

## Vedlegg til styresak Årlig melding 2017 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Jann-Hårek Lillevoll / 47012324

Sted/dato:

Bodø, 22.03.2018

### Orientering til styret i Helse Nord RHF om styringskrav fra Helse Nord RHF til HF-ene som ikke rapporteres til HOD

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

- Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken».

UNN har utarbeidet overordnet ernæringsstrategi, men mangler et komplett dokument som beskriver dette. Strategien er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hver avdeling skal ha en ernæringsansvarlig lege og sykepleier med hovedansvar for implementering av strategien i sine respektive avdelinger.

Finnmarkssykehuset har etablert en ernæringsstrategi gjeldende fra 2017-2020.

Nordlandssykehuset er i gang med sitt arbeid for å få på plass en ernæringsstrategi.

Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet egen strategi, men har rutiner og retningslinjer for ernæringscreening og kartlegging av risiko for underernæring på innlagte pasienter.

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

De regionale fagprosedyrene er gjort gjeldende i helseforetakene, men det er ulikt hvor langt hvert foretak, klinikk, avdeling og enhet er kommet i arbeidet med å ta dem i bruk. UNN har klinikkbarneansvarlige i alle klinikker bortsett fra OPIN2. Fagprosedyrene og lovverket er tema på felles fag- og opplæringsdager og på internundervisning og fagdager i klinikkene. Arbeidsgruppe med klinikkbarneansvarlige jobber også aktivt med implementeringen. UNN har i likhet med andre helseforetak i for liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at

lovedringene følges opp, slik at barns rettigheter blir ivaretatt som en naturlig del av helsehjelpen til pasienten.

Det er fortsatt manglende kartlegginger, mangelfull dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder informasjon til barn og oppfølging av barna og familien, og ytterligere tiltak er nødvendig.

I Nordlandssykehuset er arbeidet i gang, men det er langt igjen før prosedyrene er implementert og tatt i bruk av alt helsepersonell. I henhold til vedtatte prosedyrer, skal det utnevnes koordinatorene/ klinikkbarneansvarlige i ulike avdelinger/klinikker i sykehuset. Dette er ikke utført i Nordlandssykehuset, med unntak av ved ett DPS.

Arbeidet er organisert med:

- Foretakskoordinator for barn som pårørende i 50% stilling.
- Erfaringskonsulent i 20% stilling.
- Barneansvarlige i mange enheter, og det oppfordres til å utnevne flere.
- Foretakskoordinator har møter med barneansvarlige.

Følgende tiltak er gjennomført:

- Informasjon om nye fagprosedyrer er sendt via e-post til barneansvarlige, med link til Docmap, med oppfordring om å ta prosedyrene i bruk og informere i egen enhet.
- Prosedyrekort utviklet av foretakskoordinatorene i Helse Nord deles ut til barneansvarlige for videre distribueringsarbeid i egen enhet.
- Foretakskoordinator og erfaringskonsulent har gitt tilbud om undervisning/opplæring og har vært i noen enheter, har avtale med flere, samt har gitt opplæring til nye barneansvarlige.
- Møte med barneansvarlige i NLSH, somatikk og psykiatri, er planlagt til juni 2017, der tilbakemeldinger på implementeringsarbeidet er et fokus.
- Det arbeides med Intranettside, bl.a. for å lette tilgang på informasjon til barneansvarlige og annet helsepersonell i Nordlandssykehuset.
- Det gis informasjon om barn som pårørende og prosedyrer ved mottak av sykepleierstudenter og turnusleger.

Ved Helgelandssykehuset har foretakskoordinator informert om de regionale fagprosedyrene i enhetsdirektørens ledergrupper ved de tre sykehusene. Ledergruppene var også utvidet til å omfatte alle lederne ved den enkelte enhet. Den enkelte avdeling er oppfordret til å lage tilpassede prosedyrer.

Finnmarkssykehuset rapporterer å ha implementert prosedyrene. Det er avsatt 20% stilling som foretakskoordinator og 20% til klinikk- koordinatorene (10%+10%).

- Prosedyren er tilpasset Helse Nord, og lagt i Docmap PR11066.
- Lenke til prosedyren ligger på intranettsiden til Barn som pårørende i Helse Nord. Enkel tilgang for ansatte med knapp på forsiden av intranett i helseforetaket til Helse Nords Barn som pårørende- side.
- Det er laget prosedyrekort som er delt ut til enhetene i alle klinikker.

- Klinikene har frikjøp stillingsandel for barneansvarlige og det er i tillegg barneansvarlige i alle enheter. Disse er del av et nettverk i hver klinikk, med faste nettverksmøter med referater. Her er prosedyrene tema, med veiledning fra koordinator. Alle barneansvarlige er godt kjent med prosedyrene.
- Barneansvarlige har internundervisning i sine enheter. Koordinator bistår ved behov.
- Det arrangeres årlig fagdag i klinikene for barneansvarlige, hvor prosedyrene har vært tema. Noen fagdager er åpen for samtlige ansatte.
- Forelesning for hele helseforetaket på telematikk/Skype, om prosedyrer og registrering i DIPS. Åpen for alle.

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

Helse Nord deltar i det nasjonale arbeidet både i styringsgruppen, ved fagdirektør i Helse Nord og direktør i kvalitets- og utviklingsavdelingen ved UNN, samt med deltakere fra UNN i hhv. arbeidsgruppen for variantdatabase med representant fra medisinsk genetisk avdeling og i arbeidsgruppen for regionale kompetansesentre.

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

Helse Nord IKT har etablert eget tjenestestyre, utpekt tjenesteansvarlige for tjenesteområdene og utarbeider forvaltningsplaner for regionale tjenester. Forvaltningsplanene har sterkt fokus på merkantil forvaltning. Helse Nord IKT har gjennom Access Management etablert rutiner for forvaltning av administratortilganger.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

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

Sykehusapotek Nord, Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset har i samarbeid gjennomført arbeidet med risikovurdering og utarbeidet en standard/veileder for tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, som skal brukes i hele regionen.

Forslag til veileder for gjennomføring av risikovurdering av sykehusenes legemiddeltilberedning har følgende målsettinger:

1. Legemidlers kvalitet opprettholdes slik at de er trygge å bruke.
2. Personell og omgivelser skal ikke eksponeres for virkestoff.

Det er utarbeidet et risikovurderingsverktøy med definisjon av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler. Det er også utarbeidet støtteverktøy

for sykehusfarmasøyter for gjennomføring av risikovurdering i samarbeid med sykehusavdeling.

**Gjennomføring:**

Risikovurderingsverktøyet er testet på to sykehusavdelinger ved Helgelandssykehuset, samt påbegynt på en tredje avdeling. Tidsbruk ved risikovurderingen har vært ca. sju timer per avdeling (intromøte og risikovurdering). En tverrfaglig gruppe bestående av avdelingsleder, medisinsansvarlig sykepleier, smittevernsykepleier og farmasøyt har definert risikoområder innenfor tilberedning i avdelingen, samt forslag til risikoreduserende tiltak. Avdelingen har fått en samlet oversikt over risiko på området, samt liste over risikoreduserende tiltak som bør iverksettes i avdelingen.

**Evaluering og forbedring:**

De gjennomførte risikovurderingene har vært tidkrevende, og det arbeides derfor nå med å se på muligheter for forenkling av verktøyet. I tillegg er det behov for forankring av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler i et regionalt samarbeid mellom sykehusfarmasøyter, sykepleiere og smittevern. Det er også viktig å bruke tid på forankring av risikovurderingsarbeidet internt i sykehuset for å sikre god forståelse av bakgrunnen for arbeidet. Legemiddelkomiteen og sykehusfarmasøytene vil være pådrivere for fortsatt kvalitetsarbeid på området.

**Regional prosedyre/mal:**

I regionalt fagsjefmøte 7.12.2017 ble prosedyren og mal for gjennomføring av risikovurderingene godkjent som regional prosedyre og mal. Å bistå sykehusene med gjennomføring av risikovurderinger vil være et satsingsområde i 2018.

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

Plan for «Lukket legemiddelsløyfe» vil bli utarbeidet i arbeidet med konseptfasen for produksjonsstøttesystem for Sykehusapotek Nord, i dialog med FRESK og arbeidet med «Elektronisk Medikasjon og Kurve».

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

Gjennom det nasjonale arbeidet i felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, har sykehusene i Helse Nord hevet kvaliteten betraktelig på informasjon til innbyggerne. Det arbeides godt og systematisk med stadige forbedringer av informasjonen på egne nettsider.

Når det gjelder digitale innbyggertjenester på helsenorge.no, tilbyr Helse Nord flere slike tjenester. I 2017 vil vi særlig trekke frem den digitale løsningen hvor pasienter søker dekket pasientreiser. Stadig flere pasienter benytter løsningen.

2017 har videre vært benyttet til å beskrive de digitale innbyggertjenestene Helse Nord mener bør realiseres i tidsperioden 2018–2020 jf. vedtatt målbilde. Vi er således beredt til å svare ut kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 hvor det skal presenteres en plan for å ta i bruk ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no.

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

Finnmarkssykehuset:

Implementeringen av oppgjørskontroll (CTRL) har tatt noe lengere tid enn forventet, Pasientreiser er i dialog med Finnmark taxi og vi forventer oppstart innen kort tid.

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

Nordlandssykehuset:

Systemet er tatt i bruk i noen områder og rulles fortløpende ut etter hvert som transportørenes taksameter kan levere.

UNN:

Opgjørskontrollsystemet (Ctrl) er levert, men systemleverandørene til UNNs største transportører er ikke klare til implementering. UNN vil starte testing mot mindre leverandører i første kvartal 2018.

Det nasjonale samkjøringssystemet er forsinket med minst et år. Oppstart og bruk i Helse Nord vil tidligst være tidligst 1. kv. 2019.

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

Pasientreiser ved UNN HF har ledet prosjektet som oppfyller denne leveransen for pasientreisekontorene i Helse Nord. Hos Pasientreiser UNN er metode, system og rutiner implementert per 31/12.2017. Dette vil være implementert hos alle de øvrige HF i Helse Nord i løpet innen medio mars. Prosjektet er avsluttet og leveransene er i tråd med bestillingen.

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

Fra tertialrapport 1:

*UNN arbeider med å avklare behovet for et døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser i samarbeid med habiliteringsavdelingen. Nordlandssykehuset har god kompetanse og flere års erfaring med ansvar for det regionale teamet for pasienter med utviklingshemming og psykisk sykdom. I 2016 ble det også etablert et døgntilbud med både overlege, psykologspesialist og høyskoleutdannede knyttet til teamet og døgnplassene. Helgelandssykehuset har tilfredsstillende kompetanse, men opplever det utfordrende å finne egnet behandlingstilbud for pasienter som ikke kvalifiserer for døgntilbud ved Nordlandssykehuset. Organiseringen av habiliteringstjenesten sammen med psykisk helsevern og TSB legger til rette for gjensidig å bruke hverandres kompetanse. Finnmarkssykehuset har liten kompetanse innenfor området. I et visst omfang utredes mild til moderat utviklingshemming. I saker der tester viser avvik på et generelt grunnlag, skjer oppfølging i samarbeid med Habiliteringstjenesten.*

I årlig melding fra UNN fremkommer at utredningen fra den UNN-interne arbeidsgruppen anbefalte at: «... det er behov for endringer i faglig struktur og organisering av tilbudet ved UNN til denne pasientgruppen for å sikre kvalitet og likeverdige tjenester i opptaksområdet». UNN vil i løpet av 2018 utarbeide forslag til endringer i faglig struktur og organisering.

#### **HNIKT:**

- Bygge opp en virksomhetsarkitekturpraksis i tråd med anbefalinger gitt av Nasjonal IKT. Arkitekturområdet skal eies av Helse Nord RHF, men forvaltes av Helse Nord IKT i tett dialog med eier.

Helse Nord IKT har gjennom prosjektet FAKT Arkitekturprosjekt realisert målet.

Helse Nord IKT HF vurderer derfor oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap.

HN IKT har lagd en rutine hvor det skal meldes avvik til tjenesteansvarlig ved brudd på avtalt opptid målt pr. måned. Det har ikke vært noen brudd på avtalt opptid i 2017.

Rutinen er manuell. Det er ønskelig å automatisere dette på sikt.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

**HSYK:**

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

- Den 31.12.17 var lokal saksbehandlingstid 20,8 dager.
- Den nasjonale løsningen er ikke et tilstrekkelig automatisert og krever langt mer manuell saksbehandling enn det nasjonale prosjektets estimater. Estimert bemanningsbehov pr 31.12.17 var 10,7 årsverk, mens forbruket er nærmere 20 årsverk.
- Pasientreiser HF overtok 01.01.2018 oppgaven og ansvaret med å avregne alle pasientreiseregninger i Norge. 7 ansatte + 5 vikarårsverk ble virksomhetsoverdradd fra Helgelandssykehuset HF til Pasientreiser HF fra samme dato.

**FIN:**

- Utvikle videre tolketjenesten for den samiske befolkningen.

Samisk tolkeprosjekt rulles ut i henhold til planen, og er i dag et implementert tjenestetilbud i Finnmarkssykehuset med navnet samisk tolketjeneste. Det er ansatt tolker i turnus, og en har nå et tilbud og tilgjengelig samisk tolk i Finnmarkssykehuset fra kl 08.00 til kl 22.00 alle dager. Det er også mulighet å forhåndsbestille tolk av pasienter og fastleger. Det gis kun tilbud på nordsamisk. Et tilbud på lule- og sørsamisk språk var foreslått på et senere tidspunkt i henhold til prosjektrapport. For videre utvidelse av tolkeprosjektet må det lages en finansieringsplan. Tolkeprosjektet vil også bli sett i sammenheng med utarbeidelsen av en strategisk overordnet plan, med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Gjennom regional avtale med firma Noricom kan likevel tolketjenester ved hjelp av nord, sør og lulesamisk tolk leveres ved forespørsel.

**3.2 Somatikk**

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

Alle våre helseforetak har prosedyrer for å gi prehospital trombolyse. Måloppnåelsen har variert, og det vil i løpet av 2018 gjennomføres et prosjekt for å harmonisere prosedyrene som vil bli koordinert fra Helse Nord RHF. Vi har også gitt i oppdrag at helseforetakene må etablere systemer for opplæring av nytilsatte, samt resertifisering for personell som er i tjenesten.

Resultatene for 2017 fordelte seg som følger:

- UNN 37,5 pst
- Nordlandssykehuset 14,9 pst

- Helgelandssykehuset 32,7 pst
- Finnmarkssykehuset 17,4 pst

Det nasjonale snittet for 2017 var på 40,3 pst.

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

Fagråd for hjertesykdommer har startet arbeidet med å standardisere pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt. I arbeidet inngår oppfølging av fagrevisjonen som ble gjort for pasienter med NSTEMI. Fagrådet skal være pilot for å etablere regionale prosedyrer i ny oppdatert versjon av Docmap.

#### **NLSH, UNN:**

- Leverer plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

UNN har iverksatt oppgavedeling ved at ortopedene selv vurderer kontrollbilder. Ved Nordlandssykehuset er oppgavedelingsprosjektet i radiologi ytterligere forsinket. Ferdigstilling var planlagt innen utgangen av desember 2017, men på grunn av sykdom er ferdigstilling utsatt til mars 2018.

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

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

Det er ikke gjort noen reduksjon av døgntilbudet innen TSB i 2017. Alle foretak har gjennomført tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten i regionen.

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

Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset rapporterer at de har egne tilbud til sped- og småbarns psykiske helse. Universitetssykehuset i Nord-Norge rapporterer at det arbeides med planer for utvikling av tilbudet til denne gruppen.

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

UNN har i 2017 jobbet med å få godkjenning som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering innen Rus og avhengighetsmedisin. NLSH mangler akutttilbud for å kunne få godkjenning. Begge foretak har etablert LIS-stillinger i rusavdelingene.

#### **FIN og HSYK:**

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



Planene ble ikke ferdigstilt innen fristen. Begge helseforetakene rapporterer at de jobber med å ferdigstille planen.

**UNN:**

- Etablere relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

Tiltaket er under arbeid ved UNN. Det er utarbeidet en forskningsprotokoll som er godkjent av den etiske forskningskomiteen (REK) i 2017. Det jobbes med mindre endringer i prosjektet med påfølgende endringsmelding til REK i 2018. UNN melder at de vil utarbeide to prosjektbeskrivelser, en kvalitativ og en kvantitativ, ut fra protokollen. Senter for kvalitet og utvikling ved UNN er involvert i arbeidet. Helse Nord RHF vil vurdere delprosjektene før innvilgelse av finansiering av prosjektet fra RHF. UNN forventer oppstart av datainnsamling første halvår 2018 etter etablering av nødvendig forskningsteknisk infrastruktur.

### **3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter**

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

Helse Nord RHF har i 2017 jobbet med revidering av Regional utviklingsplan for avtalespesialister. Prosjektstyret har representasjon fra RHFet, avtalespesialistene, RBU og KTV/HTV. Fagsjefmøte er referansegruppe i planarbeidet. Alle avtalespesialister, kommuner og helseforetak, ved fagsjefer, har vært invitert til å komme med skriftlige innspill.

Planen skal styrebehandles 25. april 2018.

- Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

UNN har ikke fylt kravet om å etablere samarbeidsavtaler. Har som mål å innfri kravet i løpet av første halvår 2018.

Nordlandssykehuset har sendt forslag til samarbeidsavtale til alle avtalespesialister i desember 2017, og har inngått seks avtaler. Målsetting om å få på plass øvrige avtaler.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har fått på plass avtaler.

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

Tjenesteavtale 2 omhandler helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. UNN arbeider med flere områder innen denne avtalen; barn som pårørende, individuell plan, koordinerende enhet (KE) og regional koordinerende enhet (RKE). Det er også laget nye prosedyrer for behandlingshjelpemidler vedtatt av OSO.

Tjenesteavtale 5 omhandler retningslinjer for utskrivning av pasienter. Ved UNN tilbys det opplæring knyttet til avtalen i klinikker/avdelinger, det er gjennomført egne workshop med deltakere fra kommuner og foretak mm. Viktigst er at OSO har satt ned et eget klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som lager nye retningslinjer, prosedyrer, flytskjema m.m. knyttet til tjenesteavtale 5.

Tjenesteavtale 10 omhandler samarbeid om forebygging. Her har hovedfokus vært å forebygge smittespredning. Folkehelseindikatorer vil bli lagt ut på Samhandlingsbarometeret.

Ved Nordlandssykehuset er tjenesteavtale 2, 5 og 10 revidert og behandlet av OSO høsten 2017. Revisjonen er gjennomført i samarbeid med KSU. Tjenesteavtale 3 og 5 er slått sammen til en avtale. Helseforetaket følger opp innholdet i tjenesteavtalene på flere måter. Herunder avviksbehandling; dersom det avdekkes manglende oppfølging av avtalene, gjennom smittevernsykepleier; som arbeider ut mot kommunene, og gjennom ambulante rehabiliteringsteam.

Helgelandssykehuset har som en fast standard invitert kommunal helsetjeneste til samarbeid i alle lærings- og mestringstilbud som utvikles og driftes ved foretaket. Videre er det utviklet og etablert helsepedagogisk grunnkurs, hvor hovedfokus er på helsefremmende arbeid og pedagogisk virksomhet. Tilbud er til både spesialist- og kommunal helsetjeneste.

Koordinerende enhet v/KE-rådgiver på foretaksnivå deltar i arbeidsgruppe for å utarbeide retningslinjer/funksjonsbeskrivelse gjeldende for alle foretak i Helse Nord vedrørende:

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

Når disse er ferdigstilt vil de bli implementert i Helgelandssykehuset HF, herunder opplæringsmodul i Campus.

Finnmarkssykehuset har i samarbeid med kommunene revidert overordnet samarbeidsavtale, samt tjenesteavtalene 1, 3, 5, 6, 7, 11 og ledsageravtalen. Det er påbegynt arbeid med de resterende tjenesteavtalene. Punktene om rehabilitering og læring- og mestring er fulgt opp underveis, blant annet i dialogmøter med alle kommuner som er gjennomført vår/høst 2017. Smittevern følges opp i revisjon av tjenesteavtale 10. Dialog om utskrivningsklare pasienter skjer ukentlig gjennom meldingsutveksling og gjennom klinikkenes samhandlingskoordinatorer. Utskrivningsklare pasienter er også tema på dialogmøter med kommunene.

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

Alle helseforetak deltar i arbeidet gjennom Samhandlingsutvalget i Helse Nord.

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

Finnmarkssykehuset har ivarettatt dette i ny revidering av tjenesteavtalene.

UNN har gjort en revidering av prosedyrer for legemiddelhåndtering, men det fremkommer ikke om dette er tatt med i tjenesteavtalene.

Helgelandssykehuset gir undervisning i legemiddelhåndtering til ansatte i Helgelandssykehuset, samt til sykepleierstudenter ved Nord universitet Helgeland. Innføring av Tønsys bestillingssystem for legemidler og internopplæring i bruk av kjernejournal, reseptformidler samt DIPS medikamentmodul for leger bidrar til bedre kvalitet på samstemming ved innleggelse og utskrivelse. Samarbeidsavtalene inneholder ikke punkter om legemiddellister og håndtering av dette.

Nordlandssykehuset har i 2017 oppdatert alle tjenesteavtaler, men Sykehusapotek Nord har ikke deltatt i dette arbeidet. God legemiddelhåndtering arbeides det også med i læringsnettverket Gode pasientforløp, og erfaringene herfra inkluderes også videre.

Regionalt prosjekt for samstemming av legemiddellister kan bidra til at legemiddellistene inneholder de riktige og faktiske medikamenter pasienten bruker ved utskrivelse til et annet omsorgsnivå.

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

HN IKT deltar aktivt i dette arbeidet.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

#### **NLSH, HSYK, FIN:**

- Ta i bruk Samhandlingsbarometeret i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Alle våre helseforetak har fått inn data som omhandler samhandling, kommunehelsetjenesten og demografiske data. Det gjenstår fortsatt en del arbeid med å orientere ansatte og kommunene om bruk. Alle OSO er informert om samhandlingsbarometeret. Det varierer imidlertid i hvor stor grad helseforetakene har tatt samhandlingsbarometeret i aktiv bruk. Dagens status er at Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset ikke har tatt dette i bruk, mens Finnmarkssykehuset og UNN benytter dette som et verktøy i samhandlingsøymed. UNN v/ samhandlingsavdelingen, som har ansvar for å utvikle verktøyet, har et særskilt ansvar for å bidra til implementering i hele regionen.

#### **HNIKT:**

- Ansvar for at organisasjonen er dimensjonert til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser innen 1. mai.

Det er iverksatt kortsiktige og langsiktige tiltak for å øke leveranseevnen, og sikre at HN IKT leverer tilleggsoppdrag utenfor tjenestenivåavtalene innen avtalt tid.

Gjennomføringsevnen er bedret i løpet av siste halvår 2017. Det er i tillegg igangsatt egen analyse og gjennomgang av leveransmodellen og intern organisering for å sikre bedre gjennomføringsevne – herunder en vurdering av om økning i timeprisene kan være et virkemiddel. Resultatene fra denne gjennomgangen vil ventelig gi effekter i løpet av 2018, og sikre at målet nås.

- Etablere et testsenter som benyttes aktivt for testing av eksisterende og ny funksjonalitet og driftsendringer. QA-installasjoner skal først etableres for DIPS, Sectra, integrasjonsplattformen og digitale pasienttjenester. Testsenteret skal kunne utføre ende-til-ende-testing fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetester. Helse Nord IKT skal senest ved utløp av 1. tertial bekrefte at testsenteret er i drift på de tjenester som er etablert.

Testsenteret er etablert og i bruk. Den tekniske løsningen er ferdigstilt. E-helsedirektoratet har varslet endring på deres testmiljø som får konsekvenser i forhold til ende-til-endetesting fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetester. Videre framdrift krever avklaring med E-helsedirektoratet.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes.

HN IKT oppfyller de fleste standarder. Unntak er systemer HN IKT ikke har kontroll på (for eksempel Labcraft som forvaltes av UNN), og nylig vedtatt standard for PLO, PLO 2.0 som ikke kan implementeres siden journalsystemer ikke er klar for å ta disse i bruk. PLO 2.0 er foreløpig ikke tatt i bruk av noen, HN IKT deltar i nasjonale fora hvor implementering drøftes.

Det legges om til bruk av integrasjonsplattformen for lab og røntgen.

Røntgensvar: Tilpasset tjenestebasert adressering via integrasjonsplattformen, litt gjenstår.

Sympathy: Tilpasset tjenestebasert adressering via integrasjonsplattformen, litt gjenstår.

Analytix: Prosess startet for å få meldingene ihht standard – tjenestebasert.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Adresseregisteret tilgjengeliggjort fra Norsk Helsenett skal benyttes i hele regionen innen utløpet av 1. tertial.

Plan ikke nådd delvis på grunn av tidkrevende jobb, delvis på grunn av at leverandør ikke har levert tilfredsstillende produkt (Visma Link).

Med bakgrunn i overnevnte beskrivelse vurderes ikke oppdraget som gjennomført i henhold til oppdragsdokument 2017.

- Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB) i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner.

Etablering av drift og forvaltningsorganisasjon fase 1 er gjennomført (plattformdrift). Integrasjonsutvikling og arkitektur innlemmes ila Q2 2018.

Styring av tjenesten gjøres ved hjelp av en Integrasjonsstrategi, målarkitektur og integrasjonspolicy som er etablert gjennom Integrasjonsprosjektet i Helse Nord.

Nasjonalt samarbeid og utveksling av kildekode er etablert mellom alle fire regioner.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører.

Integrasjonstjenesten og integrasjonsprosjektet leverer til regionale prosjekt på bestilling og leveransene prioriteres i henhold til Integrasjonspolicy. Vurdering av ressursbehov gjøres løpende.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området.

Helse Nord IKT har startet registrering av saker som indikerer at helseforetakene ikke forholder seg til vedtatte strategier, bruk av HN IKTs infrastruktur, sikkerhetsregime etc.

Det er under utarbeidelse egne prosedyrer for å håndtere og rapportere slike saker.

Helse Nord IKT HF har igangsatt tiltak som skal sikre håndtering av oppdraget i tråd med oppdragsdokument 2017.

### 3.5 Kvalitet

- Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
  - Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

NLSH:

Ny elektronisk løsning NCAF ble tatt i bruk av GTT-teamene ved Nordlandssykehuset HF i 2016. I 2017 har løsningen blitt implementert i alle foretakene i Helse Nord. Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet har vært aktive i utvikling og verifisering av NCAF. Kompetansetjenesten utfører opplæring og veiledning i GTT-arbeidet for hele regionen. To avdelinger ved Nordlandssykehuset er i gang med å bruke enkelthendelser avdekket ved GTT til aktiv forbedring. I 2018 fortsetter arbeidet for å utvikle lett tilgjengelige rapporter i VA-portalen til bruk for foretaksledelse, klinikkledelse og de enkelte GTT-teamene.

FIN:

Finnmarkssykehuset har tatt i bruk elektronisk løsning for GTT-granskning.

HSYK:

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

UNN:

UNN har tatt i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning.

SANO:

Ikke aktuelt

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

Helse Nord RHF har ikke etablert en elektronisk løsning for PREMs. Arbeidet med PROMs gjøres fra SKDE, jf arbeidet med medisinske kvalitetsregistre. UNN og Nordlandssykehuset har en elektronisk løsning for PREMs, og i avvente av anbud på inn/utsjekksløsningen er det ikke gjort noe ytterligere fra Helse Nord RHF for en egen løsning for PREMs. Helse Nord RHF vil legge til rette for at alle helseforetakene kan få

en slik løsning, med en opplæringspakke i hvordan bruke resultatene i forbedringsarbeid.

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

Det er i 2017 gjennomført piloter for kliniske fagrevisjoner for «NSTEMI» (FIN Hammerfest, NLSH Bodø, UNN Harstad og HSYK Mo i Rana) og «Adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft» (UNN Tromsø/FIN Hammerfest og NLSH Bodø/HSYK Sandnessjøen) i Helse Nord.

Revisjonsrapporter er utarbeidet for «NSTEMI» og under utarbeidelse for «Adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft».

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Alle helseforetakene har deltatt i utviklingen av modulbasert opplæringsprogram med prosjektledelse fra UNN. Sluttrapport og opplæringsmaterieell ble overlevert Helse Nord RHF ved utgangen av august.

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

Alle medarbeidere i Helse Nord er blitt tildelt en felles, obligatorisk kompetanseplan. Kompetansemoduleen i Personalportalen skal brukes for å registrere og følge opp kompetanseutvikling for ansatte. Moduleen gir god oversikt for både ledere og medarbeidere, og dokumenterer kompetanseutvikling for den enkelte. Arbeidet med å legge inn kompetanseplaner i Kompetansemoduleen er kommet ulikt langt i klinikkene i UNN.

Ved Nordlandssykehuset fikk Senter for klinisk støtte og dokumentasjon høsten 2017 i oppdrag å etablere systematisk opplæring for alle ansatte i DIPS EPJ. Fortløpende med at opplæringsmaterieell tilpasses prosedyrer og rutiner tilgjengeliggjøres det i Campus og knyttes som aktivitet opp mot kompetansekrav i Kompetansemoduleen. Helgelandssykehuset har videreført opplæringen som ble igangsatt etter HOS prosjektet, der EPJ- rådgivere gjennomførte opplæringen av DIPS brukere.

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

Det er lagt til rette for at avdelingsledere dokumenterer opplæring i kompetansemoduleen.

En stor utfordring for fullstendig måloppnåelse er at helsepersonell som skal motta opplæring, ikke er tilgjengelig på grunn av at annen aktivitet prioriteres.

Ved Finnmarkssykehuset arbeides det med å utvikle Kompetanseportalen som et hjelpemiddel til å kunne sette kompetansekrav og følge opp at nødvendig opplæring blir gjennomført og dokumentert.

Ved Sykehusapotek Nord har Kliniske farmasøyter tilgang til sykehusenes pasientadministrative systemer. Nødvendig opplæring gis av sykehusene.

- Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

- Helgelandssykehuset – en hendelsesanalyse
- UNN – 7 hendelsesanalyser
- Nordlandssykehuset – gjennomført 1, 1 pågår og vil ferdigstilles i januar 2018.
- Finnmarkssykehuset – ikke gjennomført noen, Sentralt Pasientsikkerhetsutvalg skal gjennomføre første analyse innen våren 2018.
- Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i en hendelsesanalyse gjennomført ved Nordlandssykehuset. I tillegg er det gjennomført en hendelsesanalyse internt i Sykehusapotek Nord.

#### **UNN:**

- Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

Prosjektet ble ledet med prosjektleder ved UNN. Prosjektleder overleverte opplæringsmateriale og prosjektrapport i slutten av august 2017.

### **3.7 Smittevern**

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

Alle våre helseforetak har ansatt smittevernlege som koordinerer smittevernarbeidet.

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

Alle våre helseforetak med tilhørende opptakskommuner har inkludert smittevern i tjenesteavtale 10.

- Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer.
  - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).



Alle våre helseforetak har innført antibiotikastyringsprogram og opprettet antibiotikateam, med deltakelse av farmasøyter fra Sykehusapotek Nord.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Alle våre helseforetak har utarbeidet rapporter for forbruk av antibiotika fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Sykehusapotek Nord har bistått i arbeidet.

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

Alle våre helseforetak med unntak av Nordlandssykehuset har i 2017 en oppfølging på over 95 pst. Nordlandssykehuset ligger i 2. tertial tett oppunder måloppnåelse for keisersnitt, hemiprotese og coloninngrep. Arbeidet med å bedre oppfølgingen vil fortsette i 2018. Ved UNN skal dette gjennomgås ved hendelsesgjennomgang. De har i likhet med Finnmarkssykehuset etablert egne prosedyrer for slik oppfølging. Dette arbeidet er pågående i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

- Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Alle våre helseforetak rapporterer tertialvis.

#### **HSYK:**

- Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten

Helgelandssykehuset har fra 1.10.2017 styrket smittevern med 50 pst stilling slik at smittevernsykepleier på foretaksnivå nå har 100 pst stilling. Smittevernpersonellet bidrar med undervisning og råd til kommuner på forespørsel. Helgelandssykehuset vil i løpet av året på nytt vurdere å styrke smittevern ytterligere for å bistå kommunehelsetjenesten.

### **3.8.1 Klima og miljøtiltak**

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

Alle helseforetakene samt Helse Nord RHF er resertifisert til ISO 14001:2015 unntatt Helgelandssykehuset HF.

Helgelandssykehuset HF har avtale med DNV og skal resertifiseres i april 2018. Helse Nord IKT HF ble etablert som eget HF pr 1. januar 2017 og ble sertifisert i henhold til ISO 14001:2015 12-13. desember 2017.

FIN:

DNVGL gjennomførte sertifiseringsrevisjon i uke 46. Revisjonen avdekket fem avvik. Finnmarkssykehuset har utarbeidet handlingsplan med tiltak for å lukke avvikene. DNVGL har godkjent tiltakene, og sertifikatet er videreført.

NLSH:

Nordlandssykehuset HF ble 4. september 2017 sertifisert etter nye ISO-14001:2015.

HN IKT:

Helse Nord IKT ble revidert av DNV 12.-13. desember 2017. Revisjonen ble gjennomført på ledelsessystemet. Basert på revisjonsutvalget ble ledelsessystemet vurdert å være effektivt i henhold til standardens krav, med unntak av noen avvik i funnlisten. Revisjonsleder vil innstille til utstedelse av sertifikat når korrigerende tiltak for alle avvik er gjennomgått og godkjent. Dette skal gjøres innen 13.mars 2018. Når overnevnte godkjenning er gjort vil oppdraget være løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

UNN:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble resertifisert etter ISO14001:2015 9.6.2017 og følger opp de nasjonale indikatorene til Nasjonalt klimaregnskap. Grunnet utbyggingen av A-fløy og PET senteret og prøvedrift vil det ikke være mulig å sammenligne resultat mot foregående år, Men det totale forbruket vil bli meldt inn.

Sykehusapotek Nord

Resertifisering av miljøstyringssystemet etter ISO-14001:2015 er gjennomført med godt resultat. Alle avvik er lukket, og Sykehusapotek Nord har mottatt bekreftelse på at foretakene tilfredsstillt kravene.

HSYK:

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

- Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding.
  - Energiforbruk
  - Avfall
  - Vann
  - Innkjøp

Helse Nord har etablert en regional gruppe for klima og miljø hvor alle spørsmål og forhold innen dette området følges opp. I tillegg rapporteres resultater for de nasjonale klima- og miljøindikatorene i felles rapporteringssystem. For 2017 blir det også utarbeidet en rapport for HMS og samfunnsansvar hvor også klima og miljø inngår.

FIN:

Finnmarkssykehuset deltar i regionalt miljønettverk. I dette fora følges rapportering og rapporteringsverktøy for de nasjonale miljøindikatorene opp.

NLSH:

#### Energi

Oljeforbruket i helseforetaket måles ikke fortløpende, men vi registrerer vårt «forbruk» gjennom det som blir kjøpt inn i løpet av et år. I 2016 ble det derfor ikke forbrukt fyringsolje. I 2017 har forbruket vært på 250.867 kWh. Dette skyldes i hovedsak at el-kjelen på gartneriet på Rønvik har vært defekt i store deler av 2017 og at vi har fyrte med olje som reserveløsning. Det er nå i ferd med å bli etablert fjernvarme på gartneriet slik at vi kan fjerne muligheten for å fyre med olje der i fremtiden.

Når det gjelder fjernvarme i Bodø sentrum har det vært en reduksjon på forbruket av fjernvarme fra 2016 til 2017 på 1 million kWh. Dette kan skyldes at vi ikke betalte for oppvarmingen av det meste av A-fløy i store deler av 2017 siden denne er under rehabilitering. Samtidig har vi tatt i bruk en meget energieffektiv G-fløy. På Rønvik sykehus er 2017 det første hele året vi kun fyrte med fjernvarme. Her havnet vi på 5,35 millioner kWh.

El-forbruket i Lofoten er omtrent på samme nivå i 2016 og 2017, mens el-forbruket i Vesterålen har hatt en stor prosentvis reduksjon fra 2016 til 2017, nesten 19 %. Dette skyldes nok at varmpumpen er justert inn slik at den ikke dumper så mye varme til sjø, men tar vare og nyttiggjør seg varmen bedre. I tillegg har forbruket av propangass også gått ned i Vesterålen i samme tidsrom.

Når det gjelder ny varmpumpe i Lofoten har det vært en stor forsinkelse, noe som fører til at denne ikke er operativ før sommeren 2018.

#### Avfall

Den totale avfallsmengde for hele helseforetaket har hatt en økning på 7,5 % fra 2016 til 2017. Målet har vært å redusere avfallsmengden med 1 % årlig fram mot 2018. Noe av grunnen til denne økningen skyldes at rivningen av det gamle akuttmodtaket i Bodø sentrum ble registret inn på drift og vedlikehold. Trolig har også har mye av inventaret i A-blokka i Bodø sentrum blitt kastet som restavfall og trevirke, noe som forklarer mye av økningen i både restavfall og totalavfallsmengde.

Når det gjelder farlig avfall har vi en økning i mengden, noe som skyldes at ansatte er flinkere til å sortere dette ut. Mengden papiravfall har økt grunnet bedre sortering.

#### Vann

Vannforbruket i Bodø sentrum og i Vesterålen har økt en del fra 2016-2017. I Vesterålen skyldes dette sannsynligvis defekter i 2 ventiler som styrer innmatingen av nettvann til kjøleprosesser på kjøll/fryserom og dataromskjøling. I Bodø sentrum kan dette skyldes økt bruk av nødkjøling siden høyblokkas A-fløy bygges om.

Lystgass

Tallene fra Sykehusinnkjøp HF om lystgass er ikke klare for 2017 før tidligst 20 januar 2018.

HN IKT:

Energiforbruk – Helse Nord IKT holder til i leide lokaler og har begrenset mulighet for påvirkning på energiforbruket.

Avfall – Redusere forbruket av kopipapir årlig med 2% fram til 2021.

Innkjøp - Mål om at 20% av leverandører på rammeavtaler for Helse Nord IKT skal være miljøsertifiserte innen 2021.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

UNN:

UNN deltar i regionalt miljønettverk. I dette fora følges rapportering og rapporteringsverktøy for de nasjonale miljøindikatorene opp.

Sykehusapotek Nord:

For energiforbruk, avfall og vann inngår Sykehusapotek Nord i sykehusenes tall. Det er foreløpig ikke utarbeidet mål for innkjøp, men dette kan vurderes i forbindelse med revisjon av miljøstyringssystemet. Dette er ikke gjort da det vesentligste av Sykehusapotek Nord innkjøp er varer for videresalg til sykehus og pasienter. Det er egen avtale med grossisten som leverer varer for videresalg. Avtalen inneholder også miljøkrav.

HSYK:

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

***HNIKT:***

- Etablere tiltak for gjenbruk av utstyr, f.eks. ved avhending til ideelle organisasjoner

Helse Nord IKT sørger for at Helseforetak i Helse Nord benytter seg av retur ordning fra Atea kall Loop3. Denne tjenesten utfører blant anna resirkulering av elektronisk utstyr i henhold til gjeldende forskrifter og lovverk.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

### **3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet**

- Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler.

- Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1.mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Styrene i helseforetakene har behandlet området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) i 2017.

Flere av helseforetakene avgrensner dette kravet til å omhandle Helse Nord RHF sitt brev til helseforetakene 24. November 2017. I et kontinuerlig utviklingsarbeid er dette forståelig, da dette brevet gir viktige prioriteringer. Gjennomføring og oppfølging av risikovurderinger i helseforetakene er en kontinuerlig prosess.

HN IKT gjennomførte i 2016 risikovurderinger for de største systemområder/applikasjonsområder. Det gjøres også en ny risikovurdering for disse i løpet av 2018. Videre så utarbeider HN IKT HF en helhetlig risikostyringsmodell for å sikre at risiko vurderes og håndteres korrekt og likt, uavhengig av type og område. Denne forventes klar for implementering innen utgangen av 2018.

Styresakene viser at det har blitt gjennomført svært mange risikovurderinger på kort tid. Det er gjennomført mange risikoreduserende tiltak, men ifølge styresakene er det fortsatt områder hvor status på anbefalte tiltak ikke er tilfredsstillende.

Med unntak av en, gir styresakene en detaljert beskrivelse av hvilke risikovurderinger som er gjennomført, og beskriver og tidfester plan for hvilke som skal gjennomføres. Disse sakene gir også en beskrivelse av hvilke risikoer som er avdekket, og hvilke tiltak som er iverksatt.

Helse Nord RHF vil innhente, og eventuelt følge opp, ytterligere informasjon der styresakene er ufullstendig i beskrivelsen av gjennomførte risikovurderinger, tiltak og plan fremover.

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

I mai i år får Norge nye personvernregler. Da vil den nye personvernforordningen fra EU erstatte dagens regelverk. Det nye regelverket styrker ordningen med personvernrådsgiver (ombud), og det blir obligatorisk for sykehusene. Til nå har dette vært en frivillig ordning.

Alle helseforetak i Helse Nord har etablert ordningen med personvernombud. Ett av helseforetakene har valgt å kjøpe denne tjenesten fra UNN HF, mens de andre HFene har ansatt egne personvernombud.

Datatilsynet har uttalt at erfaringsmessig viser det at det å ha en person med kunnskap om og fokus på personvern i en virksomhet kan gjøre en stor forskjell.

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

De relevante tiltakene er lagt inn under Helse Nord IKT sitt prosjekt «Helhetlig informasjonssikkerhet». Helse Nord IKT har etablert samarbeidsforum, hvor IKT sikkerhetskoordinator fra alle helseforetakene deltar. IKT sikkerhetskoordinator skal sikre oppfølging og iverksettelse av tiltak i eget foretak.

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

Helse Nord IKT har utarbeidet krav for tilknytning til IKT-infrastruktur i Helse Nord. Dette har vært presentert og behandlet i bestillermøte med alle helseforetak. Kravdokumentet er nylig revidert og kvalitetssikring av reviderte krav pågår nå i Avdeling for tjenesteproduksjon i Helse Nord IKT. Når reviderte krav er ferdigstilt, vil disse framlegges bestillermøtet på nytt.

Helseforetakene melder om at anskaffelser og innføringer av IKT systemer gjøres i henhold til gjeldene krav fra Helse Nord IKT og Helse Nord. Noen av helseforetakene trekker frem at det er dialog med Helse Nord IKT ved behov.

Ett av helseforetakene melder at det ikke er gjennomført egne anskaffelser i 2017.

### 3.8.3 Beredskap

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

Alle HF ene har iverksatt nødvendige tiltak i henhold til Riksrevisjonens rapport. Det er i tillegg foretatt gjennomgang og revisjon av planverk og tiltaksplaner.

FIN:

Dette er ivare tatt gjennom foretakets planverk og tiltaksplaner knyttet til beredskap.

NLSH:

Bortfall av vann og strøm.

NLSH HF, sammen med Vestvågøy kommune, gjennomførte i 2017 fellesøvelse ved Lofoten sykehus hvor bortfall av vann var tema. Det var i tillegg et tilfelle med reelt bortfall av vann ved sykehuset hvor beredskapen ble prøvd. Både ved det reelle bortfallet og ved øvelsen ble det skrevet erfaringsrapporter samt gjennomført samtaler mellom NLSH HF og kommunen. Det har resultert i at erfaringene er samordnet og skrevet inn i hverandres planverk. I tillegg er det avtalt årlige

fellesøvelser. Gjennom erfaringene fra Vestvågøy kommune er det nå startet opp samtaler med Hadsel kommune samt etablert kontakt med Bodø kommune hvor beredskapsplanverket er tema.

Det er gjennomført samvirkeøvelser med lokalt kommunalt brannvesen innen brann og evakuering ved sykehusene Lofoten, Vesterålen samt Bodø sentrum. Det er gjennomført evaluering og erfaringene fra øvelsene er skrevet inn i de respektive planverkene.

Ved sykehusene i Lofoten, Vesterålen samt i sentrum Bodø er det etablert nødaggregat slik at sykehusene er selvforskyldt ved bortfall av strøm. Rønvik har deler av bygningsmassen dekket av reservekraft. Aggregatene blir funksjonstestet hver måned gjennom testkjøring.

På grunn av utarbeidelse av nytt pandemiplanverk er ikke arbeidet med samkjøring av planverk og øvelser mellom kommunene i Hadsel og Bodø og sykehusene ferdigstilt. Prioriteringen er forankret.

#### IKT

Etter riksrevisjonenes rapport er det sikret at nødvendige tiltak er satt i verk for IKT området gjennom et omfattende arbeide med risiko- og sårbarhetsvurderinger for de ulike gruppene av systemer, hovedjournalssystemer og spesialistmoduler, systemer for MTU samt enkel databaser og skåringsverktøy. Det gjenstår kun to risikovurderinger for to skåringsverktøy. Dette vil bli gjennomført i første kvartal 2018.

Styret ved Nordlandssykehuset har løpende vært orientert om status for dette arbeidet, senest 12. desember 2017 gjennom styresak 107-2017 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet.

I tillegg til den løpende gjennomgang av status for dette arbeidet har styret i Nordlandssykehuset bedt om oppfølging av Helse Nord om hvilke behov og løsning man har for fjernlagerløsning for de kliniske data som driftes ved det regionale datasenteret. Helse Nord er bedt om å redegjøre for dette, men tilbakemelding er ikke mottatt. Nordlandssykehuset HF etterlyser slik tilbakemelding.

#### UNN:

Beredskapsplaner for infrastruktur er revidert og oppdatert i 2017.

#### HSYK:

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

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

Tjenesteavtale 11 regulerer samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om beredskap. Koordinering er et kontinuerlig utviklingsarbeid, og skjer i hovedsak ved at problemstillinger tas opp i etablerte samarbeidsfora, deltakelse i felles øvingsutvalg mellom beredskapsaktører i området, og i øvelser.

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

Dette arbeidet er utsatt fordi regional legemiddelkomite ikke har startet sitt arbeid i 2017.

### 3.8.4 Forskning og innovasjon

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

2017 er første året med fullårseffekt av strategien og tiltaksplanen. Foretakene melder om fortløpende iverksettelse av tiltak som beskrevet i planen og aktiviteter knyttet opp mot strategiens satsingsområder.

Angående forskning på samisk helse rapporterer foretakene om ulike aktiviteter relatert til området, både enkeltstående prosjekt og tiltak av mer overordnet karakter. Dialog med aktuelle miljø pågår for ytterligere systematisk og målrettet innsats.

UNN rapporterer på bakgrunn av deres særlige ansvar som regional forskningsstøtteavdeling, herunder status på tilsetting i nyopprettede støttefunksjoner, øvrige konkrete tiltak for økt tilgjengelighet til tjenester, samt pågående samarbeid med UiT om felles og koordinerende tiltak innen forskningsstøtte.

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

Noe varierende hvordan foretakene har forstått og ivaretatt oppdraget. Foretakene som rapporterer eksplisitt på dette henviser til samarbeid og dialog med SANKS om identifisering av behov, både på generelt og foretaksspesifikt nivå.

UNN har ikke oppfylt kravet. De refererer til at de ikke har spesialkompetanse i minoritetsforskning. Det er ikke gjort noe fra UNNs side for å søke samarbeid med de



miljøer som faktisk har denne spesialkompetansen, for å identifisere behovene som samiske pasienter i universitetssykehuset har.

**UNN:**

- Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Avdeling for E-helse og IKT ved Kvalitet – og utviklingssenteret (KVALUT) har gjennomført flere workshops for å legge til rette for implementering av **Induct** (nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten). Foretaket er i ferd med å etablere et forvaltningsregime for ivaretagelse av ideskaping.

#### 4 Sikre god pasient og brukermedvirkning

- Implementere nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.

Nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå er implementert og tatt i bruk i alle HF.

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

Ved Finnmarkssykehuset er resultatene fra PasOpp er gjennomgått på alle ledernivå, i alle avdelinger, samarbeidsforum med TV/VO og KVAM råd i klinikkene. Handlingsplaner er også utarbeidet for lukke "avvik". Arbeidet med prosedyrer for utskrivningssamtalen og sjekklister for utskrivning er startet og forslag til prosedyrer foreligger.

Ved Helgelandssykehuset er det Lærings og mestringssenteret som følger opp med helsepedagogisk grunnkurs for helsepersonell der fokus er bedre informasjon til pasienter og pårørende i hele pasientforløpet.

Ved UNN er det satt fokus på pasientenes informasjon om sin sykdom om medikamentene de får med seg inkludert en oppdatert medikamentliste ved utskriving. PasOpp undersøkelsene følges opp i ulik grad i de enkelte klinikker i UNN. I stor grad er disse distribuert og gjort kjent men det finnes ikke oversikt som viser hvilke tiltak som systematisk er iverksatt. Lokal spørreundersøkelse er igangsatt. Her er resultatene mer lokale og det er enklere å iverksette forbedringstiltak basert på egne lokale data.

Ved Nordlandssykehuset er det Prosjektet Et vennlig sykehus som følger opp resultatene fra tidligere PasOpp undersøkelser i somatikk, men undersøkelsen har ikke vært gjennomført de siste to år. Det er i prosjektet utarbeidet tiltak, retningslinjer og prosedyrer med bakgrunn i resultater fra indikatorene utskriving, informasjon, standard, pårørende og organisering.

Sykehusapotek Nord har ikke gjennomført noen særskilte tiltak, men arbeider som del av implementering av klinisk farmasi med å kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved utskrivning.

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

Dette ses i sammenheng med elektronisk løsning for PREMs. Derfor er det noe ulikt om helseforetakene har laget seg egne mål for pasientopplevd kvalitet. Det er flere enheter i helseforetakene som gjennomfører pasient- og brukerundersøkelser.

Resultatene fra disse brukes i det lokale forbedringsarbeidet.

Sykehusapotek Nord startet i 2016 startet et prosjekt med å utvikle egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. Etter å ha gjennomført en brukerundersøkelse (hemmelig kunde) er det i 2017 i gang satt et arbeid for å utvikle brukerundersøkelser og mål for pasientopplevd kvalitet.

Arbeidsgruppen består av ansatte og brukerrepresentanter og arbeidet skal slutføres i 2018.

## 5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

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

Foretakene har innfridd pålagte antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser med et par unntak ved Nordlandssykehuset. Unntakene er begrunnet i forsinkelse i gjennomføringen av tidligere opptaksplasser, som legger beslag på kapasiteten for mottak av nye kandidater.

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

Samtlige helseforetak har i 2017 hatt kandidater på «Ledermobilisering». Helse Nord overtok med virkning fra 01.01.18 regionalt ansvar for «Leder-mobilisering». Høsten 2017 ble prosjektet overført fra Nasjonal ledelsesutvikling til de 4 RHF'ene. Helse Finnmark ved HR sjef leder og koordinerer prosjektet i Helse Nord.

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

Foretakene har ved sine HR sjefer deltatt i regionalt nettverk for å videreutvikle tiltakene i strategien. Nettverket har vurdert hva det er behov for å løse felles, og gjennomgått alle foretaks samlede portefølje innen leder- og ledelsesutvikling. Foretakene har vurdert best practice, og blitt enige om samarbeid i regionen.

Foretakene har i 2017 hatt fokus på følgende 4 områder:

Rekruttering, Lederskifter, Lederveiledning og Evaluering.

Foretakene har etablert en felles mappe hvor foretakenes arbeid med leder- og ledelsesutvikling er tilgjengeliggjort.

- Innføre «Kompetansemodulen» i henhold til prosjektets plan.

Foretakene har i hovedsak innført Kompetansemodulen (KM) i henhold til prosjektets plan. Tekniske utfordringer, som skyldes leverandør, har medført forsinkelser som har resultert i behov for forlengelse av prosjektet. I forlengelsen av prosjektet vil man gjennomføre resterende opplæringsbehov i tillegg til at scopet for prosjektet er blitt utvidet. Fram til 1. mars 2019 tar prosjektet sikte på å få etablert strukturer for arbeid med regionale kompetansekrav/planer og lokale ressurser for drift av KM.

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

I 2017 har foretakene i varierende grad deltatt i arbeidet med bemanningsmodellen med hensyn til egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner. UNN har vært aktive i samarbeid med RHFet og flere workshops/arbeidsmøter har blitt gjennomført. Alle foretakene inngår i regionalt nettverk for erfaringsdeling.

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

Det er gjennomført noen mindre analyser av rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger og Helgelandssykehuset viser til at stillingsandelen for helsefagarbeidere har økt.

Finnmarkssykehuset planlegger å etablere pilot i 2018. For øvrig gir tilbakemeldingene fra foretakene et inntrykk av et behov for sterkere forankring av oppdraget i ledelsen.

#### **UNN:**

- Ansvar for drift av Regionalt utdanningskontor (RegUt). Dette innebærer ansvar for at RegUt bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse i henhold til de funksjoner og oppgaver som tilligger enheten. Dette er beskrevet i mandat for Regionalt utdanningskontor.

I 2017 har RegUt fått tilsatt leder i 100% stilling (fra april 2017), koordinator (gr I og gr II tjeneste) i 100% stilling fra september 2017. Tilsettingsarbeidet for kursadministrator i 50% stilling er også fullført og vedkommende starter januar 2018. RegUt har vært representert i det interregionale LIS prosjektet og tar der ansvar for arbeidsgruppe 1 "Avtaler og finansiering".

RegUt har, i tett samarbeid med LIS 1 komiteen i UNN, utarbeidet planer for Del 1 tjeneste, som alle foretak i regionen har fått. Disse har valgt å tilpasse planene eller bruke dem slik de stod.

Det er avholdt 2 veilederkurs i regionen i 2017, ett i Bodø og ett i Tromsø. Systematiske avklaringsmøter holdes månedlig mellom UNN og RegUt. Systematisk avklaringsmøte holdes også månedlig mellom RegUt og HN-RHF.

## **5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

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

Alle foretak i Helse Nord har felles avvikssystem, Docmap. Indikator for vold og trusler vil sikre systematisk, lik og målbar rapportering, i større grad enn i dag. Helse Nord har utarbeidet e-læringskurs for alle ansatte. Legges inn i den enkelte medarbeiders kompetanseplan i Helse Nord's kompetansesystem. Kurset gir en opplæring i bruk av avvikssystemet i Docmap.

- Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Foretakene har i stor grad utarbeidet handlingsplaner på alle nivåer i organisasjonen, det vil si både på foretaksnivå og på laveste organisasjonsnivå. Klinikksjefene følger opp gjenværende enheter som mangler handlingsplaner. Handlingsplanene omfatter i hovedsak 2-3 forbedringsområder og 1-2 bevaringsområder.

Det er stor variasjon i forbedringstiltakene, og viser at det er lokalt forbedringsarbeid som har stått i fokus. Det er allikevel positivt å registrere at flere har satt gjennomføring av utviklingssamtaler på agendaen. Dette er en viktig arena for forbedring og videreutvikling, og få ansatte har tidligere hatt utviklingssamtaler i foretaksgruppen.

Andre forbedringstiltak som foretakene har iverksatt er; håndtering av konflikter, økt bruk av kompetanseutviklingsplan, redusere jobbrelatert sykefravær, redusere/forebygge mobbing og trakassering, redusere/forebygge vold og trusler, etablering av trivselsgrupper, økt fokus på faglig utvikling, redusere arbeidsbelastning og bedre tilpasning av arbeidsplassene (ergonomi).

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

Erfaringene fra 2017 viser som tidligere at arbeidet med å redusere sykefravær er et langsiktig arbeid, men som samtidig krever god ledelse og gode tiltak. Det er viktig at sykefravær ses i sammenheng med arbeidsmiljøet og ledelse. Skal foretakene lykkes, må innsats settes inn overfor lederne og arbeidet med arbeidsmiljø.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har etablert egne nærværprosjekter som involverer medarbeidere, ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og bedriftshelsetjeneste. Vi ser at dette arbeidet er målrettet og gir resultater.

Samlet sett har foretaksgruppen et stykke igjen for å nå milepælen 7,5%. Det har i andre halvår av 2017 vært feil på sykefraværstallene i personalportalen. Dette har medført at foretakene ikke har hatt optimale data å arbeide med.

#### **NLSH, UNN:**

- Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

Ingen av de 2 foretakene har etablert nærværprosjekt innen fristen. Begge foretakene melder om at de har flere enkelttiltak for deler av virksomheten, men ikke et helhetlig prosjekt.

Nordlandssykehuset HF har kjørt en pilot på en klinikk i 2017, og anser dette som et godt utgangspunkt for å brukes i hele foretaket.

#### **HSYK, FIN:**

- Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2

Finnmarkssykehuset HF:  
Nærværprosjektet i Finnmarkssykehuset HF er evaluert gjennom en intern revisjon høsten 2017. Evalueringens anbefalinger er overført i linjeorganisasjonen. Alle

avdelinger/ enheter skal ha etablert en nærværplan innen 31.12.18. Personal og organisasjon bistår i arbeidet som lederstøtte.

Evaluering av nærværprosjektet viser at prosjektet har gitt følgende konkrete resultater:

Fra 2015 til 2016 ble sykefraværet redusert med 0.8 %. På grunn av feil med rapportsystemet er ikke totale tall for 2017 tilgjengelig. Til og med august 2017 var sykefraværet omtrent på samme nivå som 2016. Det er først og fremst langtidsfraværet som har gått ned.

Prosjektet har bidratt med avklaring av om lag 25 langtidssykemeldte.

I prosjektperioden har foretaket også hatt en vesentlig økning i tildelte tilretteleggingstilskudd fra NAV. Dette har økt fra ca. 720 000 i 2015, til ca. 980 000 i 2016. Nivået i 2017 er omtrent det samme som for 2016.

Lederne opplever det som svært positivt at det er en dedikert ressurs de kan kontakte ved behov for hjelp til nærværarbeid i enheten, samt bistand i enkeltsaker.

Helgelandssykehuset HF:

Nærværprosjektet: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede forlenges ut 2018. Det er ikke gjennomført en evaluering av prosjektet per nå. Prosjektgruppa velger dele «funn» fra vårt lille «forskningsprosjekt» gjennom tiltaket Stimulerings tiltak.

Avdelinger som hadde lavt sykefravær ( $\leq 6,5\%$ ) kunne søke om stimuleringsmidler. Bakgrunnen for tiltaket er at det i nærværarbeid er viktig å også ha fokus på de som er på jobb. Det er av interesse å få kunnskap om hva avdelingene med lavt sykefravær selv fremhever som årsak til at de får dette til. Det var 15 avdelinger som fylte kravene og som fikk tildelt midler.

Noen funn, og mulige suksessfaktorer for lavt sykefravær:

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

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

Foreløpig resultat:

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

Gjennomsnittlig sykefravær:

2015: 7,7%

2016: 6,7%

2017: 6,9%



### 6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

#### **FIN, UNN, NLSH, HSYK:**

- Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons-systemet innen 30. april.

Alle foretakene er godt i gang med registrering i nasjonal base for klassifikasjonssystemet. Det gjenstår noe for FIN, NLSH og UNN som i hovedsak er knyttet til nybyggprosjektene. Dette vil bli tatt fortløpende. For øvrig er det noen utfordringer knyttet til kobling mot FDVU-systemene, men dette diskuteres videre med systemleverandørene, samt at det er et tema i Eiendomsforum Helse Nord.

#### **FIN:**

Dette er ivarettatt i Hammerfest. Kirkenes vil få dette oppdatert når Nye Kirkenes sykehus er ferdigstilt. Finnmarkssykehuset HF mangler dette i Tana og Karasjok, og det får fokus framover først med fokus på Tana. Karasjok må sees på i forbindelse med ferdigstilling av Samisk Helsepark.

#### **NLSH:**

NLSH Lofoten, Stokmarknes og Rønvik er ferdigstilt. NLSH Bodø er under ombygging og rokadevirksomhet slik at dette vil ikke være ferdig før 2020.

#### **UNN:**

UNN leverte data i henhold til bestillingen til Plania i august 2017. Det er tekniske utfordringer for overføring fra Plania til nasjonal database, men dette er under arbeid og tilligger ansvarlig for nasjonal database å løse.

#### **HSYK:**

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

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

Alle foretakene har gjennomført vedlikehold i 2017. Noe er håndtert gjennom investeringsprosjekter og noe over drift. Likevel er det et faktum at ingen av HF ene har vært i stand til å gjennomføre tilstrekkelig verdibevarende vedlikehold på grunn av stramme økonomiske rammer.

Det er et håp om at en eventuell innføring av internleie på sikt vil kunne gi mer forutsigbar økonomi for å ivareta verdibevarende vedlikehold. Dette følges opp og diskuteres i Eiendomsforum Helse Nord i 2018.

**FIN:**

Finnmarkssykehuset HF driver ikke tilfredsstillende verdibevarende vedlikehold. Etterslepet på bygninger er betydelig, og dette skal ivaretas gjennom investering i nybygg.

Finnmarkssykehuset HF må sikre nok midler til reinvestering og vedlikehold på resterende bygg.

**NLSH:**

En stor del av vedlikeholdsetterslepet ved de kliniske anleggene hentes inn gjennom pågående utbyggingsprosjekt. Øvrige tiltak prioriteres innenfor gjenværende investeringsramme i konkurranse med kritiske utstyrsanskaffelser. Det er en utfordring å drive preventivt vedlikehold innenfor de foreliggende økonomiske rammer, enten dette er investering eller drift, men NLSH HF opplever å ha meget høy opptid for alle deler av vår virksomhet.

**UNN:**

På bakgrunn av foretakets overordnede økonomiske resultat i 2107 ble det nødvendig å utsette planlagt vedlikehold i siste halvdel av 2017. Dette medførte at vedlikehold for ca. 7 mill kr ikke ble gjennomført som planlagt. Resterende vedlikeholdsplan på totalt 33 mill kr ble gjennomført.

**Sykehusapotek Nord:**

Sykehusapotek Nord leier lokaler av sykehusene. Når det er behov for dette gjennomføres det nødvendig vedlikehold.

**HSYK:**

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

Første ordinære driftsår har stor grad gått med til kartlegginger, tilstandsanalyser, vurderinger, prioriteringer og beregning av kostnadsbildet for nødvendige utskiftings- og utviklingstiltak (vedlikehold). Dette arbeidet har resultert i en «Utskiftings og utviklingsplan». Nødvendig tiltak for å holde anleggene i forsvarlig drift har likevel vært iverksatt og utført.

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

Alle HF ene har etablert en plan for vedlikehold og utskifting, men metode og omfang varierer betydelig. Det pågår fortsatt betydelig med nybygg- og renoveringsprosjekter i Helse Nord og dette vil fortsette noen år fremover. Disse prosjektene vil håndtere omtrent halvparten av det vedlikeholdsetterslepet som foretakene har pr i dag, og en rullerende 4-årsplan skal i hovedsak sørge for at

resterende etterslep samt nye og renoverte bygg blir vedlikeholdt slik at standard og kvalitet opprettholdes.

For å få en mer ensartet plan og prosedyre for vedlikehold av bygg og anlegg vil videre arbeid med planene følges opp og koordineres av Eiendomsforum, Helse Nord i 2018.

FIN:

Det jobbes med dette kravet. Delvis løses det gjennom planlagt reinvestering, men resterende nivå og kvalitet bør løses gjennom husleiemodell. Det pågår jobb med denne modellen i samarbeid med Eiendomsforum HN RHF.

NLSH:

Pågående utbygging og øvrige prosjekter har belastet eget personell på en slik måte at det ikke har vært mulig å få denne på plass innen fristen. Etablering av rullerende vedlikeholdsplan er et fokusområde for 2018.

UNN:

UNN har over mange år hatt 3-årige vedlikeholdsplaner som sikrer verdibevarende vedlikehold. Det jobbes nå med å utvide plan til å være 4-årig i tråd med styringssignal. Dette oppfattes som en minimal justering av vårt planverk. I 2017 ble UNN nødt til å utsette noe vedlikehold på grunn av foretakets overordnede økonomiske situasjon. Dette har gitt en mindre økning i vedlikeholdsetterslep.

HSYK:

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

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

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

FDV-systemet Medusa er implementert og i bruk ved FIN, UNN og HSYK. NLSH benytter fortsatt Merida i påvente av integrasjon mellom Medusa og innkjøpssystemet Clockwork. Det er igangsatt et integrasjonsprosjekt for å integrere systemene og det forventes at dette er fullført i løpet av 2018.

**FIN:**

Dette er ikke noe Finnmarkssykehuset HF kan gjøre i egenregi, men foretaket deltar i den regionale jobben som gjøres innen dette felt.

**NLSH:**

Nordlandssykehuset har meldt inn hva vi mener må på plass i nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr for at dette systemet skal være tilfredsstillende i forhold til det systemet vi bruker i dag (Merida).

Nordlandssykehuset ble i juli 2017 orientert om at det skulle iverksettes et prosjekt med prosjektgruppe og styringsgruppe for å arbeide med integrasjon mellom Clockwork og Medusa.

Vi avventer videre saksgang fra Helse Nord for å utbedre/videreutvikle Medusa slik at det oppnår tilfredsstillende funksjonalitet, slik at vi kan ta i bruk dette systemet også i Nordlandssykehuset.

**UNN:**

Avdeling for medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler har innført nasjonal database. Avdelingen er representert i alle nasjonale råd relatert til eierskap og forvaltning. Kunnskapsnivået om databasen er på et høyt nivå hos utvalgte på avdelingene. Rapportverktøy vil i større grad bli tatt i bruk når de er ferdig utviklet hos SW leverandøren. DSB var ved tilsyn nov 2017 fornøyd med medisinsk teknisk seksjonens tidlige innføring og dokumentasjon av MTU i databasen.

**HSYK:**

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

***HSYK:***

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

Prosjektet med Internhusleie ble startet i mai 2017. Arbeidsgruppa består av representanter fra hvert sykehus, samt verneombud tillitsvalgt og økonomisjef. Det ble tidlig klart at det vil være for kort tid til å trekke erfaringer med rapportering pr 31.12.2017 og prosjektet ble derfor utvidet slik at sluttrapport leveres 1. mai 2018. Internhusleie ble innført fra 01012018. Arbeidet med å få på plass alle avtalene gjøres i starten på året. Det er gjennom hele prosjektet kontinuerlig samarbeid med HN RHF gjennom fast medlem i prosjektgruppa (prosjektstøtte).

***NLSH:***

- Ferdigstille utviklingsplan innen 1. mars 2018, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Nordlandssykehuset er inne i en arbeidsintensiv periode for å ferdigstille strategisk utviklingsplan. De har bedt om og fått utsettelse av ferdigstilling til 1. mai 2018. Det betyr at utviklingsplanen vil styrebehandles hos NLSH 24. april 2018.

**UNN:**

- Ferdigstille utviklingsplan innen 31. desember 2017, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Arbeidet med utviklingsplan for bygg er fullført, men styrebehandling er utsatt til mars 2018.

## 6.4 Anskaffelsesområdet

- Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

2017 har vært et utviklingsår både foretakene i regionen for Sykehusinnkjøp, og utviklingen av nye prosesser og roller har blitt preget av at man fremdeles er i en «as is» fase.

Universitetssykehuset har kommet lengst med å se på hvordan prosessene kan optimaliseres i samhandlingen med Sykehusinnkjøp. Generell tilbakemelding er at denne funksjonen i dag ivaretas av innkjøpsfunksjonen, men at det forventes regional tilnærming gjennom operasjonalisering av anskaffelsesstrategi.

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

For alle nasjonale anskaffelsesprosjekt ønsker vi i tillegg til å stille med representant i prosjektgruppa, å få opprettet en regional referansegruppe. Foretakene bes oppnevne en representant for hvert anskaffelsesprosjekt til enten å representere regionen eller sitte i referansegruppa.

Vi er representert i prosjektgruppa i alle prosjekter, men har ikke greid å opprette like mange komplette referansegrupper. Foretakene melder da at de har ikke tilgjengelige ressurser med at deres interesser blir ivaretatt av de øvrige foretakene i regionen.

- Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

Alle foretakene leverer anskaffelsesplaner og -behov til Sykehusinnkjøp etter gjeldende kategoristruktur, og oppnevning av ressurser til anskaffelsesprosjekter går også etter denne strukturen. Denne strukturen er også tatt inn i Clockwork og vi vil i 2018 både kunne hente ut, implementere og følge opp data etter denne strukturen. Organisatorisk tilpasning vil skje parallelt med tilsvarende strukturering av sykehusinnkjøp og således endres i løpet av 2018.

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:

- Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
- Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Alle foretak har levert anskaffelsesplan til Sykehusinnkjøp innen fristen 30.11.17.

Ingen av foretakene har nådd målet med full implementering og det er store forskjeller på status internt i foretaksgruppen. UNN har jobbet mest strukturert og lagt et grunnlag som i stor grad kan gjenbrukes av de øvrige foretakene. Alle foretakene rapporterer om et fokus som indikerer at man skal nå forventninger i anskaffelsesstrategi og krav i oppdragsdokument for 2018.

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

Ingen av foretakene leverer en komplett reanskaffelsesplan, og det er store forskjeller hvordan slike anskaffelser håndteres, fra en strukturerte årlige kartlegginger av behov til ren brekkasjetilnærming.

I løpet av 2018 vil en integrasjon mellom Medusa og Clockwork legge bedre til rette for kontroll på hva som finnes og kjøpes av utstyr som igjen vil være grunnlaget for en slik reanskaffelsesplan.

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

Alle foretakene utenom Helgelandssykehuset har styrebehandlet plan i 2017. Helgelandssykehuset har styrebehandlet plan i møte 1.2.2018.

- Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket (se OD)

Alle foretakene har gjennomgått tilstanden og det vises til styresak 140-2017 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017 med risikovurdering av overordnede mål.