte tjenester, foruten innen området psykisk helse (BUP). I tråd med krav i oppdragsdokument 2019 blir arbeid med rutiner iverksatt i 2019.

9. Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.

HR utarbeider årlig foretakets kompetanseplan i samarbeid med ledere og tillitsvalgte.

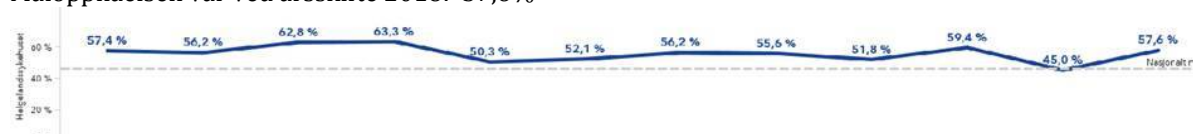
Det er ikke kommet inn behov for denne kompetansehevingen, men foretaket vil legge til rette for kompetanseheving i språk og kulturforståelse ved alle enheter i samarbeide med SANKS. Dette planlegges gjennomført i 2019.

10. Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nords ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.

Helgelandssykehuset har inngått en samarbeidsavtale med SANKS. I etterkant av kompetanseheving i språk og kulturforståelse vil det være naturlig å vurdere hvilke ytterligere tiltak som skal iverksettes i foretaket for å bygge opp under ansvaret for å sikre likeverdige spesialisthelsetjenestetilbud til den samiske befolkning i vårt område.

11. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.

Måloppnåelsen var ved årsskifte 2018: 57,6%



12. Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikken).

Helgelandssykehuset har representasjon i planleggingen av DIPS Arena og vil starte etablering av mottaksapparat/lokal prosjektorganisasjon tidlig 2019 som er i henhold til FRESK planlegging. For elektronisk kurve er innføringen forsinket og mottaksapparat er ikke planlagt. Helgelandssykehuset har kontaktet prosjektleder og vil fra 2019 ha en representant i planlegging av «en kurve i nord».

13. Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.

Omstilling av virksomheten er gjennomført i samråd med HN. Utarbeidet egen plan for drift og bruk av personell.

14. Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

Det er lagt til rette for digital kommunikasjon via nettsidene til Helgelandssykehuset. Pasienter kan logge inn på Min Helse, se journalen sin via nettsidene. SMS-varsling til pasienter implementert 2017 og full drift i 2018 med Helgelandssykehuset som pilot. Tjenesten videreutvikles i regi av Helse Nord IKT for flertrinns-varsling i løpet av 2019. Det arbeides også med løsning for SMS-varsling for røntgentimer/pasienter. Automatisk inn- og utsjekk implementert i 2018 i alle enheter.

15. Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.

Når nye IKT- løsninger fases inn hos oss er dette som oftest løsninger som er regionalt forankret og besluttet. Vi forutsetter da at løsningene er ihht de standarder Helse Nord ønsker å følge ved en slik implementering. Lokale løsninger er mer i kategorien integrasjon av div utstyr på lab, røntgen, intensiv, operasjon m.m. Her kvalitetssikrer vi leveransene opp mot de krav Helse Nord IKT har til ulike

implementasjoner og integrasjon av IKT-løsninger/utstyr.

16. Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende.

Dette har vært tema på foretakssamling for barneansvarlige. E-læringskurs er tilgjengelig i Campus. Det er ikke tatt stilling til om dette skal inngå i kompetansemodulet for alle ansatte.

3.2 Somatikk

Krav for 2018

1. Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.

Helgelandssykehuset har innført nasjonale retningslinjer for pakkeforløp hjerneslag.

2. Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Helgelandssykehuset enheten i Mo i Rana 15%
Helgelandssykehuset enheten i Sandessjøen 18%
Helgelandssykehuset enheten i Mosjøen 11%

Helgelandssykehuset HF: 15%

Det er relativt små tall for pasienter som har fått trombolysbehandling dette kan gi stor prosentvis utslag. Sikring av registrering og rutiner for korrekt gjennomføring av behandling vil ha fokus i 2019. Arbeidet vil inngå som en del av arbeidet strategisk utviklingsplan for den faglige virksomheten. Dette iverksettes i 2019.

3. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Helgelandssykehuset enheten i Mo i Rana 83%
Helgelandssykehuset enheten i Sandessjøen 43%
Helgelandssykehuset enheten i Mosjøen 25%

Helgelandssykehuset HF: 47%

Det er relativt små tall for pasienter som har fått trombolysbehandling dette kan gi stor prosentvis utslag. Sikring av registrering og rutiner for korrekt gjennomføring av behandling vil ha fokus i 2019.

4. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Per 23.1 2019 har 40 % av dialysepasientene Helgelandssykehuset hjemmedialyse. En pasient er startet med hemodialyse hjemme, og øvingsmaskin anskaffes med tanke på at flere pasienter kan være aktuelle for slik behandling hjemme.

5. Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.

Oppnår nasjonalt mål. Helgelandssykehuset har i 2018; 85% av kreftpasientene i pakkeforløp.

6. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

Oppnår ikke nasjonalt mål. Helgelandssykehuset har i 2018; 59% av forløpene innenfor standard

forløpstid. I noen av pasientforløpene skyldes manglelukkede måloppnåelse ventetid i samarbeidende helseforetak. Resultatet følges opp i 2019 med gjennomgang av pasientforløpene og fokus på identifisering og tiltak ift. flaskehalsene internt og eksternt.

7. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

Helgelandssykehuset ligger like under landsgjennomsnittet for poliklinisk kontakt og innleggelse for pasienter med diagnose KOLS.

8. Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.

I Helgelandssykehuset er 90 % av pasienter med hoftebrudd operert innen 24 timer (100 % innen 48 timer), landsgjennomsnitt 59,3 %. I 2018 har ortopeder og fastleger på Helgeland hatt fagmøter. Målet med møtene har vært gjensidig kunnskapsoverføring og bedre samarbeid for å tilby pasienten behandling på riktig nivå. Det er startet et internt arbeid for å kartlegge effektiviteten på operasjonsstuene i HSYK.

9. Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.

Helgelandssykehuset planlegger en felles fagsamling der det kliniske miljøet på alle tre sykehusene møtes. Et av temaene som skal på dagsorden er hvordan sykehuset skal forberede seg for innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft.

10. Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.

Helsepersonell fra Helgelandssykehuset har deltatt på NOROD (Norsk ressursgruppe for organdonasjon) sine seminar om organdonasjon og transplantasjon for sykehusene i Helse Nord.

11. Kartlegge om laboratorierekvisisjonene inkluderer den kliniske informasjon som er nødvendig for å vurdere om prøvene skal analyseres og for å tolke analysene. Det skal også foreslås tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Frist for rapportering 15. april.

DIPS lab har en rapport som heter lab rekvisisjon. Legen bestiller analysene i dette systemet og legger samtidig inn relevante kliniske opplysninger. Denne funksjonaliteten er under implementering nå.

12. Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akutt sykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017.

Nasjonalt Traumeplan er implementert i Helgelandssykehuset. Utkallingskriterier, kompetanse hos helsepersonellet og utstyr har standard jf. krav i Nasjonal traumeplan. Årlig sjekk/rapportering til traumekoordinator i Helse Nord på at kvalitetskrav innfris.

13. Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som:
- traumer

- alvorlig syke barn
- andre alvorlig syke pasienter
- syke nyfødte
-

Det er etablert egne team for alle gruppene som omtales. Her ligger utkallingskriterier og rolledefinisjoner. Alle team øver regelmessig. En øvelse pr mnd. Utarbeidet foldere for hvert team med informasjon. Bruk av egen dokumentasjon.

14. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.

Håndtering av pasienter med akutt koronarsyndrom er et felles regionalt ansvar. Gjennom det arbeidet Helgelandssykehuset har gjort, sammen med UNN og de øvrige HF i Nord-Norge, oppfyller vi nå denne kvalitetsindikatoren for 60 % av pasientene. Det har vært en vesentlig bedring de siste åra, i 2013 var andelen 34 %. Årsaken til forbedringen er bedre interne rutiner, raskere diagnostikk, bedre kommunikasjonsrutiner og bedre kapasitet ved UNN. Årsakene til at vi ennå ikke er på 80 % er delvis noe uenighet om hvor raskt pasientene skal overflyttes, delvis dårlig vær og delvis manglende luftambulanskapasitet. Følger nasjonale og regionale retningslinjer for behandling av hjerteinfarkt, NSTEMI, og tilstreber å få overflyttet pasientene til UNN innen 72 timer så langt det lar seg gjøre ift vær og flykapasitet

15. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolysed ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).

Re trening / kurs i trombolysedbehandling for ambulanspersonell er gjennomført. Antall trombolysedbehandlinger utført av ambulansetjenesten er økt i 2018 sammenlignet med samme periode 2017. Arbeidet fortsetter i 2019 som en del av sterkt fokus på prehospitaltjenester.

16. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolysed innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.³

Data hentet fra Norsk hjerteinfarktregister. Data for 2018 er ikke kvalitetssikret.
Helgelandssykehuset enhet Mo i Rana 87 %
Helgelandssykehuset enhet Sandessjøen 85 %
Helgelandssykehuset enhet Mosjøen 85 %

17. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt.

Helgelandssykehuset har gjennomført LMS kurs for pasienter med sykkelig overvekt i 2018 ved sykehusenhetene i Sandessjøen. Tilbudet har i hovedsak vært gitt til pasienter i lokalsykehusområdet til Sandessjøen og Mosjøen. Det har vært arrangert 4 kurs. Det var planlagt kurs til pasienter tilhørende lokalsykehusområdet i Rana 22.1.2019. Kurset ble dessverre avlyst pga sykdom. Dert jobbes med å finne ny kursleder og planlegge ny kursdato.

³ Kilde hjerteinfarktregisteret

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding
Helgelandssykehuset har ikke pasienter innlagt på tvang i egne avdelinger. I Nordlandssykehuset er det registrert 51 postopphold på tvang for pasienter med bostedsadresse på Helgeland, 8 færre enn i 2017. Dette kan være en naturlig variasjon.

2. Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.

Det er ikke registrert tvangsmiddelvedtak i 2018.

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

Det jobbes med fokus på å forebygge drop out helt fra pasientene tildeles plass i rusavdelingen. Sosialkonsulent har dialog med pasientene før de ankommer avdelingen, og under oppholdet er pasienten inkludert og involvert i planleggingen av behandlingen og evt justeringer. Avslutningstype registreres.

4. Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

Helgelandssykehuset er godt i gang med implementeringsarbeidet og klare til å håndtere pakkeforløpene fra 01.01.19. Det er imidlertid et problem at den tekniske løsningen ikke er på plass. Rutiner er endret for å imøtekomme kravene i pakkeforløpene. Det har vært gjennomført møter med de fleste kommunene. Tilsetting i 4,5 stillinger som forløpskoordinatorer er i gang.

5. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.

Avdelingene er forberedte på å registrere utskrivningsklare pasienter. Tjenesteavtalene mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland ble reviderte i 2018. Det har i tillegg vært eget samarbeidsmøte med Rana Kommune med fokus på tjenesteavtalene. Våren 2018 var begge døgnavdelingene våre med på workshop vedrørende PLO meldinger På denne workshopen deltok flere kommuner på Helgeland. Det er ikke inngått konkrete samarbeidsrutiner med kommunene.

6. Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.

Ikke jobbet særskilt med dette, utover faste og relativt hyppige møter med samarbeidspartnere i kommunen både på system- og individnivå. Det har ikke vært jobbet med utvikling av modeller for for utredning av barn i barnevernet. Det har ikke vært særskilt fokus på samiske barns språklige og

kulturelle bakgrunn.

7. Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte, og etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kriminalomsorgen.

Det er etablert samarbeidsavtale med Mosjøen fengsel i samarbeid med Vefsn kommune. Denne har fungert i flere år.

8. Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.

Arbeidet er påbegynt, og vil også drøftes i foretaket slik at faren for variasjon reduseres. Senter for samhandling legger til rette for treffpunkt med kommunene, og ivaretar samarbeidsavtaler. I tillegg er det godt samarbeid med Autismeteamet ved Nordlandssykehuset.

9. Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.

I 2018 var det et samarbeidsprosjekt i mellom Habilitering og PHV i fht deltakelse på et nyoppstartet nasjonalt nettverk utredning og behandling av psykiske lidelser hos personer med Asperger syndrom i regi av Nevsom. Det ble også etablert en arbeidsgruppe bestående av spesialister ved VOP, Døgnavd for voksne, fagkonsulent ved Habilitering og kvalitetsrådgiver ved HSYK. Dette samarbeidet resulterte i samarbeidsprosedyrer mellom ulike avdelinger i fht å få til en mer helhetlig behandling for personer med utviklingsforstyrrelser og samtidige psykiske lidelser. Dette arbeidet er ønskelig å videreføre i 2019. Ansatte i VOP'ene er invitert til å delta på regionale fagsamlinger sammen med Habilitering.

10. Tilby oppfølging med formål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet som et ledd i behandlingen. Oppfølgingen bør gjennomføres i samarbeid med brukeren selv, kommunene og NAV.

IPS er etablert / under etablering i alle deler av Helgelandssykehuset, og det vil være rundt 10 jobbspesialister tilsatt. HelseiArbeid er etablert i regi av Fysikalsk medisin og rehabilitering.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

Helgelandssykehuset

1. Etablere vaktordning som sikrer akutttilbud gjennom døgnet i DPS. Samarbeide med Nordlandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

Det har vært etablert prosjekt for etablering av vaktberedskap hvor også Nordlandssykehuset har involvert. Det planlegges vaktordning med leger og evt. psykologer i forvakt, og legespesialister i bakvakt. Samtidig planlegges også kompetansehevning for primærlegene. Vaktordningen planlegges å være på plass første halvår 2019, men er også avhengig av dialog/avtaler med de ansattes organisasjoner.

3.4 Samhandling med kommuner

Krav for 2018

Årlig melding 2018

1. Etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere i samarbeid med kommunene, jf. akuttmedisinforskriften § 5.

Det er etablert samarbeid med Norsk Luftambulansse for opplæring av akutthjelpere og re trening av allerede eksisterende akutte team i kommunene på Helgeland. Kommuner vil bli tilbydd kurs / re trening i 2019.

2. Etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene.

Det er endret møtestruktur mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. Det skal etableres fastlegeråd og saken ligger til behandling i OSO og i kommunelegeforum på Helgeland. Det forventes at fastlegeråd etableres 1. våren 2019.

Et stort samarbeidsprosjekt med kommunenes helsertjeneste er planlegging av distriktmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund, der helseforetaket skal leie nybygde og ombygde lokaler av Brønnøy kommune. DMS skal innholde fortsatt drift av fødestue og dialyse, betydelig økning av poliklinisk aktivitet, etablering av infusjon-dagbehandling med cytostatikabehandling, rtg inkludert CT- og ultralyd. Drift av senger er diskutert, men ikke konkludert. DMS i Brønnøysund inngår i Helgelandssykehuset 2025.

30.01.2019 ble det arrangert et seminar for styret og utvidet ledergruppe om DMS-er med innledere fra Alta, Nordreisa, Kristiansund og Ål i Hallingdal. Hensikten var å få fram ulike modeller å organisere eierskap og drift, og for å få i input mtp hvilke muligheter DMS-konseptet gir. Seminaret ble godt mottatt av styret og øvrige, og ble streamet, og ga et godt kunnskapsbidrag for videre utvikling av DMS i helseforetaket.

3. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
 - Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.

Helgelandssykehuset startet på slutten av 2018 arbeid med å involvere teknologiske og IKT-fagmiljø på Helgeland og kommuner i arbeid med e-helse og velferdsteknologi, bl.a. med tanke på hjemmebehandling /kontroll og elektronisk kommunikasjon.

Det er i 2019 nedsatt en arbeidsgruppe for 3-parts samarbeid med representanter fra primærhelsetjenesten, helseforetaket og teknologi/forskningsmiljø (Sintef og Kunnskapsparken), som skal arbeide videre med e-helseprosjekter der flere kommuner blir involvert.

Det er nå også gjennomført konsultasjoner vha Skype mellom pasienter i Brønnøysund og ortoped i Mo i Rana.

4. Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.

Helgelandssykehuset HF har avgitt ressurser til «Digitale pasienttjenester i nord». Delprosjekt «Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten» (DIS) har som målsetting å starte pilot på digital dialog med fastlege i løpet av 2019.

3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester Krav for 2018

1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

Helgelandssykehuset har avtaler med noen avtalespesialister.
Helgelandssykehuset følger opp tiltak som er knyttet til avtalespesialister. Avtalene vil bli fornyet 1. mai våren 2019.

2. Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.

Vurderingsteamet i Helgelandssykehuset er godt kjent med dette.

3.6 Kvalitetsutvikling

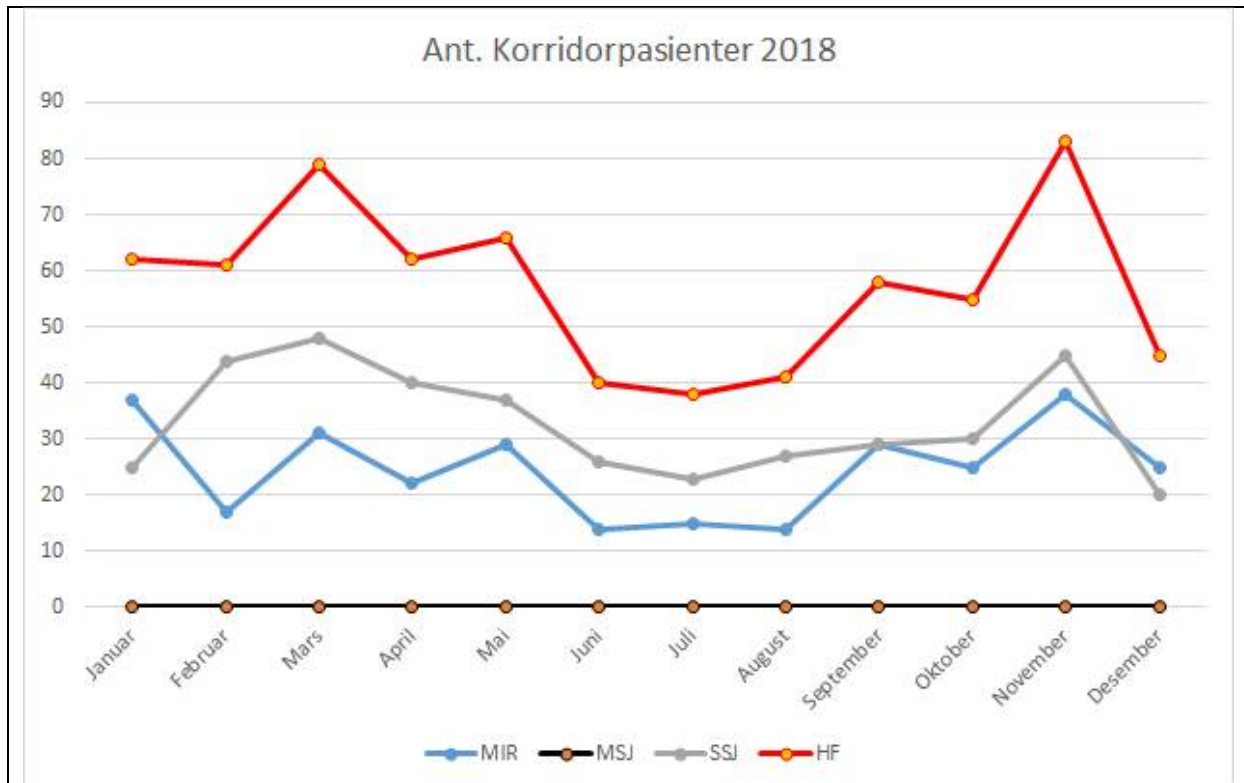
Krav for 2018

1. Stille nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Helse Nord skal lede dette arbeidet⁴. Oppdraget løses gjennom det interregionale prosjektet AIM (arbeidsgruppe for indikatorer og metode) og det regionale variasjonsteamet i nært samarbeid med helseforetakene i regionen. Forventet ressursbehov vil være omkring 50 % stilling fra hvert av foretakene i det faste arbeidet gjennom året foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer.

Helgelandssykehuset HF deltar i Arbeidsgruppe for indikatorer og metode, samt i det regionale variasjonsteamet.

2. Ikke ha korridorpasienter.

⁴ Krav gitt i oppdragsdokument 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF.



Krav at vi ikke skal ha korridorpasienter.

Utskrivningsklare pasienter er en av årsakene til korridorpasienter. Det er daglige møter mellom sykehuset og omsorgstjenesten i kommunene for å planlegge utskrivning og redusere antall utskrivningsklare pasienter.

3. Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.

Medisinsk GTT team i Helgelandssykehuset hadde utskiftninger våren 2018 og klarte ikke å levere data i mai 2018 for 3. tertial 2017. Det er derfor utfordrende å si noe om utviklingen i antall pasientskader basert på GTT funn for 2017.

4. Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid.

Helgelandssykehuset har to GTT team som benytter elektronisk GTT-portal. Det er ikke hensiktsmessig å sammenligne GTT data fra tidligere år pga endret struktur i GTT teamene. Teamenes sammensetning ble endret i 2016/2017, fra ett team på hver sykehusenhet til to gjennomgående team. Det ble ikke levert GTT data fra medisinsk team i 2017 pga manglede legeressurs. Farmasøyter har samarbeidet med GTT team og ytterligere gransket funn/skader relatert til legemidler. Planen er å presentere funn som er gjort for kliniske miljø og kvalitetsutvalg for læring og inspirasjon for videre forbedringsarbeid. Det har ikke vært kapasitet til å igangsette forbedringsarbeid.

5. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid.

Fortsatt forbedringsmuligheter for sikker levering av kvalitetssikret data til ulike kvalitetsregistre. Det er fokus på dette hos ledelsen. Fra medio februar vil vi ha en ny medarbeider som skal ha hovedoppgaven med å følge opp og kvalitetssikre dataleveranser fra sykehuset.

6. Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid.

Helgelandssykehuset har ikke tatt i bruk KPP data i lokalt forbedrings- og planarbeid.

7. Levere KPP-data etter nasjonal spesifikasjon.

Helgelandssykehuset har levert KPP-data i henhold til nasjonal spesifikasjon.

8. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen.

2018 data er overlevert helsedirektoratet i henhold til bestilling.

9. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.

Helgelandssykehuset stiller med fagrevisor når vi er blitt forespurt om det. i 2017 i forb. med kjemoterapi etter tykktarmskreft og i 2018 har ortoped fra helseforetaket vært ekstern fagrevisor.

10. Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn.

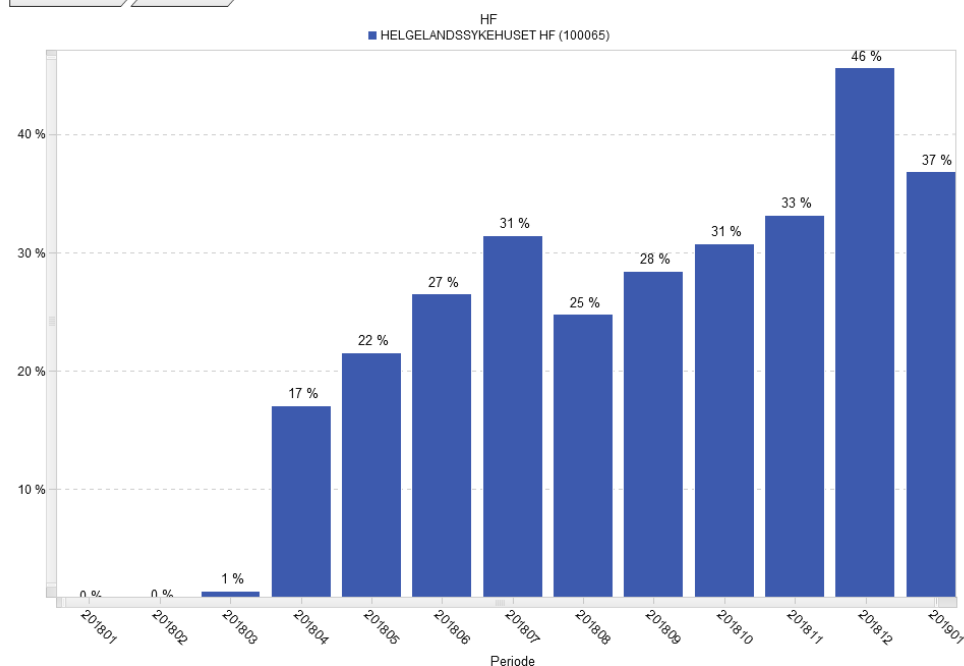
Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer er brukt i fordypning og forbedringsarbeid for pasienter med hjerteinfarkt og hjerneslag.

11. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Implementering av retningslinjer pågår. Status andel samstemte legemiddellister ved innleggelse desember Helgelandssykehuset samlet, Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen var hhv 46%, 58%, 39% og 28%. Prosjektgruppe for videre implementering opprettes innen 01.03.19. Oppstarten er utsatt pga uavklart mtp legerepresentanter i gruppen. Felles opplæring for nye turnusleger februar 2019 planlagt.

Andel sykehusopphold med samstemt inn kode registrert

Alle HN - HF ... Helse Nord



3.7 Pasientsikkerhet

Krav for 2018

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.

Tema vedrørende forbedring av informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har blitt gitt prioritet i samtlige av samarbeidsmøtene mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. I tillegg har Helgelandssykehuset hatt stor fokus på forbedringspunkter rundt ferdigstilling av epikriser og foreløpige epikriser (EVU) Resultatet av dette arbeidet skal tas opp i leder og avdelingsmøter.

2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.

Status implementering av tiltakspakker rapporteres i tertialrapporter

3. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.

Helgelandssykehuset har videreført sitt arbeide med pasientsikkerhetsprogrammet tiltakspakker i 2018. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand er i høst implementert på de resterende sengepostene. Stort fokus tavlemøter der målet er å forbedre samhandlingen mellom pleiepersonell og leger for kvalitetssikring av pasientbehandlingen.

4. Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivningssamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.

Prosedyre: Veileder for utskrivningssamtale med pasient er etablert i Docmap.

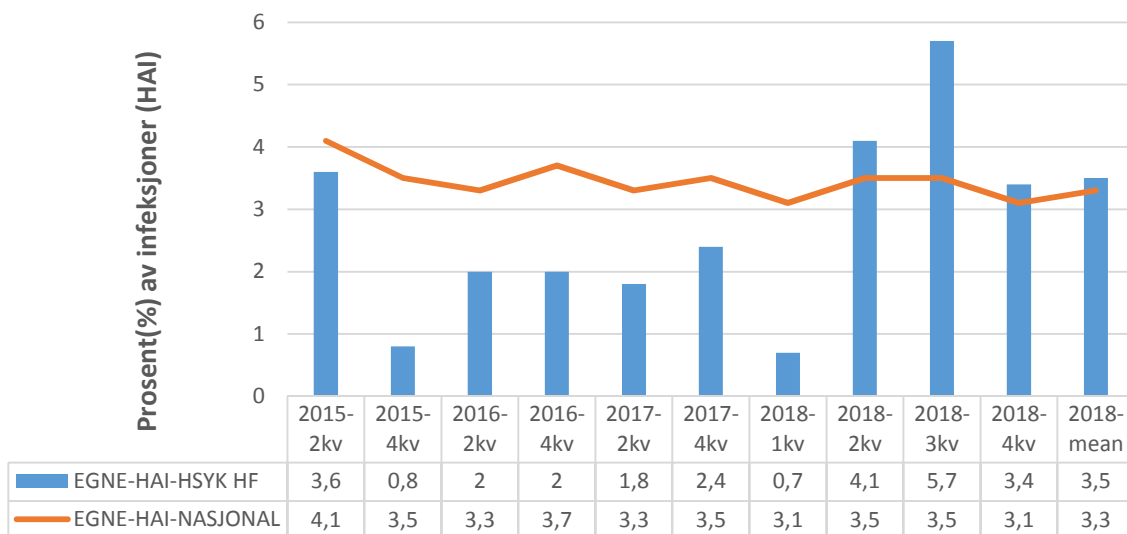
3.8 Smittevern

Krav for 2018

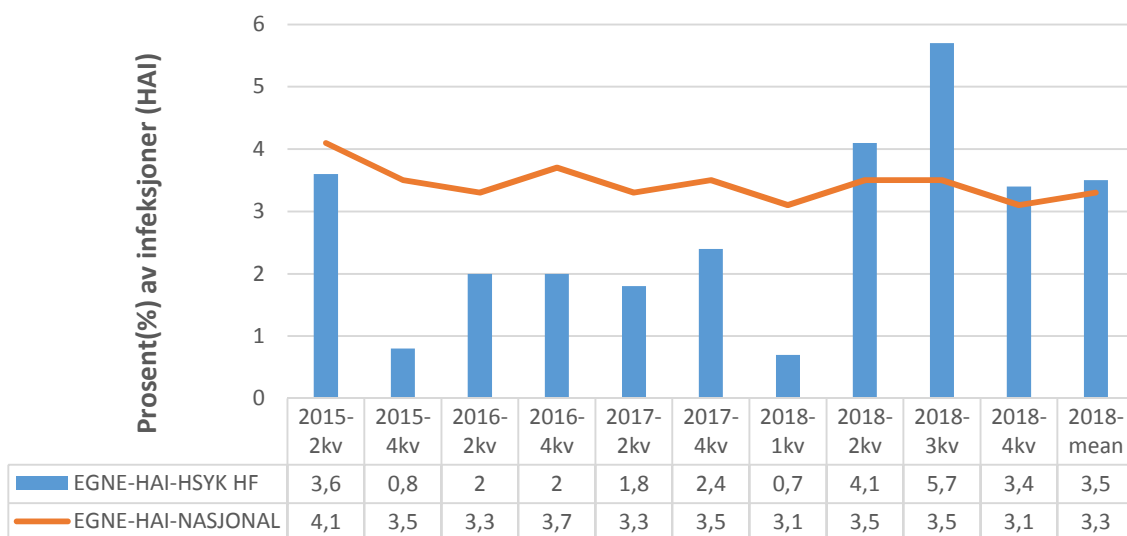
1. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.

Det er gjennomført 4 prevalensundersøkelser i 2018. 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner registrert. Nasjonal prevalens for samme periode er 3,3 %.

Punktprevalensprosent av HAI, HSYK HF v nasjonalt prosent, 2015-2018



Punktprevalensprosent av HAI, HSYK HF v nasjonalt prosent, 2015-2018



2. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.⁵

Forbruket er økt i 2018 sammenliknet med 2017. Det er uklart hva økningen skyldes, men det gjelder særlig bruk av legemidlene Tazocin og Cefotaxim. Alle avdelingsledere må innen 1.2.19 rapportere til A-team og områdeleder hvilke tiltak som skal iverksettes. Undervisning for sykepleiere og leger pågår. Utarbeidelse av regionale tiltakspakker pågår. Prosjekt oppfølging av forbruk av legemidler (kostbare legemidler og antibiotika) planlegges opprettet.

⁵ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).

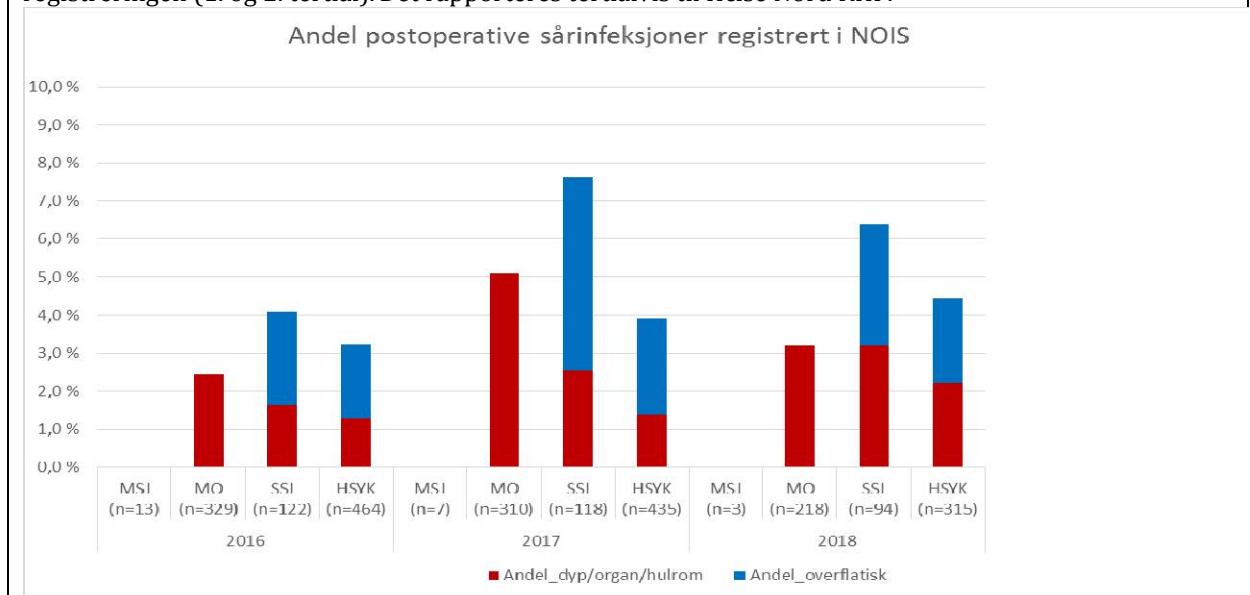


- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.

Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) skal gjennomføres 4 ganger årlig fra 2018 i henhold til vedtak gjort i HSYK HF. Dette er utført i 2018.

- Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

NOIS-POSI registreres og rapporteres som påkrevd. Vi har 99,7 % oppfølging på inngrep som er med i registreringen (1. og 2. tertial). Det rapporteres tertialvis til Helse Nord RHF.



5. Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak.

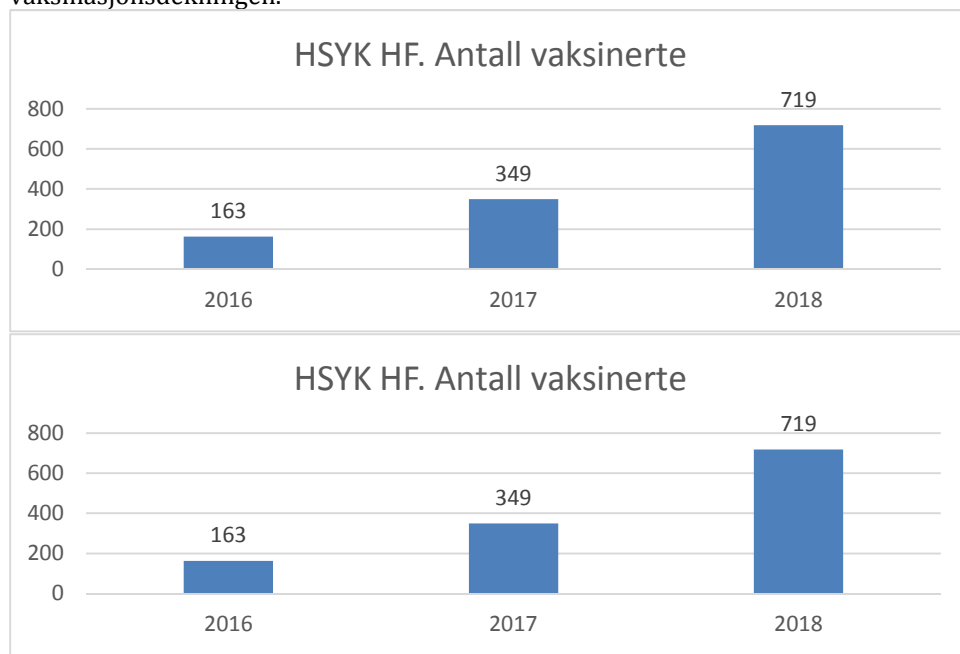
I 2018 ble tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløp ved dype postoperativ sårinfeksjon registrert i NOIS-POSI startet. Enhet Sandnessjøen: Gjennomført én gjennomgang. Dato for neste infeksjon registrert i 2018 er satt. Enhet Mo i Rana: Gjennomført én gjennomgang. Dato for neste infeksjon registrert i 2018 er satt. Enhet Mosjøen: Ingen dype POSI registrert i 2018. Gjennomgangene har ført til læringspunkter og forbedringsforslag i impliserte avdelinger.

6. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).

Internrevisjon ikke gjennomført da det har vært prioritert å revidere retningslinjer/prosedyrer i infeksjonskontrollprogrammet pga. stort etterslep.

7. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

Det er vaksinert 46 % i 2018. Vi kan ikke sammenligne % fra tidligere år pga. ulike teller/nevner. Fra 2018 brukes teller/nevner ref. definisjon fra Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi. Antallet vaksinerte er økt med 106 % sammenlignet med 2017. Holdningsskapende arbeid tar tid og vi må fortsette arbeidet med å redusere motstand mot vaksinering og øke de positive konsekvensene av vaksinasjonsdekningen.



Foretaksspesifikke krav for 2018:

Helgelandssykehuset

1. Opprette 100 % stilling for smittevernsykepleier med ansvar for kommunehelsetjenesten.

Det er ikke opprettet stilling for smittevernsykepleier med ansvar for kommunehelsetjenesten i 2018. Den blir lyst ut i februar 2019.

2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom helseforetaket og deres opptakskommuner.

Tjenesteavtalene mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland ble ferdig revidert juni 2018. I den forbindelse ble oppgaver vedrørende smittevern en del av avtalen.

3.9 Forskning og innovasjon

Krav for 2018

1. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord.

Mener vi i stor grad har klart å realisere forskningsstrategien i Helse Nord, men forskningsaktiviteten ved HSYK ligger nok fremdeles for lavt sammenliknet med andre helseforetak og med nasjonale mål. Vi er ikke kommet i gang med innovasjonsstrategien ennå.

2. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen-.

Helgelandssykehuset legger godt til rette for forskning. Det oppmuntres til forskning fra ledelsen og vi har gode samarbeid med både NLSH, UNN, Nord Universitet og UiT. I tillegg til lokale midler til forskning har flere ansatte mottatt forskningsmidler fra HN. Vi har for tiden fire ansatte som arbeider med sin doktorgrad.

3. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.

Vi bidro i 2018 med midler og annen støtte til 10 kliniske studier, samt at vi bidro med midler til 1,2 kliniske forskerstillinger ved Nevropsykologisk avdeling i Mosjøen. Vi belønnet videre 8 publiserte kliniske artikler. Videre gjorde vi det mulig å publisere artikler gjennom Open Access. Dette er en økning fra 2017 da vi ga midler og annen støtte til 5 kliniske studier. Vi belønnet 9 publiserte artikler.

4. Rekruttere flere pasienter inn i kliniske behandlingsstudier, som fyller inklusjonskriteriene, både regionale og større nasjonale forskningsstudier (bl.a. i KLINBEFORSK-prosjektene inkludert den nasjonale studien om bruk av autolog stamcelletransplantasjon ved multippel sklerose (MS)).

I og med økt forskningsaktivitet i 2018 var det også en økt rekruttering av pasienter.

5. Gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.

Har hittil ikke vært aktuelt

6. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.

På det nivå som vi driver forskning per nå er det viktigste å stimulere til bruk av lokale forskningsmidler, samt at aktuelle kandidater søker stipender fra Helse Nord, primært doktorgradskandidater.

7. Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.⁶

Vi kom ikke i gang med dette i 2018, men regner med oppstart i 2019.

8. Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016.

Vi kom ikke i gang med dette i 2018, men regner med oppstart i 2019.

4 Øvrige områder

4.1 Klima- og miljøtiltak

Helse Nords miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.

Krav for 2018

1. Sette egne mål for de nasjonale miljøindikatorene, måle og registrere disse i den nasjonale databasen som ligger hos Sykehusbygg.

Mål er etablert – nasjonal database er under reorganisering. Tall som skal inn i tabellene er under bearbeidelse – frist for nasjonal innrapportering er 8.2.2019

2. Stille miljøkrav i alle anskaffelser.

Miljø er inntatt som standard krav i alle anskaffelser.

3. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.

Det er gjennomført kartlegging av telematikk-utstyr i Helgelandssykehuset i 2018. Denne har dannet grunnlag for tilføring av nytt utstyr der det er udekket behov. Det er også lagt opp til overgang til Skype som foretrukket løsning. Unntaket er steder der det av medisinske og kvalitative årsaker er behov for mer avanserte telematikk-løsninger (studio). Føringerne er at møter skal gjennomføres med bruk av telematikk hvis dette er mulig, og stadige flere av møtene i helseforetakets regi foregår ved bruk av Skype, jfr. pkt. 3.4.3.

4. Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjons hjelpemidler.

Spesialister i Helgelandssykehuset ambulerer til andres sykehusenheter i hovedsak for poliklinisk tilbud. Det er også startet konsultasjoner vha Skype, jfr. tillegg arbeider helseforetaket med å utarbeide

⁶ Helse Nord RHF har rammeavtale med Induct AS om innkjøp av deres system for registrering og håndtering av innovasjonsprosjekter.

en plan for innføring av e-Helse, jfr. pkt 3.4.3.

Vi tenker oss å starte i utvalgte områder og seinere utvide tilbudet til de fleste kommuner. I utgangspunktet er prosjektet tenkt å omfatte akuttmedisinsk støtte, avstandskonsultasjoner og avstandsoppfølging av storforbrukere. Prosjektet er tenkt som et trekantsamarbeid mellom HF, kommuner og næringsliv.

4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

I helseforetakene skal det være tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll.

Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt.

Krav for 2018

1. Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet.⁷

I ledelsens gjennomgang som ble gjennomført i oktober 2018, ble også personvern og informasjonssikkerhet gjennomgått. Samlet vurdert risikograd av måloppnåelse ble satt til middels. Tiltak er iverksatt ved bl.a å øke funksjonen informasjonssikkerhetsrådgiver fra 50 til 100% fra 01.01.19.

2. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport⁸, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.

Helgelandssykehuset har rapportert status til Helse Nord RHF vedr. status riksrevisjonsrapportene, dette følges tett opp i FRIS.

3. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.

Ledelsens gjennomgang som ble gjennomført i oktober 2018, der også personvern og informasjonssikkerhet ble gjennomgått, er også styrebehandlet.

4. Revidere gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene, jf punkt 3 foretaksspesifikke krav Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.

Arbeidet med revidering av SLA-avtale mellom HN IKT og de øvrige HF-ene kom for sent i gang i 2018 til at dette kunne ferdigstilles i 2018. Det ble enighet mellom partene om at vi måtte ha mer tid for at

⁷ Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet er styrende dokumenter i foretaksgruppen.

⁸ Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013 - Dokument 3:2 (2014–2015)

avtalene skulle favne det vi ønsket å ta med. Men arbeidet er godt i gang og alle HF samt HN IKT bidrar. Ferdigstilling ventes i løpet av vårparten 2019.

5. Levere oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter) som har tilgang (fysisk og digitalt) til infrastrukturen. Frist 1. mai. Oversikten skal minimum inneholde:
 - Navn på leverandør.
 - Land leverandøren opererer fra.
 - Hvilke systemer de har tilgang til.
 - Hvilke opplysninger de har tilgang til (personopplysninger, helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger).
 - Om det er inngått databehandleravtale med leverandør.

Oversikt over underleverandører og deres underleverandører har Helgelandssykehuset gjennomgått sammen med HN-IKT i forbindelse med gjennomgang av databehandleravtaler.

4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

Medisinteknisk utstyr (MTU) kan inneholde personopplysninger. Av kommersielle, tekniske og informasjonssikkerhetsmessige hensyn skal foretakene samarbeide om anskaffelser av MTU.

Krav for 2018

1. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 1. juni.

Ikke gjennomført grunnet påvente av egnet verktøy / modul i MEDUSA som kunne sikre en enhetlig og tydelig ROS av MTU, basert på PMFU. Modul er installert siste kvartal 2018. Man har så vidt begynt å se på metoden PMFU for bruk i denne vurderingen og har testet den ut for et par enkle MTU-områder. Målet er å få gjennomført en stor del av ROS etter PMFU i løpet av 2019.

2. Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU.

Deltar i to prosjekt vedr samhandling MTU / HNIKT.

- Prosessforbedring felles innboks (HN-ikt prosjekt)
- Samordning IKT, MTU/BHM og teknisk drift – Helse Nord

4.4 Beredskap

Krav for 2018

1. Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.

Helgelandssykehuset deltar i FRIS som har gjennomgang av sikkerhetsloven og konsekvenser for helseforetakene.

2. Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).

Dette har ikke vært aktuelt for personell i Helgelandssykehuset

3. Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.

Det pågår arbeid med revisjon av beredskapsplaner i Helgelandssykehuset jf. nasjonale krav. Helgelandssykehuset deltar også i det regionale arbeidet med beredskap. Helgelandssykehuset har årlig fullskala beredskapsøvelser sammen med de andre nødetatene, HV14, vertskommuner til sykehusenhetene, Veivesen og Veitrafikksentralen

4. Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.

Helgelandssykehuset deltar i regionalt beredskapsutvalg. Legemiddelberedskap er diskutert i utvalget. Helgelandssykehuset har ikke vært involvert i en felles ROS analyse for legemiddelberedskap i Helse Nord. Helgelandssykehuset har oversikt over egen lagerstatus på medikamenter. Helgelandssykehuset har avtaler med private apotek.

5. Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset har undertegnet samarbeidsavtale med HV14 i 2018. Sykehuset og HV14 har god erfaring med samarbeid ved beredskapsøvelser.

6. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall.

Sandnessjøen: Redundant vannforsyning, redundant generatorsystem og redundant UPS.
Mosjøen: Redundant vannforsyning, redundant generatorsystem. Ikke UPS
Mo I Rana: Redundant vannforsyning, en generator, en UPS. (nye redundante system for generatorkraft, og UPS er planlagt og vil tilføres som en del av «ny sterilsentral og oppgradering av operasjonsstuer».

7. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.

Det er ikke etablert noen rutiner for å sikre «normal» drift uten noen form for tilgang til IKT. Vi ser ikke mulighet for «normal» drift ved et slikt scenario. Men noe pasientbehandling (f.eks ø.hjelp) vil kunne håndteres ved å bruke manuelle rutiner som er beskrevet i nødrutiner i kvalitetssystemet.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:

1. Iverksette tiltak for å ivareta EUs forfalskningsdirektiv (FMD Direktiv 2011/62/EU) som trer i kraft 9. februar 2019. Direktivet gjelder tiltak som reduserer risiko for at forfalskede legemidler kommer inn i helseforetakene.

Aktuelle legemidler ved Helgelandssykehuset HF er blodprodukter og hemodialysevæsker. Det er inngått avtale med leverende apotek i forhold til verifisering og utsjekk. Dagens prosesser for varemottak til forsyningsavdelinger og blodbanker er kartlagt. Nye rutiner er under utarbeidelse. Sykehusapotek Nord HF har på vegne av alle sykehusene inngått avtale med apotekforeningen for bruk av FMD-klient. Det er kartlagt behov for PC, nettbrett eller mobil med skanner der hvor verifikasjon og utmelding skal foregå. Sykehusapotek Nord HF vil i løpet av kort tid komme med en oversikt over

Årlig melding 2018

hvilke tiltak sykehusene selv må iverksette og hvilke som er ordnet på vegne av alle sykehus.

5 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

Krav for 2018

1. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted.

Helgelandssykehuset har siden 2017 arbeidet med et klarspråk-prosjekt som tar sikte på å få utarbeidet nye brukervennlige pasientbrev. De to første brevene er klare til produksjon våren 2019. Prosjektet ledes av Helgelandssykehuset men er et foretaksomgripende prosjekt i Helse Nord, På nettsidene pågår det et kontinuerlig kvalitetsarbeid i nasjonal, regional og lokal regi som skal bidra til å sikre at pasientene blir satt i stand til å ta reelle valg for behandlingsmetode og behandlingssted,

2. Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider.

Helgelandssykehuset har etablert egen redaksjon for nettsidene. 50 % ressurs til arbeid med utvikling og kvalitetssikring av behandlingstekster til nettsidene er ansatt. Helgelandssykehuset har i løpet av 2018 gått fra 94 til 104 publiserte behandlingstekster på nettsidene. Måltallet var 200 nye. Målet ikke nådd fordi ansatt ressurs ikke begynte før 1.7.2018..

3. Sikre reell brukervedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.

Vi har brukerrepresentant som fast medlem i forskningsutvalget. Det er krav om brukervedvirkning i forskningsprosjekter der dette er naturlig. Avvik fra kravet må begrunnes.

4. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse.

Helgelandssykehuset har avtaler for bruk av tolketjenester ved behov for personer med ulike funksjonsnedsettelse som rammer språk eller evne til kommunikasjon. Nettsidene er universelt utformet i tråd med krav stilt i lov. Tjenesteavtaler med kommunene er revidert, der brukervalget har vært involvert spesielt med tanke på at disse skal ivareta behovet tilrettelegging for pasienter med funksjonsnedsettelse.

6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

6.1 Sikre gode arbeidsforhold

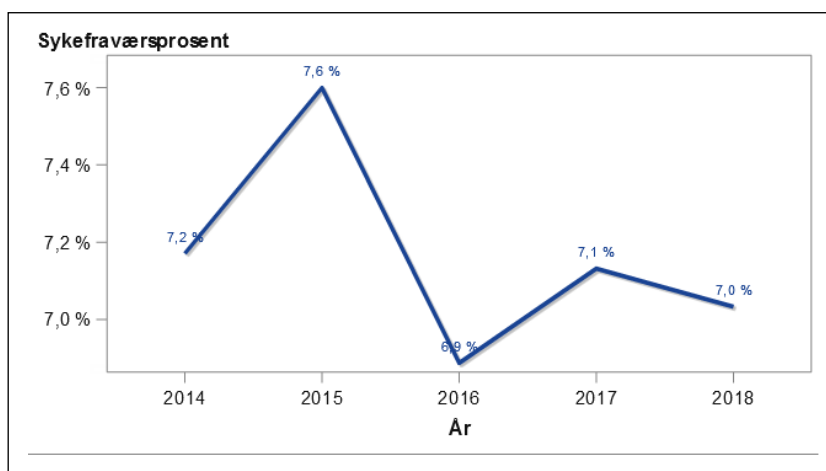
Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.

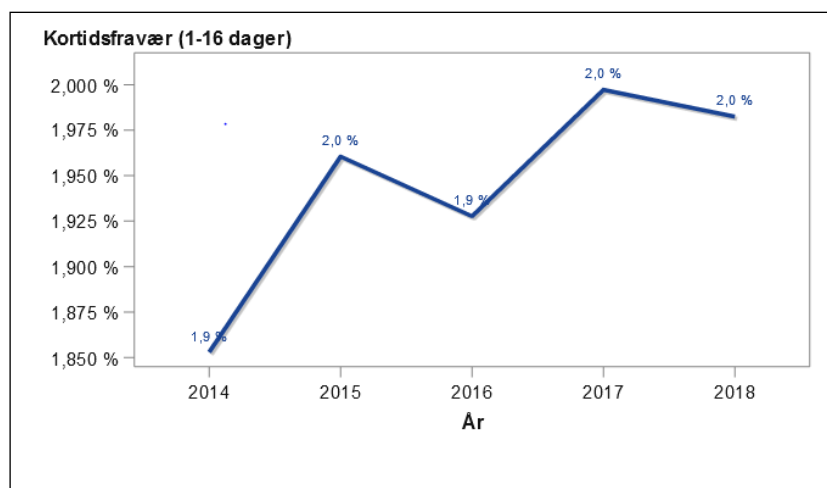
- Muligheter for å øke deltidsstillinger gjennomgås i behovsvurdering når foretaket har ledige stillinger.
- Ansatte som over lengre tid har jobbet fast deltid og tilnærmet fast utover deltidsstillingen, får økt sin stilling.
- De ansatte skal registrere i personalportalen dersom de jobber uønsket deltid. På denne måten har vi oversikt over problemstillingen.
- Igangsette prosjekt for å se på den reelle deltidsproblematikken, deretter vurdere tiltak og individuelle tilpasninger. Man kan f.eks vurdere muligheten for at man i noen tilfeller tilsetter (etter ønske) kombinasjonsstillinger mellom poliklinikk og helgestilling på sengepost.

2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.

Resultat: Gjennomsnittlig sykefravær for 2018 var 7%



Resultat: Gjennomsnittlig korttids sykefravær for 2018 var 2%



Tiltak ved fravær over 10 %.

Utviklet Helhetsmodellen – en kartleggingsmetodikk – i forbedringsarbeid.

H(Helsefremming) E(Engasjement) L(Ledelse) H(HMS) E(eierskap)T(trivsel). Bruker allerede tilgjengelig data for å utarbeide en grunnlagsrapport. Gjennomfører dialogmøte med lederlinja hvor tilgjengelig data ses i en større sammenheng/helhet. Ny rapport utarbeides etter dialogmøtet. Rapporten skrives i en slik form at avdelingen kan bruke rapporten som en arbeidsliste i forbedringsarbeid relatert til mulige risikoområder for jobbrelatert sykefravær.

- Modellen gir et bilde av medarbeiders og leders arbeidshverdag.
- Arbeidsmodellen og rapportens struktur setter pasientens i fokus og tydeliggjør mulige forbedringsområder/tema/tiltak og avdekker behov.
- Pasientsikkerhet og brukermedvirkning blir naturlige sentrale tema i denne måten og arbeide på.

Andre gjennomførte tiltak:

- Avdelingssamlinger med fokus på nærværskultur og utvikling av eget arbeidsmiljø
- Nærværs møter med langtidssykemeldte
- Bistand fra BHT, sykepleiefaglig veiledning
- Økt kunnskap til ledere om Lean
- Avdelingssamlinger med fokus på arbeidsmiljø, rolleavklaring og samarbeid mellom sykepleiere og hjelpepleiere
- Fellesaktiviteter, avdelinger som går turnus
- Gruppesamtaler - 24 timers mennesket

Tiltak, utviklet og iverksatt, gjennom nærværprosjektet; Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede, (01.01.16-31.12.18):

1. Ulike arrangement for å informere om prosjektet og helsefremmende nærværskultur – bygge et felles fundament i organisasjonen basert på kjerneverdiene kvalitet, trygghet, respekt
2. Nettside med informasjon, verktøy og maler og brosjyremateriell
3. Standardiseringstiltak:
 - Brosjyre: Når jeg ikke har det bra, hva gjør jeg?
 - Prosedyre: Hvem gjør hva når?
 - Bestillerfunksjon for ledere ved behov for bistand i enkeltsaker og i avdelingen Nærværskontrakt «midlertidig arbeidsavtale»
4. Utviklet e-læringskurs – Omhandler nærværarbeid og medarbeiders rettigheter og plikter knyttet til IA - avtalen
5. Brev til alle fastleger og sykehusleger på Helgeland om helsefremmende nærværarbeid i Helgelandssykehuset.
6. Brev/mail til alle medarbeidere om brevet til legegruppen og om nærværbygging i foretaket
7. HR/Team Arbeidsmiljø bistår ledere i individuelle sykefraværssaker
8. Utarbeidet veiledning for digital sykemelding til leder og medarbeider
9. Stimuleringstiltak til avdelinger med lavt fravær – «Internt forskningsprosjekt». Fokus også på de som er på jobb. Hva gjør(es) i avdelinger med lavt sykefravær? Mulige suksessfaktorer?
10. Lederkurs/dialogmøte om sykefraværsoppfølging, tiltaksmuligheter og erfaringsdeling ved alle sykehusenhetene
11. Kurs i forflytningskunnskap ved sengeposter, samt tatt i bruk forflytningsduk - et forebyggende helsetiltak for medarbeider og et pasientrettet tiltak
12. Lederkurs: Den viktige samtalen, iverksettes fra 12.02.19 ved sykehusenhetene Sandnessjøen,

Mosjøen og Mo.

3. Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.

Kjenner ikke til regionalt nettverk for å arbeide med reduksjon av sykefravær og økt nærvær. Foretaket har hatt et lokalt Nærværprosjekt gående over 3 år, med oppstart 2016. Dette har ført til endringer i hvordan HR bistår lederne i dette arbeidet.

4. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.

HR er med i et regionalt samarbeid hvor det skal utarbeides veileder og prosedyre for håndtering av bierverv. Arbeidet er planlagt ferdigstilt vinteren 2019. I tillegg er følgende tiltak iverksatt:
tatt med som eget punkt i arbeidsavtalen
tatt opp i FTV møter og i ledermøter.
Det er utgått flere påminnelser til alle ansatte på intranett og i personalportalen
Det er gått ut mail med beskrivelser hvordan det skal registreres.

5. Publisere digital lederhåndbok i Compendia.

Det er nå planlagt at lederhåndboka skal være ferdig innen april 2019.
Det er satt i gang flere del prosjekt som jobber godt for å få håndboka ferdig innen fristen.

6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav for 2018

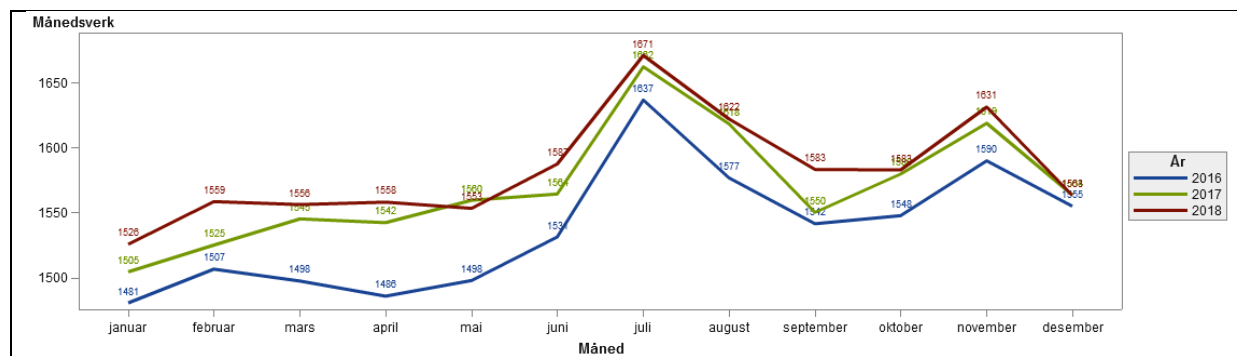
1. Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring.

Helgelandssykehuset deltar i regionalt arbeide med innføring av kompetansemodulen, ny spesialistutdanning for leger og i e-læringsnettverk

2. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.

Foretakets bemanningsbehov for 2018 er i budsjettet uttrykt i gjennomsnittlige planlagte forbrukte årsverk per måned. For at plantallene skal være mest mulig i tråd med rapporttallene er også langtidsfravær som er kjent allerede under høstens budsjettprosess inkludert i bemanningsplanen. Deretter brukes et forholdstall opp mot fastlønn for å stipulere forventet forbruk av variable årsverk.
Gjennomsnittlig forbruk per måned i 2018 viser (graf sammenligner med tidligere år, tabell sammenligner med plantall for 2018):

Årlig melding 2018



For hele 2018 har foretaket en gjennomsnittlig økning pr mnd på vel 13 årsverk pr måned sett opp mot 2017.

Periode: januar desember

Enhet	Fastlønn			Variabellønn			Totalt		
	Budsjett	Forbruk	Awik	Budsjett	Forbruk	Awik	Budsjett	Forbruk	Awik
MIR	467,27	476,94	9,67	39,37	38,70	0,67	506,64	515,64	9,00
MSJ	253,66	245,88	7,78	17,20	18,96	1,76	270,86	264,84	6,02
SSJ	368,17	376,09	7,92	30,42	38,87	8,45	398,59	414,96	16,37
Drift & eiendom	105,26	107,92	2,66	17,51	14,56	2,95	122,77	122,48	0,29
Prehospitale tjenester	168,78	172,79	4,01	28,69	31,65	2,96	197,47	204,44	6,97
Fellesområdet	62,69	60,11	2,58	0,65	0,29	0,36	63,34	60,40	2,94
Foretaket	1425,83	1439,73	13,90	133,84	143,03	9,19	1559,67	1582,77	23,10

For 2018 ser vi et merforbruk i forhold til budsjett på ca 14 faste årsverk pr mnd og ca 9 variable årsverk, totalt 23 årsverk pr mnd.

I tillegg til kurs og fagsamlinger utarbeider Helgelandssykehuset en årlig plan for videreutdanning. Tabellen under viser et øyeblikksbilde pr august 2018 for status pågående videreutdanning som er startet før 2018, utdanning som ble planlagt for 2018 (foretakets årlige kompetanseplan), og status for gjennomføring av denne:

Status videreutdanning.			
	Antall deltakere på utdanning nå, som har startet opp før 2018	Planlagt antall deltakere på videreutdanning med oppstart høst 2018	Faktisk antall deltakere på videreutdanning som startet høsten 2018
ABIOK (Spesialutdanning av sykepleiere)		10	12
Nyresykepleier		3	2
Øyesykepleier	1		
Lungesykepleier		1	
Gastro		1	
Sårsykepleier		2	
Urosykepleier		1	
Stomisykepleier		1	
Testtekniker		1	
Mentaliseringsbasert terapi			2
Psykisk helse og rus	4	1	
CT- røntgen		1	
MR- røntgen		1	1
MR-røntgen Master	1		
Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser		1	1
IGA gruppeveiledning	1		

3. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Foretaket har over flere år hatt et Lederprogram over 8 samlinger for nye ledere. I 2018 iverksetter HR et nytt lederutviklingsprogram for erfarne leder. Dette programmet har tatt utgangspunkt i Helse Nords strategi.

4. Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord.

HR-sjef bidrar i nettverket i HN med å utarbeide kompetanseplan for ledere.

5. Sikre drift av kompetansestyringssystemet etter endt prosjekt.

Foretaket har sikret forvaltning av kompetansestyringssystemet «Kompetansemodule» ved å avklare eierskap for systemet slik at både framtidig behov for opplæring, utvikling og brukerstøtte er fordelt. Senter for HR har dette eierskapet. Grunnet implementering av LIS2 og LIS3 i samme system, og med annen tidshorisont enn opprinnelig implementeringsprosjekt, er det fortsatt noe uklart hvilket volum det blir på drift av systemet. Dette forventes å avklares utover høsten 2019 etter hvert som systemet tas i bruk av alle LIS.

6. Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.

Helgelandssykehuset, ved Senter for HR, har deltatt i det regionale arbeidet med ferdigstillelse og implementering av regional rekrutteringsveileder. Veilederen er tilgjengelig via Compendia, og er sendt til Personalportalens lokale redaktører. Helgelandssykehuset har avventet å publisere denne av to årsaker. Den ene er fordi en arbeidsgruppe under rekrutteringsprosjektet Hodet Først jobber med å utarbeide et lokalt tillegg til den regionale veilederen, og den andre grunnen er at veilederen skal ligge i Lederhåndboka som også er under utvikling.

6.3 Utdanning av legespesialister

1. Forberede og implementere del 2 og 3 av spesialistutdanning for leger i henhold til Forskrift 8. desember 2016 nr 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.

Helgelandssykehuset, ved prosjektleder Ramona Nofal, har deltatt i det regionale arbeidet med ny spesialistutdanning. Lokale spesialister har bidratt inn i de regionale utdanningsutvalgene.

2. Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.

Helgelandssykehuset har deltatt i det regionale prosjektet med lokalprosjektleder, ressurs fra HR og fagavdelingen der også fagsjef er sterkt involvert.

3. Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter.

Helgelandssykehuset har kontroll med søkeprosessen og vil leverer søknad om godkjenning i ny ordning innen fristen.

4. Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak.

Helgelandssykehuset har deltatt i det arbeidet som er initiert av regional kurskomite. Det er arrangert ett veiledningskurs for leger i 2018. Det planlegges 2 nye kurs i 2019

6.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav for 2018:

1. Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette har jeg ikke fått noe informasjon om.

2. Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det ble vedtatt i HMS nettverk hos Helse Nord at det skulle settes ned en arbeidsgruppe som skal jobbe med dette. Dette arbeidet skal startes opp i 2019.

3. Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (VA).

Helgelandssykehuset har fortløpende tatt i bruk nye datakilder i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem.

4. Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

HR i Foretaket er representert i RHF sin regionale Styringsgruppe for ForBedring, som arbeider med utvikling, gjennomføring og oppfølging av undersøkelsen.
HR i foretaket har også ansvar for ledelsen av Lokal styringsgruppe for ForBedring, og er ansvarlig for gjennomføring og oppfølging av ForBedring i Helgelandssykehuset, samt rapportering til RHF om status til den nasjonale oversikten om ForBedring.

5. Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.

Rapporteringstekst Årlig melding

Helgelandssykehuset har på plass en rutine for varsling av kritikkverdige forhold. Tilfeller av vold/trusler meldes inn som avvik i Docmap. Angående prosedyrene innen vold/trusler så er det et vedtak fra AMU om at det skal settes ned en arbeidsgruppe for å se på dette. Det er også vedtatt at HSYK skal innføre en kollegastøtteordning. Arbeidet skal gjennomføres i løpet av 2019.

7 Innfri økonomiske mål i perioden

7.1 Resultatkrav

Krav for 2018:

1. Ha tiltaksplaner som sikrer at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Styrebehandlet status rapporteres til Helse Nord RHF innen 25. april.

Helgelandssykehuset har levert et foreløpig årsresultat på 32,0 mill.kr. Som er 12 mill.kr bedre enn resultatkravet. Tiltaksplanen for 2018 var risikovektet til 30,3 mill.kr mens årseffekten for 2018 ble ca 25 mill.kr. Risikovektet tiltaksplan for 2019 er på 39,6 mill.kr. Bærekraftsanalysen viser at med disse tiltakene vil Helgelandssykehuset oppnå de økonomiske kravene i planperioden.

2. Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:
 - Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.
 - Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.
 - Satsing på klinisk farmasi.

- Innkjøp.
- Innføring av nytt sak-/arkivsystem.
- Innføring av kompetansemodulen i personalportalen.

Det vises til rapport for 2. tertial 2018:

På grunn av økte kostnader til lønnsoppgjør og foreløpig prognose fra resultatene har det vært nødvendig å ha en ordentlig gjennomgang i forhold til måloppnåelse på resultatkravet. Dette har resultert i ekstra tiltak som skal gjennomføres i høst slik at prognosen med et overskudd lik resultatkrav på 20,0 mill.kr opprettholdes. Tiltakene iverksettes umiddelbart og det forventes positiv effekt av disse i høst. Tiltakseffekten på de øvrige tiltakene er pr. august er på 15,2 mill.kr. Dette gir et tiltakseffekt på 50 %.

- **Innføring av felles kliniske system**

Deleffekter:

- SMS-varslings: 0,8 % reduksjon i «Ikke møtt» til polikliniske konsultasjoner ift tilsvarende periode i 2016, tilsvarer ca. 1.000 konsultasjoner
 - Innføring av innsjekk/utsjekk oktober 2018
 - Omfattende bruk av felles og delte prosedyrer for EPJ
 - Kvalitetsheving pga
 - Felles EPJ
 - Medikamentmodul og e-resept
 - Kjernejournal
 - Røntgen: Felles Sectra muliggjorde etablering av felles vaktordning fra mars 2016, der også NLSH deltar.
 - EPJ-kvalitetsindikatorer «Åpne dokumenter < 14 dager» og «Åpne henvisningsperioder»: God oversikt og regelmessige rapporter til linjeledere, men fortsatt for mange restanser.
 - God HF-oversikt over ventetider, fristbrudd og andre kvalitets- og pasientrettighetsindikatorer.
 - Standardisering av brevmalen – videreutvikling gjennom «Klart språk»
 - God erfaring med bruk av «Min pasientjournal» - pasientenes tilgang til egen journal via Helsenorge.no.
- **Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon:**
Pr. dags dato er ikke prosjektets forventede økonomiske gevinster realisert. Kostandene til saksbehandling av reiser uten rekvisisjon har økt til tross for at foretaket har digitaliseringsgrad i henhold til målsettingen.
 - **Satsing på klinisk farmasi:** I hht opptrappingsplanen for klinisk farmasi har HSYK fått fordelt 1 stillingshjemmel til klinisk farmasi. Per i dag er det 1,7 stillingshjemler fordelt til klinisk farmasi, fordelt på de tre enhetene.
 - **Innkjøpsprosjektet** som resulterte i en strategi og plan for Innkjøp 2021 er kun i startfasen. Foreløpig er det mye ressurser som benyttes til møtevirkosomhet og det er få konkrete resultater som kan karakteriseres som gevinstrealisering/nytteverdier. Samtidig ser vi at oppmerksomheten er rette på området fra alle nivåer og dette vil i seg selv bidra til å kunne forankre arbeidet i organisasjonen.
 - **Innføring av nytt sak-/arkivsystem:** 1. Mer effektiv administrativ saksbehandling (reduert ressursbruk). 2. Økt dokumentfangst i henhold til lov og forskrift. 3. Høyere kvalitet på saksbehandling.

Innføring av kompetansemodulen i personalportalen: Med få unntak har alle ledere på avdelingsleder- og områdesjefnivå deltatt på opplæring i bruk av kompetansemodulen. I hvor stor grad kompetansemodulen er tatt i bruk varierer fra avdeling til avdeling. Enhet Sandnessjøen har flest brukere, og i de avdelingene systemet er tatt i bruk har vi fått økt kvalitet i dokumentasjon av gjennomførte obligatoriske opplæringer.

7.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Krav for 2018:

1. Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport.

Helgelandssykehuset har innført internhusleie

Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging.

Helgelandssykehuset har utarbeidet en fireårig Vedlikeholdsplan» («Utskifting og Utviklingsplan») den planen følges i den grad vi har kapasitet

2. Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.

Helgelandssykehuset deltar i prosjektet om integrasjon av Clockwork og Medusa. Prosjektet ledes av Lars Alvar Michelsen i Helse Nord som kan videre orientere om status og fremdrift.

3. Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode.

Helgelandssykehuset deltar ikke.

4. Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT-løsninger for FDV av bygg.

Helgelandssykehuset har deltatt i eiendomsforum og besøk hos brukere av ulike system. Eiendomsforum besluttet følgende: Felles modellsverer med integrasjonsplattform for «påkobling» av fagsystemer. Dette vil bety at man har større frihet til valg av spesialistsystemer (dvs eget system for renhold, DV, avtaleforvaltning, tegnings- og modellhåndtering, dokumentasjon, etc)

5. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.

Gjelder ikke Helgelandssykehuset.

Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommes fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember.

Det er ikke kjent det er etablert noen slik leieavtale med HN IKT

Foretaksspesifikke krav for 2018

Helgelandssykehuset

1. Utarbeide rapport fra arbeidet med intern husleiemodell innen 20. mai. Rapporten skal inneholde egne erfaringer og anbefaling for videre arbeid.

Helgelandssykehuset har innført intern husleiemodell.

7.3 Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

Krav for 2018:

1. Samordning
 - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
 - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
 - Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Anskaffelsesplan for 2019 er utarbeidet.
Investeringsanskaffelser inngår i planen for 2019.
Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet en fireårig handlingsplan.

2. Systembruk
 - Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
 - Tertianvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.
 - Tertianvis rapportere på avtalelojalitet.

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

Finnmarkssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Helgelandssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Helse Nord IKT

1. Varekjøp 50 % av scope

2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Nordlandssykehuset

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Sykehusapotek Nord

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Implementeringsplan for innkjøpssystemet er utarbeidet og oversendt Helse Nord
Det er ikke tilgjengelig verktøy for rapportering på avtalelojalitet i Helse Nord.
Det er full måloppnåelse på kriteriene for Helgelandssykehuset.

3. Samhandling internt

- Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
- Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

Helgelandssykehuset bidrar i all hovedsak med fagkompetanse til relevante anskaffelsesprosjekter

4. Samhandling eksternt

- Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1.juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.

Helgelandssykehuset har gjennom 2018 jobbet uten midlertidig samarbeidsavtale. Det ble i jan 2019 mottatt første utkast til samarbeidsavtale fra Sykehusinnkjøp. Denne vil bli inngått så snart vi er blitt enig om innhold og grensesnitt når det gjelder ansvar hos partene i avtalen.

5. Samfunnsansvar

- Innen 31.desember etablere/revidere strategi for samfunnsansvar som ivaretar fokus på
 - Miljø
 - Sosial ansvar
 - Innovasjon
 - Leverandørutvikling

Dette arbeidet er ikke kommet i gang.

8 Risikostyring og internkontroll

Krav for 2018:

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2
- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
- Informasjonssikkerhet
- Klima og miljø
- Beredskap
- Risikostyring

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

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

Ledelsens gjennomgang som ble gjennomført i oktober 2018 der samtlige punkter ble gjennomgått. Tiltak er beskrevet og følges opp.

Styringsparametere som ikke er dekket av egne krav i Oppdragsdokumentet 2018.

- Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016.

Undersøkelsen omfattet få pasienter. Det er etablert forbedringsprosjekt i døgnavdeling vedr pasienters erfaringer.

- Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016

Indikatoren viser kvinners erfaringer med fødsels- og barselomsorgen ved sykehus og fødestuer i Norge viser at Helgelandssykehuset har resultater over landsgjennomsnitt.

- Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017.

Undersøkelsen omfattet få pasienter, men blir brukt i gjennomgang og forbedring av tilbudet.

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse).

Helgelandssykehuset har 95.1 % overlevelse 30 dager etter innleggelse uansett årsak. Hele landet 95.4

Årlig melding 2018

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017.

Helgelandssykehuset har 87.4 % overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag. Hele landet 87.7

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017

Helgelandssykehuset har 91.1 % overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd. Hele landet 91.6

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017

Helgelandssykehuset har 90,2 % overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt. Hele landet 92.1

- Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.

Helgelands-sykehuset	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose	Trygg kir.	Samstem	Hjerneslag	UVI	SVK	Trykksår	Fall	Ledelse av pas. sikkerhet	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis i akuttmott
Mo i Rana		1/1	1/1	6/6	1/1	3/3	0/0	2/2	2/2		2/2	1/1
Mosjøen			1/1	5/5	1/1	1/1	0/0	1/1	2/2		1/1	1/1
Sandessjøen			1/1	4/4	1/1	2/2	0/0	3/3	3/3			1/1

Sykehusenhetene har hatt gjennomgang av hva om er relevante avdelinger for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Både medisinsk og kirurgisk avdeling ved sykehusenheten i Sandessjøen bruker risikotavle

Medisinsk avdeling i Mosjøen bruker risikotavle

*tidlig oppdagelse av forverret tilstand er implementert ved KIMO og MEMO. Etter fremdriftsplan skal tiltakspakken spres til sykehusenhetene i Mosjøen og Sandessjøen i løpet av høsten 2017/vår 2018

GRÅ	Tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten
RØDT	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken.
GUL	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enhetersom har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
GRØNN	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.

Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."

Det pågår et samarbeid mellom spesialister i sykehuset og kommuner for å bedre samhandling med pasientbehandlingen. Et eksempel er ny prosedyre for pasienter med lårhalsbrudd der målet er at bedre kvalitet for pasienten ved å raskere til definitiv behandling. Jeg kjenner ikke til at Helgelandssykehuset deltar i et formelt nettverk for Gode pasientforløp.

- Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister

Det er bestilt nye organisasjonsnummer i altinn, dette vil forbedre rapportering til NPR.

