

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Kap nr i OD-RHF (for å sortere) [auto]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Rapporterings-frekvens [velg]	Rapportering 2. tertial	Vurdert risiko
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	3	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	4	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	5	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkspsykehuset skal koordinere arbeidet.	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	6	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	7	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	Tertialrapporter og Årlig melding	Likt tjeneste tilbud uavhengig av bosted, er utfordrende og krever tett samarbeid mellom avdelinger og nivå i spesialisthelsetjenesten. Pr i dag er kanskje for mange oppgaver innen dette området lagt til et høyere omsorgsnivå enn nødvendig. I den forbindelse skal det være et møte med NLSH rundt samarbeide og tilbakeføring av flere av pasientene innen barnehabilitering. For Helgelandssykehuset krever det at spesialister innen ulike fagområder sammen vurderer tilstandsgrupper for habilitering og ser på de ulike fagspesifikke forløpsveilederer innen tilstander for å vurdere hvilke undersøkelser og behandlingstilbud som kan ivaretas lokalt. Det er videre mange og sjeldne syndromer som i hvert enkelt tilfelle må vurderes ut fra fagspesifikke veiledere hva som skal følges opp og hvor ofte. Dette er utfordrende for små foretak som Helgelandssykehuset. For å ivareta en større del av habiliteringstjenestens oppgaver ved Helgelandssykehuset vil det være behov for å styrke somatisk kompetanse innen habilitering, samt å sikre samarbeid med andre spesialister innen somatikk. Utover dette må også kompetansebygging for psykologer og lege ansatt i habilitering sikres.	Gul
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	10		Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	2. tertial og Årlig melding	Behandlingslinje for ervervet hjerneskade er ikke eksplisitt implementert, men habiliteringsvirksomheten arbeider etter nasjonale retningslinjer og har et tett samarbeid med habiliteringstjenesten ved Nordlandssykehuset.	
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	14		Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	2. tertial og Årlig melding	Helgelandssykehuset har mange erfarne brukerrepresentanter som mottar honorar for sitt arbeid. Oversikt er sendt til Helse Nord i sommer. Helgelandssykehuset har ingen erfaringskonsulenter som er fast ansatt.	Gul

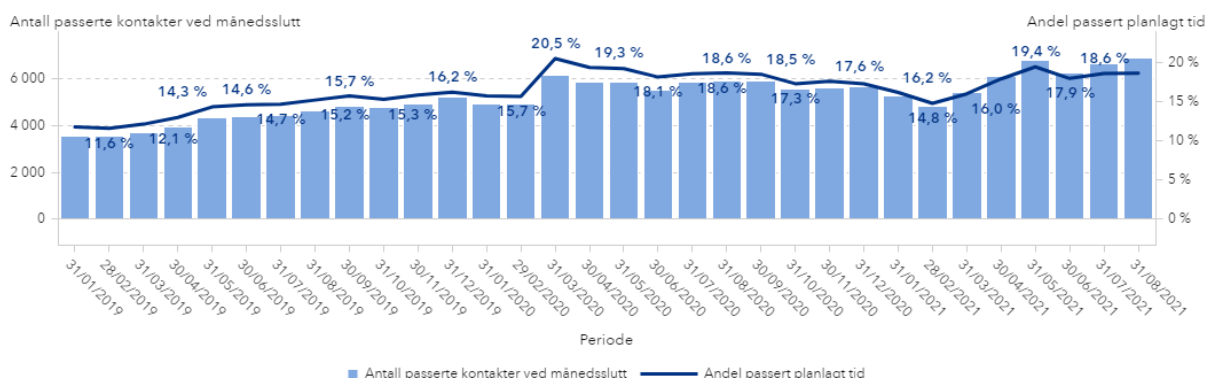
Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Kap nr i OD-RHF (for å sortere) [auto]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Rapporterings-frekvens [velg]	Rapportering 2. tertial	Vurdert risiko
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	15		Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	2. tertial og Årlig melding	Det er etablert samarbeid med Nordlandssykehusets lærings- og mestringssenter for utvikling av mal for diagnoseuavhengige kurs. Malen vil bli drøftet i brukerutvalgets møter for innspill. Helgelandsykehuset ikke har etablert eget ungdomsråd. Senter for samhandling har prosjektledelse for «Samhandling om Mestringstreff på Helgeland. Kompetanseheving, avstandoppfølging og bruk av teknologi i pasient- og pårørendeopplæring (PPO). Et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, tre kommuner og Helgelandsykehuset. Dette er et prosjekt for diagnoseuavhengige kurs/mestringstreff. Mestringstreff kan også ha ungdom som målgruppe.	Gul
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	16		Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.	2. tertial og Årlig melding	Brukerutvalgets leder er medlem av KSU/ arbeidsgruppen.	Grønn
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	18		Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	2. tertial og Årlig melding	Saken er behandlet i HF-ledermøtet og utlysning av stilling forberedes.	Gul
OD HoD	Somatikk	3,2	20	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Rød
OD HoD	Somatikk	3,2	21	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	Tertialrapporter og Årlig melding	HSYK har ikke eget barnepalliativ team, men evt. lindrende behandling lokalt skjer i samarbeid med NLSH. UNN skal koordinere arbeidet og man avventer denne koordineringen.	Gul
OD HoD	Somatikk	3,2	22	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	Tertialrapporter og Årlig melding	Alle kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjøre det på sykehuset, både når det gjelder medikamentell abort og kirurgisk abort. Vi anbefaler medikamentell abort fremfor kirurgisk abort. Kvinner som seinaborterer får vanligvis etterkontroll hos oss. Vi har ikke rutiner for at alle kvinner som spontanaborterer følges opp av helsepersonell i sykehuset. Alle kvinner som har 3 spontane aborter (habituelle aborter), får tilbud om utredning.	Gul
OD HoD	Somatikk	3,2	23	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	Tertialrapporter og Årlig melding	Arbeidet er ikke startet opp i påvente av avklaring mellom de regionale helseforetakene og aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF har 23.09.2021 meddelt at arbeidet er forsinket, og at de lokale helseforetakene foreløpig må avvente tilbakemelding fra Helse Nord RHF.	Grønn

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Kap nr i OD-RHF (for å sortere) [auto]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Rapporterings-frekvens [velg]	Rapportering 2. tertial	Vurdert risiko
OD HoD	Somatikk	3,2	24	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Følg opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: o Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevede tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helseinspektariatet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevede tiltak. o Starte opp med kompetansehevede tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.	Tertialrapporter og Årlig melding	Helgelandspsykietriske har jordmødre på videreutdanning i UL. Det er uklarheter rundt kompetansekrav for legene og kompetansekrav som skal ligge til grunn for søknad fra helseforetakene om godkjenning. Avklaringer mht til fremdrift av det nasjonale prosjektet er brakt opp til interregionalt fagdirektørforum. Det er diaoog mellom helse Nord RHF og fagsjefene mtp søknadsprosedyre for godkjenning av det enkelte helseforetak.	Gul
RHF	Somatikk	3,2	25		Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	2. tertial og Årlig melding	Helgelandspsykietriske oppfyller anbefalingene Nasjonal Traumeplan. Det har vært lav måloppnåelse på rtg thorax og bekken og her jobbe det kontinuerlig med forbedringsarbeid for bedre måloppnåelse	Gul
RHF	Somatikk	3,2	26		Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.	2. tertial og Årlig melding	Stilling ikke opprettet enda. Det er 23.09.2021 informert fra helse Nord RHF om at prosjektet er forsinket og at start i Helse Nord vil bli våren 2023. Helse Nord har stilt midler til til disposisjon for 20 % prosjektlederstilling og anbefaler tilsetning selv om prosjektet er forsinket. Stillingen vil bli utlyst.	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	30	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst	Tertialrapporter og Årlig melding	Tallene gjelder juli, hentet fra NPR med samme begrensninger som tidligere: TSB: ingen tall PHV: 66% PHBU: 61% For PHV og PHBU er det en forbedring, for TSB er det ikke oppgitt tall.	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	31	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	Tertialrapporter og Årlig melding	Tallene gjelder for juli, hentet fra NPR med samme begrensninger som tidligere: TSB: 75% PHV: 71% PHBU: 63% En klar forbedring for alle områder.	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	32	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst	Tertialrapporter og Årlig melding	Tallene gjelder for juli, hentet fra NPR: TSB: 22,2% PHV: 39% PHBU: 28% PHBU har hatt en relativt stor nedgang, mens de øvrige en svak bedring, men her er det problematisk å være sikre på tallene.	Rød
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	33	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.	Tertialrapporter og Årlig melding	PHV: 48% TSB: 60% PHBU: 40%	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	34	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.	2. tertial og Årlig melding	Ikke aktuelt.	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Kap nr i OD-RHF (for å sortere) [auto]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Rapporterings-frekvens [velg]	Rapportering 2. tertial	Vurdert risiko
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	36	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Delta i regionalt kompetansenetverk for forebygging av selvmord. Ntverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.	2. tertial og Årlig melding	Invitasjon en ikke sendt ut fra RHF.	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	37	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	2. tertial og Årlig melding	Proessen er startet, områdesjef Møsjoen ivaretar det stedlige ansvaret	Grønn
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	38	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.	2. tertial og Årlig melding	Vi kan ikke se å ha mottatt invitasjon til slikt nettverk. I oversikt over nettverk i RHF kan vi ikke se at dette nettverket er etablert.	Gul
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	39	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	I tråd med Opptreppingsplan mot vold og overgrep, sørg for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	2. tertial og Årlig melding	Etablering av tiltaket gjøres i nært samarbeid med RHF, på bakgrunn av tildelte midler der konkret bruk av midlene er beskrevet overfor RHF.	Grønn
RHF	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	3,4	41		Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: •Antall samarbeidsavtaler. •Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	Tertialrapporter og Årlig melding	HSYK har 5 samarbeidsavtaler. Avtalespesialistene rapporterer ventetider månedlig til Helse Nord.	Grønn
RHF	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	3,4	42		Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	Tertialrapporter og Årlig melding	Samarbeidsavtalene inneholder informasjon om at avtalespesialist skal rapportere ventetider til Helse Nord månedlig, og ellers ha oppfølgingsmøter med partene fra foretaket. Det kan vi ikke pr. nå se er blitt gjennomført. Dette vil bli fulgt opp internt.	Gul
FTP	Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	43	3.6.2 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser (FTP)	Vurderer om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksrådets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
RHF	Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	44		Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	Tertialrapporter og Årlig melding	HSYK har månedlig oppfølging av forbruk av høykostlegemidler, dvs. H-reseptor og andre ekstra kostbare medikamenter. Man avventer forøvrig initiativ fra UNN som skal lede regionalt arbeid.	Gul
RHF	Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	45		Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	2. tertial og Årlig melding		Gul
OD HoD	Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	46	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden	Tertialrapporter og Årlig melding	Eget vedlegg	Gul
RHF	Kvalitetsutvikling	4,1	51		Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.	2. tertial	HSYK gjennomfører Ledelsens gjennomgang basert på foregående års status i løpet av 1. kvartal påfølgende år. Det ble gjennomført i mars 2021. Status eksterne tilsyn og revisjoner har eget kapittel. Risikostyring 2021 ble gjennomført samtidig. Eget vedlegg.	Grønn
RHF	Samhandling med primærhelsetjenesten	5,0	63		Etablere helsefelleskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	2. tertial og Årlig melding	Helgelandspsykehuset jobber med å etablere Helsefelleskap Helgeland. Partnerskapsmøtet som var planlagt den 22.9.21 ble utsatt, og det forventes at nytt møte blir avviklet 11. februar 2022.	Gul

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Kap nr i OD-RHF (for å sortere) [auto]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Rapporterings-frekvens [velg]	Rapportering 2. tertial	Vurdert risiko
RHF	Samhandling med primærhelsetjenesten	5,0	64		Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	2. tertial og Årlig melding	På Helgeland pågår det flere prosjekt og tjenester mellom Helgelandssykehuset HF og enkelte kommuner. Oversikt viser at vi har gode prosjekter som blant annet «den eldre pasient», «Familiens møte» og FACT Ung. Tjenester som er implementert er blant annet Jobbspesialister (IPS) og Helse i arbeid. På Helgeland jobbes det med oppstart av pasientsentrert helsetjenesteteam og læringsnettverket «Gode pasientforløp». Videre vil satsningen for disse 4 prioriterte pasientgruppene ivaretas ved opprettelsen av Helsefelleskap Helgeland.	Gul
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	68		Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.	2. tertial	Proessen med utarbeidelse av handlingsplan er påbegynt. Arbeidet er dessverre ikke kommet så langt som vi hadde håpet. Helgelandssykehuset tar sikte på å ha en plan for arbeidet klart før årligmelding skal rapporteres til Helse Nord.	Gul
RHF	Utdanning av legespesialister	7,3	73		Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UAO.	Tertialrapporter og Årlig melding	Helgelandssykehuset har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for UAO og funksjonen er på plass innen noen få fagområder. Vi planlegger en ny informasjonsrunde, til alle ledernivåene i sykehuset, for å sikre forankring og kvalitet i spesialistutdanning for leger. Målet er å ha på plass UAO innen relevante fagområder innen utgangen av 2021. Klinikk psykisk helse og rus har etablert funksjon som UAO innen voksenpsykiatri.	Gul
RHF	Utdanning av legespesialister	7,3	74		Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulem, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	Tertialrapporter og Årlig melding	Det dokumenteres systematisk i kompetansemodulem. LIS koordinator overvåker og sender påminning.	Gul
RHF	Anskaffelsesområdet	9,2	87		Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.	Tertialrapporter	Eget vedlegg	Gul
RHF	Anskaffelsesområdet	9,2	88		Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Tertialrapporter	Eget vedlegg	Gul
RHF	Informasjonssikkerhet	4,7	109		Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: - status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner - oppsummering fra avviksrapportering - behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet	Tertialrapporter og Årlig melding	I styremøte 27. mai 2021 ble styret i Helgelandssykehuset fremlagt egen sak med status for arbeidet med informasjonssikkerhet i Helgelandssykehuset. Saken inneholdt: - Trusselvurdering for 2021 - Resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner. - Status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet. - Status på tiltak i handlingsplan, Oppsummering fra avviksrapportering, - Kort om Behov for endringer i styringssystemet for informasjonssikkerhet. Styret vedtok saken ved å ta den til etterretning.	Grønn
41	41	41	41	21	41	41	40	

3,0 – 3: Passert planlagt tid

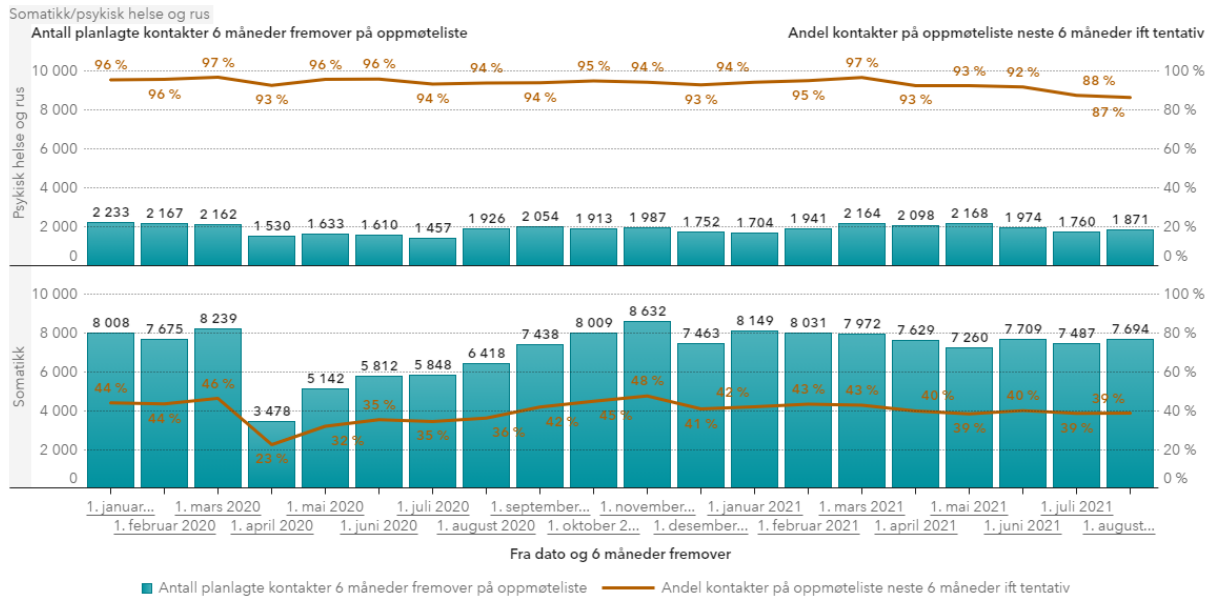


Andelen passert planlagt tid som viser i hvilken grad HSYK ikke overholder pasientavtalene er på et høyere nivå i 2. tertial sammenlignet med 1. tertial i år, og er på om lag samme nivå som i etterkant av covid 19-pandemien. I 2. tertial er om lag 19 % av pasientkontaktene passert planlagt tid hver måned. Fagområdene med størst utfordringer i 2. tertial er ØNH, hjerte, øye og ortopedi, mens fordøyelse som hadde mange i antall tidligere i år nå er redusert betydelig.

Høsten 2020 startet foretaket et målrettet arbeid med å redusere andelen kontakter passert planlagt tid, og dette inngår i et pågående kvalitetsprosjekt som allerede har gitt gode resultater for fagområder som lunge og hjerte. Dette arbeidet vil videreføres fremover, der det arbeides med flere tiltak for å redusere sykehusforbruket på Helgeland innen poliklinikk der en av gevinstene vil være å komme nærmere målet om å nå 95 % overholdelse av pasientavtalene. Foretaket har i tillegg mottatt midler fra Helse Nord knyttet til arbeid med ventetid og kapasitet for ulike fagområder, som vil bidra i dette arbeidet.

3,0 – 4: Planleggingshorisont

Andelen planlagte kontakter med fastsatt dato og tid i forhold til tentativ dato



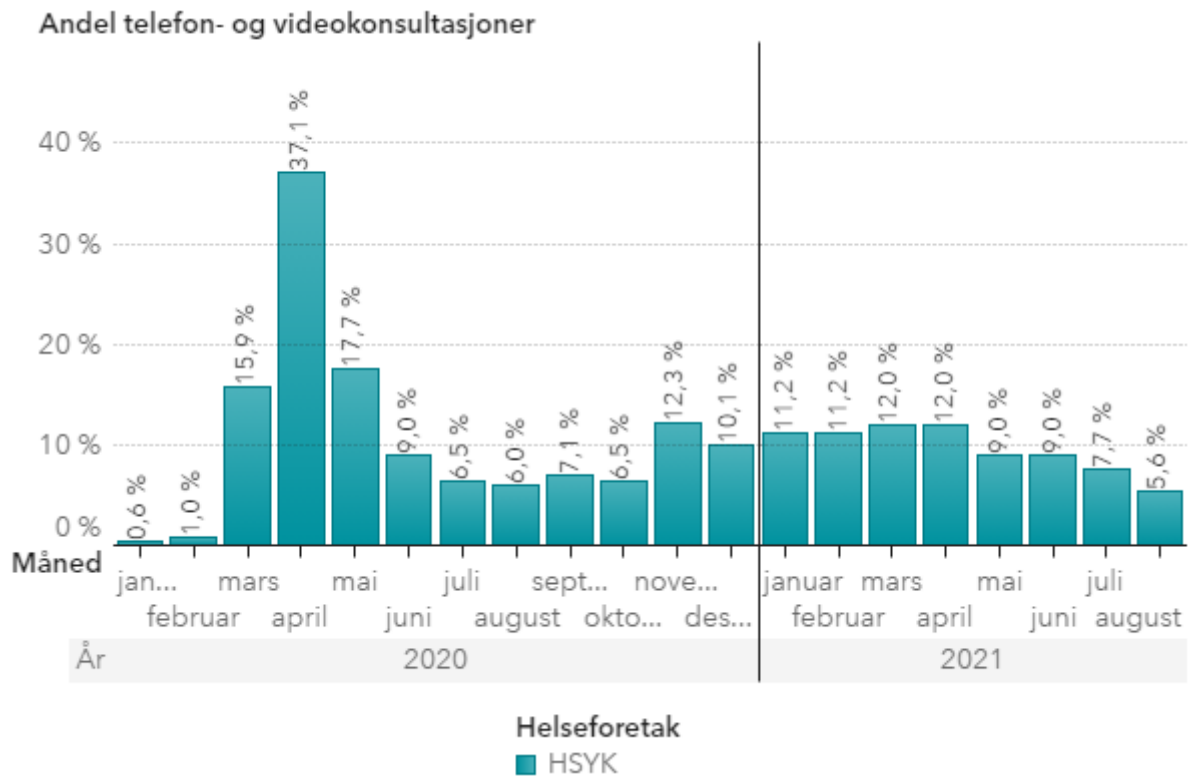
Andre halvår 2020 varierte andelen kontakter med tildelt dato og tid mellom 40-53 % per måned med et snitt på 46 %. I 1. tertial 2021 var snittet for andelen kontakter med tildelt dato og tid 47 %, med en variasjon på 46-49 % per måned, mens andelen i 2. tertial er noe redusert igjen og varierer mellom 43-45 %.

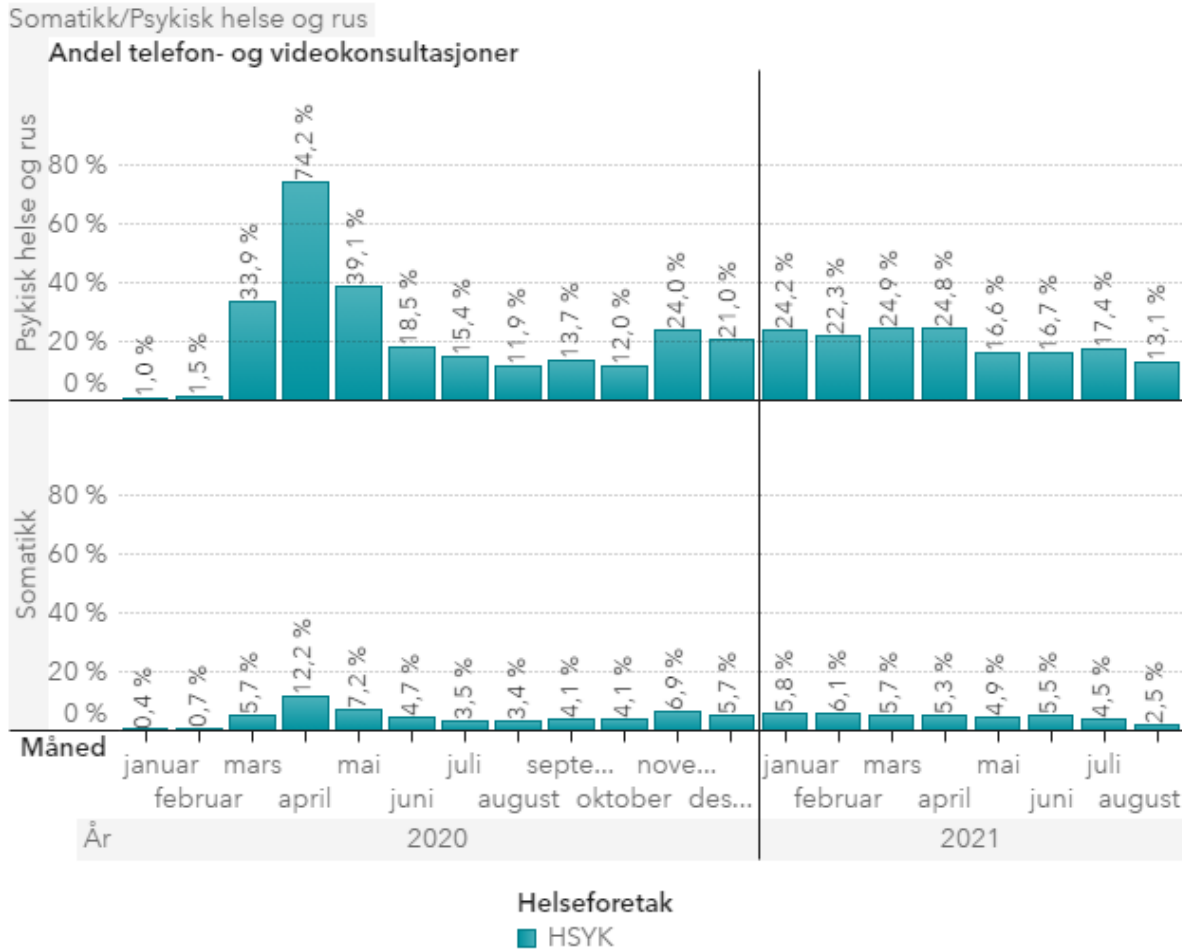
Det er imidlertid stor forskjell for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Innen psykisk helsevern varierer andelen med tildelt dato og tid mellom 87-93 % i 2. tertial, mens antallet kontakter som er planlagt frem i tid både tentativt og med tildelt dato og tid er relativt lavt. I somatikk planlegges det et betydelig høyere antall kontakter frem i tid, mens her er snittet for andel med tildelt dato og tid 42 % i 1. tertial, som er en svak økning fra andre halvår i 2020. I 2. tertial reduseres imidlertid andelen noe, og varierer mellom 30-40 % per måned.

Innen somatikk for fagområdene med noe volum av kontakter er det nyre, onkologi, kvinnesykdommer og fordøyelse som har høyest planleggingshorisont mellom 76 % og 58 %. Fagområdene lunge, hud og endokrinologi har blant den korteste horisonten med mellom 21 % og 24 %.

3,0 – 5: Digitale konsultasjoner

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	5	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.
--	-----	---	--	---





Andelen digitale konsultasjoner er i 1. tertial omkring 11-12 % per måned ved Helgelandssykehuset, mens den i 2. tertial reduseres noe og i sommermånedene er andelen omkring 5-7 %. Som figuren viser er det stor forskjell på psykisk helsevern/TSB og somatikk, der førstnevnte har en høy andel på om lag 25 % i 1. tertial, og reduseres noe i 2. tertial men overholder isolert sett målet på 15 %. I somatikk er imidlertid andelen lavere, og ligger stabilt på om lag 5 % per måned siden november i fjor.

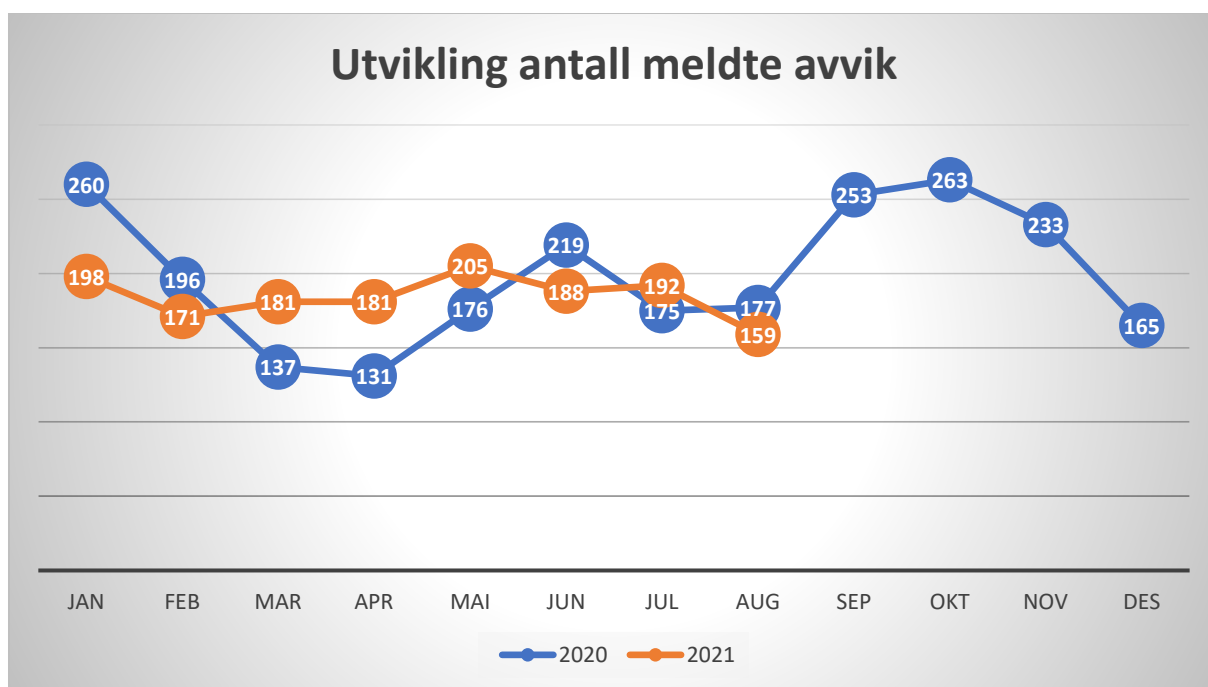
I psykisk helsevern/TSB har alle områdene en høy andel digitale konsultasjoner, men spesielt voksne og TSB skiller seg ut med høyest andel. I somatikk vil man arbeide med å finne flere aktuelle områder der andelen kan økes. Per nå har fagområdene ØNH, nevrologi, ortopedi og barnesykdommer høyest antall, men man undersøker også mulighetene innenfor blant annet områdene endokrinologi og diabetes, lunge og fordøyelse.

Punkt 4.0.43: Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet.

Utvikling andel meldte avvikstyper

Avvikstype	2020	2021, 1.tert	2021, 2.tert
Avvik i annen avdeling	28%	27%	29%
Avvik og forbedring i egen avdeling	28%	25%	26%
Pasienthendelsesskjema	18%	21%	20%
Legemiddelhåndteringsavvik	12%	13%	13%
HMS-avvik	9%	5%	5%
Andre	5%	8%	7%

Utvikling ant. meldte avvik



Utviklingen i når det meldes avvik varierer fra måned til måned, vi ser at januar, september og oktober er de månedene som det normalt meldes flest avvik i 2020. For 2021 har det jevnet seg mer ut men vi ser at januar er på topp og august på bunn. De avvikstypene som meldes mest er «Avvik i annen avdeling» og «Avvik og forbedring i egen avdeling». Vi har hatt fokus på å få øket andelen «Pasienthendelsesskjema» da vi har sett at det meldes en del pasienthendelser i både «Avvik i annen avdeling» og «Avvik og forbedring i egen avdeling». Vi ser at vi har en positiv utvikling i andel «Pasienthendelsesskjema» fra 2020 til 2021.

Hvordan lærer vi av uønskede hendelser

- Hver avdeling har gjennomgang av avvik på deres månedlige avdelingsmøter
- Avvik fra NPE/Helsetilsyn/Statsforvalteren gjennomgås ved avdelingene
- Avvik gjennomgås i kvalitetsråd/kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg
- Kvalitetsavdelingen leser de fleste avvikene for å kontrollere om de blir behandlet godt, om tiltak er beskrevet og om det kan synliggjøres ønsket effekt. Dersom det er hendelser som det kreves raskere oppfølging av, følger Kvalitetsavdelingen spesielt opp disse.

Videre plan for tiltaksarbeidet

HSYK jobber for å øke den generelle forståelsen av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Vi har nå fokus på §6 Planlegg, med mål, informasjon og oversikter samt at avdelingene gjennomfører ROS-analyser i forhold til pasientrelaterte arbeidsoppgaver – hvem er mest kritisk etc. Resultatet av det medfører at §7 Gjennomfør, pkt. c Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer iverksettes.

I forbindelse med overgang til klinikkstruktur er det startet et mer omfattende planarbeid med implementeringen av forskriften om/styringssystemet ledelse og kvalitetsforbedring for hver klinikk og stab/støtte.

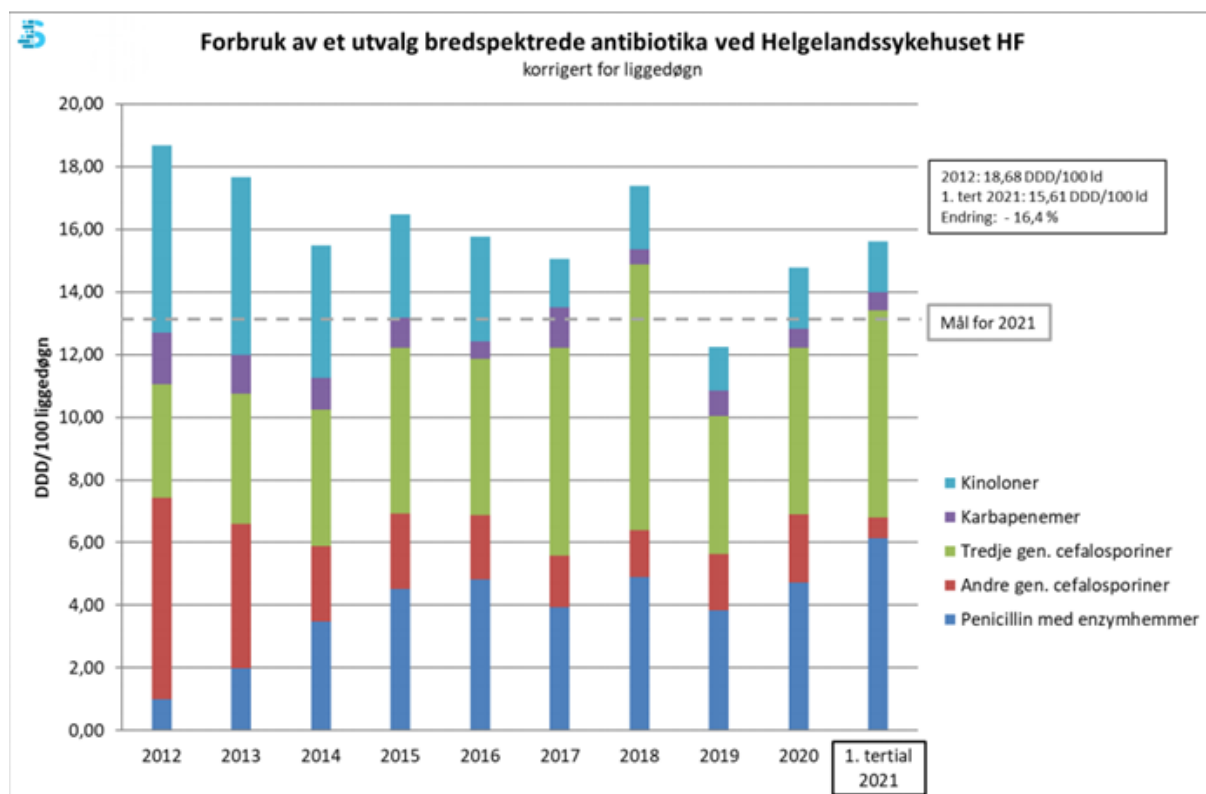
Risikostyring

Foretaksledelsen involverer sine enheter i oppfølging av risikovurderingen av styringsparametrene, dette gjøres til hvert tertial. Styret skal også involveres i utvelgelse av «Topp 10 mål» som også skal følges opp tertialvis.

Punkt 4.0.46

Tallene er hentet fra: <https://www.antibiotika.no/2021/08/05/antibiotikabruk-i-norske-sykehus-1-terial-2021/>

Noe av forklaringen på at vi ikke er ihht ønsket mål er beredskap covid-19 samt overgang til leveranse fra sykehusapotek (og dermed økte lagre internt på sykehuset), men vi øker fokuset på riktig bruk av antibiotika for aktuelle avdelinger, med blant annet flere antibiotikavisitter, i høst.



Krav nr. 9-2-87:

Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstyrs- og produktporteføljen.

Mange av rutinene som bør utvikles i prosjekt «Innkjøp 2023» er ennå ikke klare. Videre er utarbeidelse av en ansvars- og interessematrise i tråd med kategoristrukturen en veldig omfattende oppgave som vi ennå ikke er i mål med. Mye av dette bør etter vår oppfatning gjøres i fellesskap i prosjekt «Innkjøp 2023».

En sentral del av arbeidet med utarbeidelse av matrisen er å avklare hvilken type fagkompetanse/fagrepresentanter som må være involvert i gjennomføring av de enkelte anskaffelsene (definert som anbudspakker i kategoristrukturen) og ved implementering og oppfølging av innkjøpsavtaler. Dette kan/bør gjøres i fellesskap. I dette arbeidet bør også regionens fagmiljøer bidra. Med et slikt utgangspunkt vil det være lettere for foretakene å bekle de ulike rollene.

I forhold til effektiv implementering og oppfølging av innkjøpsavtaler som omfatter lagervarer (Clockwork-artikler) ser vi også behov for å utarbeide en tilsvarende ansvarsmatrise, som kan drilles ned på artikkelnivå gruppert i henhold til kategoristrukturen.

Det er viktig å ha avklart hvem som skal beslutte/kvalitetssikre endringer av leverandørartikler tilknyttet de enkelte Clockwork-artiklene. Her tror vi fagmedvirkning mest effektivt løses gjennom etablering av produktråd. I dette arbeidet bør også fagmiljøene involveres.

I løpet av andre kvartal er har prosjektet Innkjøp 2025 blitt enig om etablering av styringsgruppe som vil ivareta samhandling og involvering av fagmiljøene. Dette er imidlertid behov for å teste og designe en arbeidsflyt som kan være både effektiv og hensiktsmessig. Derfor er det viktig at arbeidsgruppen gis mandat til å utarbeide det.

Krav nr. 9-2-88

Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.

Vi har system for å implementere innkjøpsavtaler og derigjennom realisere gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler. Men vi ser forbedringsmuligheter som vil kunne øke gevinst/nytte av nye avtaler og til realisering av disse. Dette både ved gjennomføring av anskaffelser og ved mottak og implementering av avtaler. Vi bør også finne en bedre løsning for å dokumentere realisering av gevinster.

Sykehusinnkjøp har jobbet med to viktige aktiviteter som vil kunne på sikt bidra til kvalitets økning på både når det gjelder implementering og gevinstrealisering:

- Implementeringsforum er under etablering
- Gevinstrealisering – beregningsmetodikk og en nasjonal mal for dette er under utvikling



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE



Risikostyring 2021

og

Ledelsens

gjennomgang 2020

Helgelandssykehuset HF

09.03. og 11.03.2021

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Risikostyring	4
2.1	Innledning.....	4
3	Kvalitetsstyring	6
3.1	Styrende dokumenter	6
3.2	Avviksmeldinger og behandling	7
3.2.1	Avvikstyper og årsaker	8
3.3	Pasienthendelser	10
3.3.1	Meldte alvorlige hendelser §3-3a	11
3.3.2	Pasient klage saker	11
3.3.3	Hendelsesanalyser.....	11
4	Helse, miljø og sikkerhet	13
4.1	Sykefraværsutvikling	13
4.2	Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven	14
4.3	Personalskader	15
4.4	HMS- og stikkskadeavvik	15
4.5	REVISJONER	16
4.6	OPPSUMMERING.....	18
5	Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker	19
5.1	Tilsyn.....	19
5.2	Interne revisjoner	19
5.3	Interne revisjoner fra Helse Nord RHF	19
5.4	Innmeldte pasientklagesaker	20
6	Klima og miljø	21
7	Informasjonssikkerhet og personvern.....	21
7.1	Trusselvurdering 2020.....	21
7.2	Trender fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner	22
7.3	Helgelandssykehuset og Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS)	23
7.4	Ressurser innenfor informasjonssikkerhet, personvern og IKT-sikkerhet i Helgelandssykehuset 23	
7.5	Avviksrapportering	24
7.5.1	Avvikstrender:	25
7.5.2	Tiltak for avvikstrender:	25
7.6	Felles styringssystem for informasjonssikkerhet.	26
7.7	Utfordringer på området informasjonssikkerhet og IKT-sikkerhet i Helgelandssykehuset fremover:.....	26
8	Arkivtjenesten	28
9	Oppsummering.....	30

1 Innledning

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8,f, skal ledelsen, for å ha tilstrekkelig kontroll og nødvendig kunnskapsgrunnlag for styring, minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Relevant informasjon for gjennomgang av aktuelle områder i 2020 framkommer i denne rapporten.

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. I denne rapporten er det følgende områder:

- ✓ Risikostyring 2021
- ✓ Kvalitetsstyring
- ✓ Helse, miljø og sikkerhet
- ✓ Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker
- ✓ Klima og miljø
- ✓ Informasjonssikkerhet og personvern
- ✓ Arkiv

Strukturen er denne for hvert fokusområde/delområder:

Innenfor hvert fokusområde med delområder skal det vurderes risikonivå om man har oppnådd målet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Fokusområde/delområde			

Begrunnelse for risiko valg:

2 Risikostyring

2.1 Innledning

Risikostyring er blant ledelsens verktøy for å innfri kravene fra Helse Nord RHF og oppnå nasjonale mål. Hensikten med risikostyring er å identifisere, vurdere og håndtere risiko for manglende måloppnåelse gjennom en strukturert tilnærming. Risikostyring skal bidra til å øke sannsynligheten for at Helgelandssykehuset når målene sine.

Risikostyring innad i Helgelandssykehuset (HSYK) er gjennomført ved hvert tertial.

11. mars ble risikovurdering av styringsparametrene i 2021 gjennomført.

Mål 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- 1) Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022. (krav 2)
- 2) Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021. (krav 3)
- 3) Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont. (krav 4)
- 4) Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet. (krav 5)
- 5) Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. (krav 20)

Mål 2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- 1) Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. (krav 6)
- 2) Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent. (krav 30)
- 3) Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent. (krav 31)
- 4) Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent
- 5) Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB. (krav 33)
- 6) Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021. (krav 34)
- 7) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne
- 8) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge
- 9) Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB
- 10) Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst.

Mål 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- 1) Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023. (krav 55)

- 2) Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren. (krav 76)
- 3) 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden. (krav 46)
- 4) Ingen korridorpasienter. (krav 47)
- 5) Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. (krav 48)
- 6) Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før. (krav 83)

Mål 4. Bærekraftig økonomi

- 1) Ingen negativ påvirkning på driften av Covid-19
- 2) Gjennomføring av fellestiltakene
- 3) Budsjettlojalitet/kostnadskontroll
- 4) Personell kostnader blir som budsjettert
- 5) Aktivitet innenfor tildelte rammer
- 6) Hente hjem gjestepasienter
- 7) Høyt sykefravær
- 8) Utnyttelse av evt. ledig kapasitet på tvers
- 9) Budsjett konseptfase Nye HSYK opprettholdes
- 10) Mange store prosjekter skal gjennomføres

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor Styringsparametrene:

Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	M 1	4	3	Middels	3	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	M 2	3	3	Middels	2	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	M 3	3	3	Middels			
Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene	M 4	4	4	Høy	2	3	Middels

For utfyllende informasjon om risikovurderingene som ble gjort, se vedlegg: Risikovurdering av styringsparametrene 1 tertial.xlsx

3 Kvalitetsstyring

Krav: Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

3.1 Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til hvert dokument er det tilknyttet informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. Dokumentet gis som standard en gyldighet i to år. Før utløp av denne fristen får dokumentansvarlig en automatisk generert e-post om at dokumentet må gjennomgå/revideres. Det forventes da at dokumentet blir gjennomgått og at det blir tatt stilling til om dokumentet skal endres eller godkjennes slik det er for en ny periode. Dette skal sikre at dokumentene er oppdaterte. Revisjoner (vedlikeholdet) er dermed en vesentlig del av kvalitetssikringen.

Helgelandssykehuset hadde i Docmap:

pr. 31.12.2020 samlet 7280 dokumenter

pr. 31.12.2018 samlet 6304 dokumenter

pr. 31.12.2017 samlet 4935 dokumenter

Økningen har avtatt noe. Årsaken er uvisst, men kan skyldes andre ressurskrevende prosesser i HSYK.

Av de 7280 dokumentene var 2076 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 29 %.

Andelen ikke reviderte dokumenter har økt noe fra 2017. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt betraktes som uakseptabel høy ved enkelte avdelinger.

Enhet	Ant. dokumenter i Docmap	Ant. ikke reviderte	Andel ikke reviderte
Mo i Rana	1966	565	29 %
Mosjøen	1352	515	38 %
Sandnessjøen	2186	538	25 %
Psyk	602	105	17 %
Prehospital	344	67	19 %
Drift og eiendom	101	21	21 %
HF	729	265	36 %
Sum	7280	2076	29 %

Andelen dokumenter i Docmap som ikke er revidert er for stor. Med de automatiserte varslinger som finnes må målet være at revisjoner gjennomføres som oppsatt. Enhetene må sikre at dokumenter i Docmap ikke er tilknyttet personer som er sluttet i sine stillinger. Docmap gir også mulighet for å søke opp dokumenter som skal revideres i forkant av «utløpsdato».

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Styrende dokumenter		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde Styrende dokumenter er at vi har en for høy andel ikke reviderte dokumenter i Docmap. Her må hver avdeling ta ansvar for sine dokumenter og gå igjennom og vurdere om noen av dokumentene trenger å bli revidert. Utdaterte/ikke oppdaterte prosedyrer kan medføre risiko for pasientsikkerhet.

Tiltak:

1. Alle må gå inn i Docmap og åpne arbeidslisten sin og utføre de oppgavene som har oppgavetype: Dokument, tid for revidering.

2. Tiltak 1 medfører at lederne må gi de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, tid til å kunne utføre dette arbeidet.

3.2 Avviksmeldinger og behandling

Varsel om alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens §3-3a skal skje umiddelbart. Med umiddelbar varslings menes snarest og senest innen påfølgende dag. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Vi har også meldeplikt om unaturlig dødsfall til politiet, samt meldeplikt til Legemiddelverket ved feil på medisinsk utstyr. Dette gjelder hendelser som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, brukers eller annen persons helsetilstand og som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr.

For de andre hendelsene har vi ingen spesifikke krav, det er et generelt forbedringstiltak, det at det meldes ifra når uønskede hendelser oppstår. Vedr. behandlingstid forholder vi oss til Forvaltningsloven § 11a. Den sier en måned eller 20 arbeidsdager.

I 2020 ble det meldt 2300 avviksmeldinger

I 2019 ble det meldt 2017 avviksmeldinger

I 2018 ble det meldt 2353 avviksmeldinger

I 2017 ble det meldt 2370 avviksmeldinger.

Det er relativt stabile tall fra år til år, foruten om en liten nedgang i 2019.

Av de 2300 meldingene i 2020 er 1280 (56 %) lukket/sluttbehandlet.. Dette er en liten forbedring fra tidligere år. Det finnes samtidig meldinger som ligger tilbake i tid, altså eldre enn fra 2020 som enda ikke er lukket. Disse skulle en forventet var avsluttet. Andelen meldinger i Docmap som ikke er lukket innen rimelig tid er altfor stor. (For perioden 2017-2019 ligger det fortsatt 859 av 6740 avvik som ikke er lukka, dvs. 13%)

Oversikt åpne/lukket avviksmeldinger for 2020:

Oversikt - 2020		Enhet								
Pr. status		MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	HF	Senter	Totalsum
Lukkede avik		343	184	436	183	81	29	14	10	1280
Åpne avik		523	70	253	77	61	19	7	10	1020
Totalsum		866	254	689	260	142	48	21	20	2300
% ikke lukket		60 %	28 %	37 %	30 %	43 %	40 %	33 %	50 %	44 %

Kommentarer - oppfølging:

- Det bør avsettes tilstrekkelig med tid og ressurser for oppfølging av avvik. Slik tallene er følger vi ikke forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §9.a Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold – Lukke avvik.
- Meldekultur. Vi antar at det oppstår hendelser som burde vært registrert, men som ikke registreres. Her kan nevnes NPE sakene vedr. Helgelandssykehuset for 2019 var det ingen som var registrert i Docmap. Ledere bør oppfordre til å melde inn uønskede hendelser/avvik.
- Rutiner for saksbehandling av hendelser. I for mange tilfeller blir avvikshendelser liggende for lenge hos ledere (og saksbehandlere) før avviksbehandling slutføres.

Tiltak:

1. Alle må gå inn i Docmap og åpne arbeidslisten sin og utføre de oppgavene som ligger under fliken: Avvik/Forbedring
2. Tiltak 1 medfører at lederne må gi de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, tid til å kunne utføre dette arbeidet. Lederne har en andel ikke utført oppgaver her også, så de må også prioritere dette arbeidet.

3.2.1 Avvikstyper og årsaker

Meldte avvikshendelser pr. avvikstype – 2020

Oversikt	Enhet ▼						
Pr. avvikstype	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	Totalsum
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638
⊕ Pasienthendelseskjema for HSYK	206	64	95	32	20	1	418
⊕ Legemiddelhåndteringsavvik	72	29	58	114	7		280
⊕ HMS-avvik, HSYK	45	3	121	18	14	11	212
⊕ Avvik for laboratorier/blodbank, HSYK	9	13	20				42
⊕ Pakkeforløp avvik, HSYK	12		18				30
⊕ Melding om stikkskade	12	7	3				22
⊕ Skademelding personal, Helgelandssykehuset	8	2	3		7	2	22
⊕ Feil ved elektromedisinsk utstyr, HSYK	3	2			7	1	13
⊕ Strålevern avvik, HSYK	8		1				9
Totalsum	878	257	745	263	148	53	2344

Av meldte avvikshendelser pr. avvikstype ser vi at Avvik i annen avdeling er valgt flest ganger. Fordeling i forhold til årsak:

Oversikt	Enhet ▼						
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Drift og Eiendom	Totalsum
⊖ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658
⊖ 3.1 Prosedyre	79	28	49	9	8	10	183
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	59	23	35	5	6	6	134
3.1.99 Annet – prosedyrer	7	1	3	3	2	3	19
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	7	1	5	1			14
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	2	1	2			1	6
3.1.1 Prosedyre mangler	3		2				5
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1	2	2				5
⊕	78	13	41	8	20	3	163
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	64	17	46	8	13	5	153
3.2.1 Mellom ansatte	37	10	34	2	4	2	89
3.2.2 Med eksternt part	17	1	2	4	7		31
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	7	3	10	1	2	3	26
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	3	3		1			7
⊖ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	10	16	26	6	3	1	62
3.6.99 Andre medvirkende faktorer/årsaker	6	16	22	2	1	1	48
3.6.1 Fysisk infrastruktur / lokaler	4		4	1			9
3.6.5 Avstand/lokalisering				1	2		3
3.6.6 Utilbørlig atferd av helsepersonell				2			2
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	12	6	14	1	5	3	41
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	11	1	14	3	1	1	31
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	12	4	7	1		1	25

Avvik og forbedring er nest mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik:

Oversikt	Enhet						Drift og	
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Eiendom	Totalsum	
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658	
⊖ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638	
⊖ 3.1 Prosedyre	53	17	64	18	9	2	163	
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	48	12	45	13	7	2	127	
3.1.99 Annet – prosedyrer		1	7	1	1		10	
3.1.1 Prosedyre mangler		3	3	1	1		8	
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	3	1	4				8	
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1		2	3			6	
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	1		3				4	
⊕	100	1	34	3	7	2	147	
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	29	6	57	15	10	3	120	
3.2.1 Mellom ansatte	18	5	35	6	4	1	69	
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	7		15	5	5	1	33	
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	3		5	4	1		13	
3.2.2 Med eksternt part	1	1	2			1	5	
⊖ 3.3 Utstyr/produkter	20	10	24	4	7	1	66	
3.3.1 Feil ved utstyr/forbruksmateriell	12	7	8		2		29	
3.3.7 Manglende/utilgjengelig utstyr	3	1	7	2	1		14	
3.3.99 Annet utstysrelatert	2	1	4	2	3	1	13	
3.3.4 Brukerfeil – utstyr	3	1	1				5	
3.3.3 Forvekslingsfare/forveksling			2				2	
3.3.2 Brukervennlighet/brukergrensesnitt - utstyr			1				1	
3.3.5 Bruksanvisning – utstyr					1		1	
3.3.6 Kontroll/vedlikehold/kalibrering av utstyr			1				1	
⊕ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	15	11	19	10	4	3	62	
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	18	4	25	4	1	3	55	
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	2	3	6	9	5		25	

Pasienthendelsesskjema var tredje mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik :

Oversikt	Enhet						Drift og	
Pr. avvikstype og årsak	MIR	MSJ	SSJ	PSYK	Prehosp	Eiendom	Totalsum	
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	266	85	197	36	50	24	658	
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	237	52	229	63	43	14	638	
⊖ Pasienthendelsesskjema for HSYK	206	64	95	32	20	1	418	
⊕	84	3	15	4	2		108	
⊖ 3.1 Prosedyre	45	20	21	4	6		96	
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	32	14	11	2	6		65	
3.1.99 Annet – prosedyrer	3	3	2	2			10	
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	4	1	2				7	
3.1.1 Prosedyre mangler	1	1	3				5	
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	2	1	2				5	
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	3		1				4	
⊖ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	22	8	31	6	4		71	
3.2.1 Mellom ansatte	9	6	19	4	2		40	
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	4	1	6	1			12	
3.2.2 Med eksternt part	8		4				12	
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	1	1	2	1	2		7	
⊖ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	19	24	17	8	2		70	
3.6.4 Pasientens atferd/kognitive tilstand	7	17	6	3			33	
3.6.99 Andre medvirkende faktorer/årsaker	6	7	8	4	1		26	
3.6.2 Kjent komplikasjon/kalkulert risiko	5		2				7	
3.6.3 Alvorlig sykdom	1			1	1		3	
3.6.1 Fysisk infrastruktur / lokaler			1				1	
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	31	6	6	3	4		50	
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	5	3	5	1	2	1	17	
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer				6			6	

Samla sett ser vi at årsaken Prosedyre ikke fulgt, er den mest valgte årsaken innen alle de tre hyppigst valgte avvikstypene. Dette må vi igjen finne årsakene til, og det vil det bli satt fokus på dette i 1ste halvår 2021.

Ellers ønsker vi at andelen Pasienthendelsesskjema skal øke i 2021 og helst bli «større enn» Avvik i annen avdeling. Etter en uhildet gjennomgang i fjor av ubehandlede avvik så vi at det var ca 26% avvik som kunne vært registrert som pasienthendelser og ikke som Avvik i annen avdeling.

Den nest hyppigst valgte årsaken var Kommunikasjon/samhandling. Den var også den nest hyppigst valgte årsaken innen alle de tre største valgte avvikstypene. Dette skal sees på i sammenheng med den mest valgte årsaken i løpet av 1ste halvår 2021.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Avviksmeldinger og behandlinger		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Avviksmeldinger og behandlinger så må saksbehandlingstiden reduseres, det må lukkes flere avvik innen rimelig tid. Vi vet hva de fleste årsakene til avvikene er: Prosedyre ikke fulgt og Kommunikasjon/samhandling, da vet vi også hvor vi må sette inn «støtet».

Tiltak beskrevet under kap. 3.2.

3.3 Pasienthendelser

År	Ant. registrerte pasienthendelser i Docmap
2020	419
2019	277
2018	311
2017	272

Utviklingen i antall meldte pasienthendelser i Docmap ser vi er bra, vi hadde en liten nedgang i 2019 men økte veldig fint i 2020 noe vi skal fortsette med.

Oversikt meldte pasienthendelser pr. risiko og hendelsestype:

Oversikt Pr. avvikstype/hendelsestype	Risiko			(tom)	Totalsum
	Høy	Middels	Lav		
<input checked="" type="checkbox"/> Pasienthendelsesskjema for HSYK	79	201	28	111	419
<input checked="" type="checkbox"/> 2.3 Behandling og pleie	18	76	11	2	107
<input checked="" type="checkbox"/> 2.4 Fall og uhell	14	37	7	1	59
<input checked="" type="checkbox"/> 2.2 Diagnostikk/utredning	17	22	2		41
<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 Pasientadministrasjon	9	24	4		37
<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 Dokumentasjon/informasjon	5	17	4		26
<input checked="" type="checkbox"/> 2.7 Legemidler og blod	7	13			20
<input checked="" type="checkbox"/> 2.9 Pasientatferd	6	3			9
<input checked="" type="checkbox"/> 2.8 Medisinsk/teknisk utstyr	1	5			6
<input checked="" type="checkbox"/> 2.10 Administrative rutiner (interne)	1	2			3
<input checked="" type="checkbox"/> 2.11 Helse, - Miljø og Sikkerhet (HMS)	1	1			2
Totalsum	79	201	28	111	419

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap ser vi at 79 ble kategorisert som høy risiko, innenfor disse var det hendelsestypen: Behandling og pleie som hadde flest innen høy risiko, dernest Diagnostikk/utredning så fall og uhell. Kolonnen (tom) angir antall avvik som det enda ikke er starta saksbehandling på.

3.3.1 Meldte alvorlige hendelser §3-3a

Meldte alvorlige hendelser - 2020 Pr. hendelsestype	Risiko			Totalsum
	Høy	Middels	Lav	
2.3 Behandling og pleie	1	4	1	6
2.3.99 Annet – behandling og pleie		3		3
2.3.9 Ernæring			1	1
2.3.3 Gjennomføring av behandling/prosedyre		1		1
2.3.7 Kirurgi/invasiv intervensjon	1			1
2.2 Diagnostikk/utredning	3	1		4
2.2.2 Feil eller forsinket diagnostikk	2	1		3
2.2.1 Klinisk vurdering	1			1
2.9 Pasientatferd	2	1		3
2.9.2 Selvskade	1			1
2.9.4 Selvmord		1		1
2.9.3 Selvmordsforsøk	1			1
2.7 Legemidler og blod		2		2
2.1 Pasientadministrasjon	1			1
2.4 Fall og uhell	1			1
Totalsum	8	8	1	17

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap som også ble meldt til helsetilsynet som §3-3a hendelser, ser vi at det er stort sett den samme kategoriseringen innen risikovurderingen som er blitt foretatt her, foruten om fall og uhell som her kommer til slutt. I 2019 ble det kun meldt 5 stk. §3-3a hendelser i Docmap.

3.3.2 Pasient klage saker

I 2020 mottok vi 23 pasient klage saker. Av disse er 10 innenfor kirurgisk område, 8 innen medisinsk område og 5 innen psykisk helse og rus.

Klagene går en del på at behandling ikke har hatt ønsket effekt, ikke god nok smertebehandling, utskrevet for tidlig og generell behandling. Innen psykisk helse og rus ble det klaget på behandling, ønsker ny vurdering og ønsker mer oppfølging. Av disse 23 klagene er det 5 saker som det ikke er svart ut på enda, men mange saker er tatt opp i avdeling og i mange saker er pasient/pårørende invitert inn til sykehuset for å snakke om hendelsen med de involverte fagpersonene.

3.3.3 Hendelsesanalyser

Basert på registrerte pasienthendelser i Docmap, meldte alvorlige hendelser § 3-3a og pasient klage saker, har HSYK i 2020 gjennomført flere hendelsesanalyser i 2020 (4 stk) enn i 2019 (3 stk).

Tilsynsmyndighetene etterspør i stadig økende grad om hendelsesanalyse er gjennomført. Vi ser at dette er et viktig verktøy som analyse metode for å bedre forstå hvorfor hendelser skjer og hva årsakene kan være. Denne metoden, sammen med hendelsesgjennomgang (en gjennomgang med noe mindre omfang) vil HSYK satse mer på fremover.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasienthendelser		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Vi ser en økende registrering av pasienthendelser og siden dette antas å redusere «mørketall», er dette en positiv utvikling., Risikovurderingene viser at vi må ha fokus på Behandling og pleie, Diagnostikk/utredning samt fall og uhell. Vi bruker de innmeldte pasientklagesakene til å lære av hendelsene og vi benytter i større grad hendelsesanalyser.

Tiltak:

1. Det registreres for ofte med avvikstypen: Avvik i annen avdeling når pasient er involvert, da skal heller avvikstypen: Pasienthendelsesskjema benyttes. Dette kan avdelingsleder bidra til ved å ta det opp på avdelingen. Informasjonsplakat om dette vil bli sendt ut til alle avdelingene, ansvarlig SFFU.
2. Oppfølging av at meldte §3-3a hendelser på melde.no også blir registrert i Docmap, ansvarlig SFFU.
3. Gjennomgang av pasientklagesaker tas inn som fast punkt på agendaen for kvalitetsrådene ved enhetene/klinikkene.
4. Opplæring i bruk av hendelsesanalyser/-gjennomgang tilbys områdesjefene og avdelingslederne, ansvarlig SFFU.

4 Helse, miljø og sikkerhet

Temaer:

- Sykefraværsutvikling
 - Oppsummert om sykefravær
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven
 - Oppsummert om AML brudd
- Personalskader
 - Oppsummert om personskader
- HMS- og stikkskadeavvik
 - Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

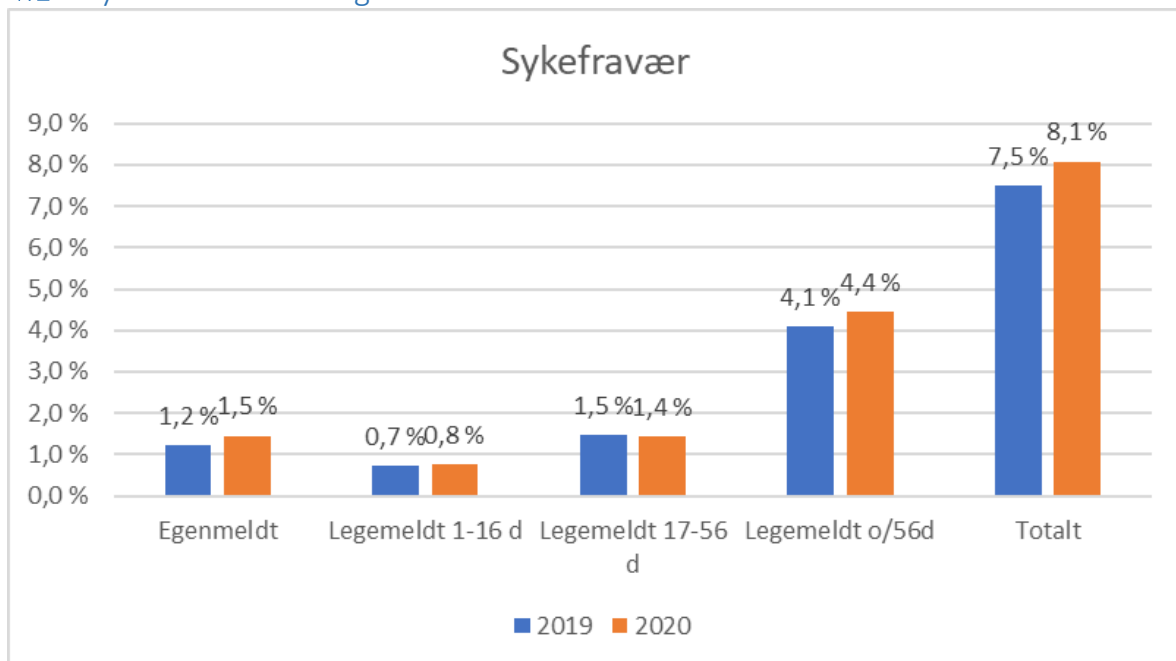
REVISJONER

- Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet
 - Oppsummering tilsyn

OPPSUMMERING

- HMS område i HSYK

4.1 Sykefraværsutvikling



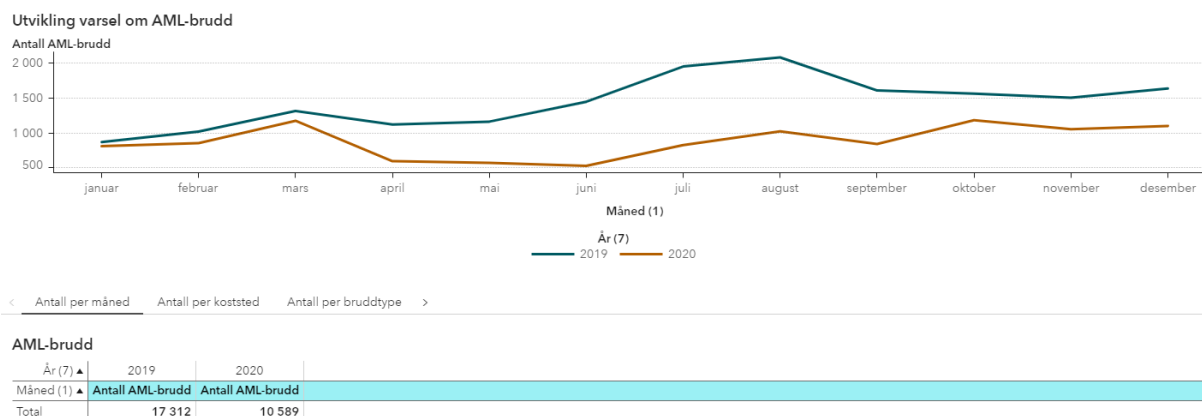
Oppsummert om sykefravær

Sykefraværsutviklingen viser at både egenmeldt fravær og langtidsfraværet o/56d øker begge med 0,3% hver. Dette gir en økning fra totalt 7,5% i 2019 til 8,1 i 2020. Øvrige fravær har liten endring. I fht. egenmeldt fravær er det sannsynlig å relatere økningen i 2020 med nye fraværskoder knyttet til Korona og strengere vurdering av egen helse ved fysisk tilstedeværelse på sitt arbeidssted. Ansatte med covid-19 lignende symptomer ble oppfordret til ikke å stille på jobb. Når det gjelder økningen på langtidsfraværet over 56d, er det ikke undersøkt hva denne økningen skyldes. Slikt fravær skyldes ofte alvorlige sykdommer eller andre individuelle helsemessige utfordringer med en langvarig karakter. Er ofte forløper til ulike grader av uførepensjon/pensjon eller andre individuelle og behovsrettede avklaringer knyttet til utdanning eller yrke.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Sykefraværarbeid		X	

Begrunnelse for risiko valg: HSYK har en stigning i sykefraværet, det i seg selv vurderes som risiko som krever tiltak. Fravær har ofte komplekse årsaker og bak alle fraværsprosenter er det enkeltpersoner. HSYK er deltaker i et regionalt Nærværnettverk. I den sammenheng er det etablert piloter som skal jobbe med sykefraværutfordringer etter bestemte tilnærminger og metoder. Videre har HSYK en systematisk tilnærming til avdelinger som har fravær over 10%. Her avklares det om fraværet skyldes utfordringer knyttet til arbeidsforhold som fysisk arbeidsmiljø eller psykososialt arbeidsmiljø. Videre om fraværutfordringene håndteres i avdelingen/enheten eller om det ønskes bistand fra f.eks HR-Sentret eller BHT.

4.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven



Oppsummert om AML brudd

I 2020 ble antall AML brudd redusert med 39 % sammenlignet med 2019. Det er flere årsaker til denne positive utviklingen.

- Som en virksomhet med tariffavtale kan man ved lokal enighet mlm. partene, innenfor gitte rammer, avtale utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene gitt i Arbeidsmiljøloven. Dette er ved mange enheter gjennomført i flere år. I 2020 ble det satt fokus på fornying av avtalene og at de var registrert på nytt i våre systemer for registrering av arbeidstid.
- I fbm. med Covid-19 fikk en del områder mindre aktivitet i perioder. Ved reduksjon av aktivitet, reduseres ofte også antall AML brudd som en naturlig konsekvens.
- Etter at Covid-19 hadde rammet Norge, ble det inngått sentrale dispensasjoner på arbeidstidsbestemmelsene mellom partene i spesialisthelsetjenesten. Denne generelle utvidelsen bidro i betydelig grad til en reduksjon av antall AML brudd. Denne sentrale avtalen var gjeldende fom.14.mars til 13.sep 2020.
- Det har i 2020 vært mye nasjonalt og negativt fokus knyttet til slike brudd i media. HSYK og våre ledere ønsker ikke slike brudd, og er aktive for å unngå disse. AML brudd følges derfor systematisk opp på flere områder gjennom hele året.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Antall AML brudd		X	

Begrunnelse for risiko valg: AML brudd har stort fokus i HSYK. Ledere og tillitsvalgte har begge ønske om færrest mulige brudd. Det inngås «dispanser» på arbeidstidsbestemmelsene i hht. tariff på mange

tjenesteområder hvert år mellom tillitsvalgte og avdelinger. I tillegg rapporteres AML brudd til Arbeidsmiljøråd og AMU. En del av årsaken til reduksjon i antall AML brudd, ligger trolig i denne oppmerksomheten.

Tiltak:

- Fortsatt fokus fra ledelsen og tillitsvalgte i å utarbeide gode kalenderplaner som reduserer risikoen for AML brudd.
- Ledere må følge opp når inngåtte dispensasjoner på utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene er utløpt, at disse blir revurdert og eventuelt fornyet
- Er viktig at ledere passer på at inngåtte dispensasjoner blir lagt inn korrekt i vårt system for arbeidstidsregistrering. Har tidligere blitt avdekket at feil her vil uriktig kunne telle AML brudd

4.3 Personalskader

Det var i 2020 registrert 23 avviksmeldinger knyttet til typen «Skademelding Personal», vårt avvikssystem. Året før (2019) var dette tallet 27.

Oppsummert om personskader

De fleste personskadene som er registrert, er knyttet til fall eller feil belastning ved forflytning av pasienter. Kutt- og klemskader på hånd er også en del registrering på.

Det gjøres oppmerksom på at det innenfor typen avviksmelding «HMS» kan «skjule» seg enkelte registreringer som inneholder personskader. En slik manuell kontroll/telling er ikke gjennomført.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Fokusområde/delområde	X		

Begrunnelse for risiko valg: Registrering og behandling av avvik knyttet til personskader fungerer etter hensikten i HSYK. Slike avvik får berettiget oppmerksomhet på oppstått nivå og i Arbeidsmiljørådet da de kan omhandle skade med fravær eller feil/mangle på utstyr.

4.4 HMS- og stikkskadeavvik

	2019	2020	Endring
HMS	67	212	145
Stikkskade	26	21	-5

Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

I HSYK benyttet avvikssystemet aktivt for å melde HMS avvik. Den store økningen mellom 2019 og 2020 skyldes to forhold.

I fbm. med det som omtales som «kreftkirurgi-saken», ble det registrert opp mot 100 HMS avvik. Avvikene gjenspeiler kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt

mellom foretaksledelse¹og enkeltenheter. Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslings sakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.

Den andre økningen skyldes Covid-19. Ca.20 avvik omhandler mangel eller feil på smittevern utstyr eller feil eller mangler knyttet til rutiner i fht. smittevern.

Justert for de omtalte avvikene, har HSYK en liten økning i antall HMS avvik sammenlignet med året før på ca.20-30 stk.

Når det gjelder stikkskader er det en nedgang sammenlignet med året før på 5 stk. Det er vanskelig å være sikker på at det skyldes færre stikkskader eller om det skyldes at det er færre som registrerer oppståtte stikkskader. Årsaken til dette ligger i at stikkskader har et eget avviksformular i avvikssystemet og en egen rutine i kvalitetssystemet som skal følges. Å følge disse rutinene ved stikkskader, kan for enkelte oppleves så omfattende at de unnlater å registrere avviket.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. HMS avvik	X		
2. Stikkskade avvik		X	

Begrunnelse for risiko valg:

1. Registrering og behandling av HMS avvik fungerer etter hensikten i HSYK
2. **Tiltak:** Avklare om det er behov for gjennomgang og harmonisering mellom rutine for stikkskade PR4857 og avviksformularet for stikkskader i DocMap. HMS-rådgiver i HSYK tar kontakt med leder for smittevern.

4.5 REVISJONER

Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet

Avsluttet	Pålegg	Avd	Område
17.3.20	1	BUP MIR	Psykiatritjenesten
Utsatt		Ambulansetj.	PREH (oppfølgingstilsyn)
11.11.20	2	VOP MIR	Psykiatritjenesten
23.12.20	2	VOP og Rus SSJ	Psykiatritjenesten
26..1.21	2	BUP SSJ	Psykiatritjenesten
Pågår	2	BUP Br.sund	Psykiatritjenesten
Pågår	2	VOP og Rus Br.sund	Psykiatritjenesten

Oppsummering tilsyn

Foruten tilsynet mot Ambulansetjenesten, var alle øvrige tilsyn, strategiske tilsyn med felles tema. Disse var:

- Systematisk HMS-arbeid knyttet til vold og trusler
- Organisatoriske forhold som kan påvirke risikoen for å bli utsatt for vold og trusler
- Ledelse og medvirkning
- Arbeidsmiljøutvalgets funksjon
- Informasjon, opplæring og øvelse knyttet til risiko og håndtering av vold og trusler
- Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger
- Bruk av bedriftshelsetjeneste

Det var i hovedsak tre forhold/pålegg som kom frem under tilsynene

1. Plan for bistand og bruk av bedriftshelsetjeneste

¹ Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

2. Opplæring i fht. vold og trusler
3. Risikovurdering, kartlegging, tiltak og planer i fht. vold og trusler

Når det gjelder bruk/bistand fra bedriftshelsetjenesten, planlegges det å lage slike planer annet hvert år for hver driftsenhet. I dette arbeidet inkluderes vernetjenesten i samarbeid med ledelsen og bedriftshelsetjenesten i respektive enheter.

Når det gjelder opplæring i fht. vold og trusler, er det gjort avtale med bedriftshelsetjenesten for å gjennomføre kurs. Kursene er planlagt gjennomført på hver av våre tre sykehus, hvor deltakere etter gitte kriterier kan melde seg på. Kursene skal gi nødvendig kompetanse for at deltakerne kan gjennomføre kartlegging, risikovurdering, tiltak og planer i fht. vold og trusler på egen avdeling.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. Bruk/ bistand fra bedriftshelsetjenesten		X	
2. Opplæring i fht. vold og trusler	X		
3. Kartlegging, risikovurdering m.m.		X	

Begrunnelse for risiko valg:

1. Er ikke gjennomført da 2021 blir første året for de fleste driftsenhetene
Tiltak: HR som ansvarlig for avtale med HSYK sin BHT avtale, følger dette opp og implementerer ny rutine for dette i Personalhåndboken
2. Er inngått avtale og vil bli iverksatt.
 - a. Ifht. covid-19 er det en pågående vurdering om dette kan gjennomføres på nett, da det som utgangspunkt var planlagt som tre fysiske samlinger
3. Gjennomføres som en konsekvens ifht. pk.2
Tiltak: Ledere som etter behov deltar på opplæring ifht. fare for vold og trusler, skal utarbeide interne planer basert på kartlegging og risikovurdering i egen avdeling

Ekstraordinære arbeidsmiljøtiltak i 2020

Helgelandssykehuset har gjennom 2020 gjort satt arbeidsmiljø ekstraordinært på dagsorden. Bakgrunnen for dette er at den langvarige strukturdebatten har satt spor i organisasjonen. Sammenfallende med helseminister Høies beslutning om framtidig sykehusstruktur på Helgeland ble tarmkreftkirurgi satt på dagsorden i Helgelandssykehuset etter gjennomgang av kvalitetsstall fra kreftregisteret. I tillegg har de krevende varslingssakene satt sine spor. Flere har uttrykt at dette til sammen har satt press på arbeidsmiljøet. Dette gjorde at foretaket i begynnelsen av 2020 satte ekstra fokus på arbeidsmiljø. Det foreligger nå en rapport om dette arbeidet, som oppsummerer slik:

Ordinære HMS-indikatorer gir ikke indikasjon på utfordringer i arbeidsmiljø, med unntak av økningen i antall HMS-avvik. Andre tilbakemeldinger og bekymringsmeldinger gir derimot informasjon om at grupper av ansatte opplever arbeidsmiljø som utfordrende.

Arbeidsmiljøutfordringene i 2020 kan i hovedtrekk oppsummeres slik:

- *Kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt mellom foretaksledelse² og enkeltenheter.*

² Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

- *Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslingssakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.*

Det har vært gjennomført ekstraordinære tiltak gjennom hele 2020 og begynnelsen av 2021. Foreslåtte videre tiltak har fokus på fag/pasienten, ledelse, samhandling og dialog. Tiltakene er foreslått slik at arbeidsmiljøutviklingen i Helgelandssykehuset så raskt som mulig tilbakeføres til ordinære roller og aktiviteter. Samtidig foreslås det at utviklingsprosesser forøvrig gjennomføres på en slik måte at de støtter oppunder arbeidsmiljøutviklingen.

Foretaket har gjennom 2020 gjennomført et stort antall dialogmøter om tema, og foretaksledelsen vedtok 2.3.21 videre tiltak for ivaretagelse av arbeidsmiljø framover. Disse handler i hovedsak om å sikre at alle enheter og staber ivaretar HMS på systemnivå, fokus på fag og samhandling. Tiltakene har også fokus på å så snart som mulig komme tilbake til at gjennomføring av «ordinær» HMS systematikk skal være tilfredsstillende for å ivareta arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset.

4.6 OPPSUMMERING

HSYK har mange HMS relaterte aktiviteter. Arbeidsmiljøutvalget gjennomførte 5 møte og behandlet 47 saker. De seks Arbeidsmiljørådene (underutvalg til AMU) gjennomførte tilsammen 24 møter. Alle utvalgene er partssammensatt. Det var også møteaktivitet i AKAN utvalget siste året.

I 2020 er det et par saker som har krevd en del ressurser i HMS og arbeidsmiljø. Den ene saken omhandler Kreftkirurgien i HSYK. Her har samarbeid, kommunikasjon og ledelse blitt satt på flere utfordringer som igjen har preget og påvirket arbeidsmiljøet. Både for enkeltpersoner og for samarbeidsmiljøet mellom enkelte enheter.

Den andre saken omhandler inneklimate i hovedbygget til Psykiatrisk senter i Mosjøen. Her har både ledelsen ved senteret og byggeier (Drift & Eiendom) brukt mye ressurser, både i form av tid og økonomiske midler. Årsaken til dette arbeidet er med bakgrunn i at enkeltpersoner har meldt om ulike helseplager over tid som de knytter til inneklimate. Når slikt oppstår er særdeles viktig å gripe fatt i saken, bygget er en daglig arbeidsplass for rundt 50 personer. Bedriftshelsetjeneste har blitt engasjert og gjennomført både kartlegginger, undersøkelser og skrevet rapporter. I tillegg har Mycoteam blitt engasjert (spesialfirma ifht. inneklimateproblematikk) for å gjennomføre tilsvarende undersøkelser, men på et grundigere nivå. Ventilasjonsfirma har også kontrollert ventilasjonsanleggene. Det foreligger mye dokumentasjon om bygget. Det er anbefalt en rekke tiltak hvor de aller fleste allerede er gjennomført eller planlagt gjennomført. Ifht. rapport fra Mycoteam har bygget en slik status at det er helsemessig forsvarlig å benytte, selv i perioden inntil de ulike anbefalte tiltak er utført. Når de ulike undersøkelsene ikke avdekker åpenbare sammenhenger mellom opplevd helseproblem og inneklimate, har HSYK vha. bedriftshelsetjenesten kontaktet AMA v/UNN (Arbeids- og miljømedisinsk avdeling). AMA er et kompetansesenter for arbeid, miljø og helse. AMA starter på dette oppdraget tidlig i 2021.

I 2020 ble kartleggingsmetodikken som vi kaller HELHETs modellen og som er utviklet lokalt benyttet i enkelte avdelinger med høyt fravær.

HSYK er med i nasjonalt bransjeprogram IA i sykehus og leder det Regionale Nærværnettverket i Helse Nord.

Siste året ble HMS-håndboken revidert i sin helhet. Det ble gjennomført i fbm. at håndboken ble flyttet fra et dokumentasjonssystem til et annet.

Den 2.3.21 vedtok foretaksledelsen tiltak for oppfølging av det ekstraordinære fokuset på arbeidsmiljø knyttet til tarmkreftkirurgi og strukturdebatt.

5 Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker

5.1 Tilsyn

I 2020 ble det gjennomført følgende tilsyn:

Saksnr	Tittel	Type	Avdeling	Status	Innhold
2020/193	Tilsyn - Arkivholdet Helgelandssykehuset HF	Arkivverket	Senter for kommunikasjon	Utsatt til juni 2021	
2020/914	Tilsyn - Luftambulansetjenesten/AMK	Helsetilsynet	Enhet for prehospitaler tjenester	Helsetilsynet har forlenget saksbehandlingstid.	
2020/112	Tilsyn - Statens helsetilsyn	Helsetilsynet	Helgelandssykehuset	Pågår	Tarmkreftkirurgi
2020/1727	Tilgjengelighet til IKT-system - Sta	Kartlegging	Senter for fag, forskning og utdanning	Kartlegging av tilgjengelighet til IKT-system	Info er sendt

I 2020 hadde vi svært lite besøk av tilsynsmyndighetene. De fleste var fra Arbeidstilsynet, se kap. 4.5. Tilsynet fra Helsetilsynet vedr. tarmkreftkirurgi saken pågår fortsatt. Tilsyn følges veldig bra opp internt.

5.2 Interne revisjoner

- 2020/1641 farmasøytisk tilsyn blodbank Mosjøen 26.05.20
 - Det ble ikke avdekket avvik eller merknader
- Miljørevisjoner er foretatt ved ulike avdelinger, tas opp i Miljø delen av ledelsens gjennomgang.

5.3 Interne revisjoner fra Helse Nord RHF

- 2019/1584 Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2019 - Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord
 - Oppfølgingssvar er sendt. Helse Nord ønsker nå å starte et prosjekt som skal se på utvikling av indikator for ventetid og svartid.
- 2019/2173 Oppfølging av internrevisjonsrapport 08/2017 Antibiotikabruk i Helgelandssykehuset HF
 - Oppfølgingssvar er sendt.
- 2019/3345 Oppfølging av internrevisjonsrapport 05/2020 - innleie av helsepersonell i Helgelandssykehuset HF
 - Handlingsplan er besluttet.
- 2020/1231 Oppfølging av internrevisjonsrapport 11/20 - Behandling av personopplysninger i Helse Nord
 - Tiltaksplan er utarbeidet, mange punkter må koordineres med HN-IKT.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Tilsyn og interne revisjoner		X	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Tilsyn og interne revisjoner er at tilsyn følges veldig godt opp internt, for egne interne revisjoner for 2020 så ble det bare gjennomført en og det blir et for lite grunnlag å vurdere på. De interne revisjonene utført fra Helse Nord RHF var oppfølginger på tidligere gjennomførte internrevisjoner, og her ble oppfølgingssvar sendt.

5.4 Innmeldte pasientklagesaker

Fylkesmannens tilsynssaker 2017	Fylkesmannens tilsynssaker 2018	Fylkesmannens tilsynssaker 2019	Fylkesmannens tilsynssaker 2020
20	26	16	22
NPE saker 2017	NPE saker 2018	NPE saker 2019	NPE saker 2020
49	48	48	59
Pasient- og brukerombud 2017	Pasient- og brukerombud 2018	Pasient- og brukerombud 2019	Pasient- og brukerombud 2020
25	8	3	2
Andre klager fra pasienter 2017	Andre klager fra pasienter 2018	Andre klager fra pasienter 2019	Andre klager fra pasienter 2020
27	11	14	27

Saksbehandlingstiden på mange pasientklagesaker er veldig høy, det er ikke unormalt at det tar 1-2 år før saken er avsluttet. Vi får svært ofte purringer i disse sakene.

- Antall saker via Pasient- og brukerombudet ser vi går markant ned fra 2017 til 2018, dette mener arkivpersonalet kan skyldes at de sakene går nå oftere direkte til Fylkesmannen/Statsforvalteren.
- Antall NPE saker har vært veldig stabile inntil 2020, da økte det med 11 stk.
- Antall andre saker ser vi varierer.

Hvorfor antall saker varierer er vanskelig å si noe konkret om, men det viktigste er at sakene blir behandlet innen offentlig saksbehandlingstid, og at vi også her lærer av hendelsene. Dersom vi gjør det, dokumenteres det i for liten grad til at vi kan si at vi gjør det.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasientklagesaker		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Pasientklagesaker er at vi får for mange purringer på disse sakene, det kan være behov for å endre rutinene her vedr. oppfølgingen her. Standard svarbrev på disse klagen kan være et tiltak. Ellers ser vi at kommunikasjon/lytte bedre til pasient er et forbedringsområde i mange av sakene her.

Tiltak:

1. Saksbehandlingstiden i mange pasientklagesaker er for høye, rutinene rundt ansvar og oppgaver vedr. saksbehandling må revideres, ansvarlig SFFU.
2. Kontroll når vi mottar sak fra NPE om hendelsen er registrert i Docmap, ansvarlig SFFU/Arkiv.

6 Klima og miljø

Ledelsens gjennomgang for klima og miljø baseres på PR34984.

For gjennomgang se vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang miljø for året 2020.docx
- Samsvarsvurdering Helgelandssykehuset for året 2020.docx

Oppsummert vurdert risiko klima og miljø:

Område	Ivaretatt	Følges opp	Krav om handling
Ad 1 - Miljøsmål	x		
Ad 2 - Miljøpolitikk	x		
Ad 3 - Revisjoner	x		
Ad 4 - Kompetanse	x		
Ad 5 - Avvik		x	
Ad 6 - Kostnader	x		
Ad 7 - Lovverk	x		
Ad 8 - Samsvarsvurdering	x		
Ad 9 – Kontekst og interessepartnere	x		
Ad 10 - Oppfølging	x		

7 Informasjonssikkerhet og personvern

7.1 Trusselvurdering 2020

Måltrettede angrep gjennom digitale innbrudd, løsepengevirus og phishing/snoking er ansett som de største truslene mot helse- og omsorgssektoren. Det ble i løpet av 2020 rapportert om hendelser der nyhets saker vedrørende coronaviruset ble misbrukt. Det har vært utført vellykkede angrep på Stortinget, flere kommuner i Innlandet, og på Norges arktiske universitet (UIT). I Finland ble et psykoterasenter hacket og pasientinformasjon havnet på avveie. Et sykehus i Düsseldorf ble rammet av et løsepengevirus-angrep, som førte til at en pasient mistet livet.

Det er ikke observert vellykkede angrep mot Helse Nord, eller Helgelandssykehuset.

Økt bruk av hjemmekontor, og økt bruk av privat IT-utstyr som kobles opp mot jobb, bidro til at foretakets digitale domene ble mer utsatt for uønskede hendelser. På grunn av svakheter i tjenesten som tilgjengeliggjør e-post på mobile enheter ble denne stengt, og erstattet med ny sikker løsning. (Boxer-app)

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Trusselvurderinger		X	

Begrunnelse for risikovalg:

Trusselvurderingene for 2020 kan også videreføres til 2021. Hendelsene fra 2020 viser at helseforetak kan være interessante mål for både datakriminalitet, industrispionasje og statlig etterretning, som kan ha til hensikt å stjele, endre, hindre eller påvirke data eller funksjoner.

Dersom helseopplysninger eller IKT-systemer manipuleres eller gjøres utilgjengelige, kan det også forårsake pasientskader. Helseopplysninger på avveie kan også få alvorlige konsekvenser for helseforetak og pasienter i form av tapt tillit, uønsket eksponering, identitetstyveri, utpressing mm. I tillegg kan dataangrep også få betydelige økonomiske konsekvenser. Dette bekrefter at vi er en målgruppe, og hvor sårbare vi er for hendelser.

7.2 Trender fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner

Risikovurdering gjennomføres i hovedsak i samarbeid med øvrige foretak i Helse Nord, ettersom mye av nye og større innføringer foregår regionalt. Av større prosjekter som er risikovurdert nevnes:

- Hasteinnføring av Teams for bruk i samhandling,
- Whereby/Videonor som erstatter Skype til bruk i virtuelle pasientkonsultasjoner.

Våren 2020 gjennomførte Helse Nord RHF internrevisjonen «behandling av personopplysninger i Helgelandssykehuset». Formålet med revisjonen var å bekrefte at foretaket har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger, som blir utført under dets ansvar og at nødvendige databehandleravtaler foreligger, i samsvar med kravene i personvernforordningen. Etter revisjonen ble det lagt fram rapport med anbefalinger, som det så ble laget en tiltaksplan ut fra. Tiltaksplan basert på anbefalingene har blitt behandlet både i foretaksledelsen og styret.

Sommeren 2019 deltok, og svarte, Helgelandssykehuset på Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon – ‘Helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer’. Utkastet til rapporten ble på grunn av omfanget gradert til «begrenset» i henhold til sikkerhetsloven. Den 15. desember 2020 ble det utgitt en offentlig versjon av rapporten. Offentlig rapport finnes vedlagt denne saken, eller [på denne lenken](#).

Flere av funnene fra Riksrevisjonens rapport viser alvorlige avvik, lukking av dette vil ha stort fokus fremover, og må forventes å bli svært tett oppfulgt fra Helse Nord RHF. Krav i oppdragsdokumentet for 2021 viser også at informasjonssikkerhet har fått et mye større fokus i kjølvannet av denne rapporten, og det må forventes tettere oppfølging. Forslag til handlingsplan for lukking av funn/avvik er utarbeidet, og er lagt frem for foretaksledelse og styret. Den største delen av avvikene lukkes via regionale leveranser fra driftsleverandør Helse Nord IKT, og prosjektet «Helhetlig informasjonssikkerhet»

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Risikovurderinger/sikkerhetsrevisjoner			X

Begrunnelse for risikovalg:

Tiltaksplan etter internrevisjon er en god og detaljert plan for å gjennomføre anbefalinger fra rapporten etter internrevisjonen behandling av personopplysninger. Revisjonen har gitt frist om tilbakemelding innen 01.06.2021. Frister for hvert element i planen er fastsatt til 24.05.21 slik at en samlet rapport kan svare ut tiltakene.

For å lukke tiltak for å fullføre protokoll for samtlige systemer, arbeides det for å få på plass en systemliste som kan importeres i Sureway. Etter import gjenstår det fortsatt arbeid med å komplettere protokollen. Samt egen prosedyre for innmelding av nye systemer i foretaket.

Revisjonsrapporten bekreftet at foretaket ikke har tilstrekkelig oversikt over databehandleravtaler og hvilke databehandlere foretaket benytter. Tiltaksplanen legger opp til etablering av arbeidsgruppe for å kartlegge databehandlere i Helgelandssykehuset. Arbeidsgruppens formål er å identifisere databehandlere for foretaket samt sikre oversikt over databehandleravtaler, for så å etablere databehandleravtaler, som skal arkiveres på oversiktlig måte. Dette er å anse som et svært ressurskrevende arbeid, og er ikke påstartet.

Rapporten fra Riksrevisjonen viser at Helgelandssykehuset har store sårbarheter når det gjelder angrep på sine IKT-systemer. Handlingsplanen, kombinert med oppfølginger av punkter i oppdragsdokumentet for 2021, vil bidra til å lukke avvik som Riksrevisjonens rapport påpeker. Lukking av tiltak i Handlingsplan for informasjonssikkerhet vil kreve involvering fra flere enn kun informasjonssikkerhetsrådgiver. Ca. 80% av tiltakene i handlingsplanen er bestående av tekniske innføringer og leveranser fra Helse Nord IKT som må implementeres i Helgelandssykehuset. For å lykkes med planen, og gjennomføring av samtlige tiltak er det svært viktig å koble på ressurser med kompetanse innenfor IKT-sikkerhet.

7.3 Helgelandssykehuset og Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS)

For at Helgelandssykehuset skal lukke sårbarheter fremstilt i Riksrevisjonens rapport, og oppfylle krav fra oppdragsdokumentet 2021, er Helgelandssykehuset avhengig av tjenester som blir levert fra Helse Nord IKT (HN IKT), og prosjektet Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS). Det er også viktig at Helgelandssykehuset er godt kjent med hva tjenestene leverer. Med dette menes å sørge for at det er en operativ oversikt over tiltakene, slik at vi setter oss i en posisjon der vi er i stand til å ta i bruk nye tjenester som dekker våre tiltak, så raskt som mulig når de blir tilgjengelig.

En annen viktighet med å ha god oversikt og forståelse til tiltakene, er en forutsetning om å sette realistiske tidsfrister for å møte Riksrevisjonsrapporten, og vise progresjon på tiltakene når vi skal rapportere til Helse Nord, og styret.

HN IKT kan pt. ikke angi konkret hvordan og når HSYK blir involvert i leveringsfasene fra prosjektet. Det gjør det vanskelig å gi noe tidsangivelse, eller rapportere på tidsfrister for lukking av tiltak. Oversikten blir dermed pt. ufullstendig, men den viktigste arenaen for oppfølginger mot HN IKT blir gjennom IKT-sikkerhetskoordinatorrollen. Det vil bli etablert jevnlig møter om samarbeid og informasjonsutveksling relatert til regionale tiltak mellom foretakene, og HN IKT. Dette belyser også vårt ressursbehov for kompetanse på IKT-sikkerhet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS)		X	

7.4 Resurser innenfor informasjonssikkerhet, personvern og IKT-sikkerhet i Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset har i dag én fast stilling som jobber fullt med informasjonssikkerhet Den samme stillingen fungerer også som IKT-sikkerhetskoordinator, som er bindeledd mellom HN IKT og Helgelandssykehuset når HNIKT avdekker sårbarheter på utstyr og systemer som eies av HSYK.

For å få til et godt og systematisk informasjonssikkerhetsarbeid i foretaket, er det viktig å få frem at ansvaret ikke alene ligger hos informasjonssikkerhetsansvarlig. Vi må sikre at det er et delt ansvar mellom foretakene for at gjeldende, og nyetablerte prosedyrer/rutiner er i henhold

til styringssystemet for informasjonssikkerhet. HSYK er et lite helseforetak, og har derfor færre ansatte med kompetanse på området enn behovet tilsier. I Helgelandssykehuset har vi ikke et team med flere personer som jobber med informasjonssikkerhet til daglig, slik det finnes i større foretak. Vi er derfor helt avhengig av å ha et godt samarbeid med øvrige foretak i Helse Nord.

I møter med Helse Nord IKT om regionale tiltak for informasjonssikkerhet kommer det tydelig frem at IKT-sikkerhetskordinatormøtene vil være en svært viktig arena i dialogen med HN IKT, for å påstarte tekniske tiltak iflg handlingsplanen hvor vi har avhengigheter til HN IKT. Her vil det fra første møtet bli begynt med å dele opp den store planen, og delt inn i hvordan vi skal lukke og sikre progresjon på sårbarhetene, og lagt prioriteringer for arbeidet.

Det vil ikke være mulig for informasjonssikkerhetsrådgiver å håndtere alle oppgaver og krav som HN IKT vil stille til HSYK tilknyttet tekniske innføringer som lukker sårbarheter. For å løse de oppgavene fra sikkerhetskordinatormøtene så vil det være behov for bistand av kompetanse innenfor IKT-sikkerhet, og som er godt kjent med IKT-driften i HSYK. Dette vil være oppgaver som er en blanding mellom informasjonssikkerhet og IKT-drift.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Ressurser			X

Begrunnelse for risikovalg:

Informasjonssikkerhet er et krevende og viktig fagområde. Deler av området ivaretas ved samarbeid regionalt, men HSYK må styrke ressursene som skal til for å sikre god nok framdrift og ivaretagelse av kravene på området. Både kompetanse og kapasitet må økes. I årene framover vil det bli behov for at det settes av tilstrekkelig ressurser i budsjettet til å sikre at informasjonssikkerhetsområdet er i tråd med myndighetskrav og den teknologiske utviklingen.

7.5 Avviksrapportering

År	Antall info.sikk og personvern-avvik
2020	17
2019	36
2018	35

Avvik innenfor informasjonssikkerhet og personvern registreres innenfor kategorien «Informasjonssikkerhet/personvern» i DocMap. I 2020 ble det meldt 17 avvik i kategorien, som er nedgang fra tidligere år. Det er uansett stor grunn til å tro at dette er en underrapportering, som kan begrunnes med ut fra flere årsaker:

- Avvik registreres i andre kategorier. Har sjekket i andre kategorier, og det meldes informasjonssikkerhetsavvik i forskjellige kategorier, og omvendt.
- Systemet for melding av avvik oppfattes som svært tungvint,
- Hendelser oppfattes ikke som avvik, for lite fokus på meldekultur.

Årsaker til få meldte avvik, og feilmeldte avvik medfører økt fokus fra Informasjonssikkerhetsrådgiver om oppmuntring til melding av avvik, og opplæring innenfor informasjonssikkerhetshendelser.

7.5.1 Avvikstrender:

Av avvikstrender for de meldte avvikene er det mye som går igjen fra foregående år:

- Pasientlister (og annen pas.-Informasjon) som gjenglemmes i arbeidstøy og havner på vaskeri.
- Avvik på makuleringsdunker som enten er åpne, mangler låsestrips, eller hvor man kan tydelig se innholdet i.
- Pasientdokumentasjon på avveie, kastet i restavfall, eller som er glemt på pauserom, møterom og pasientrom.
- Noen flere på brudd på taushetsplikten i 2020, blant annet fra inngangsparti grunnet Covid-19.

7.5.2 Tiltak for avvikstrender:

- Det er utarbeidet plakater som skal henges opp i områder hvor det kastes, eller byttes arbeidstøy. Som minner om å tomme lommene. Arbeidet er påbegynt med å henge opp plakater på enhet Mo i Rana. Grunnet hjemmekontorsituasjon og reiserestriksjoner er det ikke blitt utført i Mosjøen, Sandnessjøen eller Brønnøysund.
- Observasjonsrunde hos Retura som er Helgelandssykehusets leverandør av papircontainere og makuleringsdunker er gjennomført, med påfølgende rapport som kommer med anbefalinger om tiltak.
- Det er utarbeidet plakater som skal henges opp på møte og pauserom, som påminner om å sikre at rommet er tømt for pasientidentifiserende informasjon. Arbeidet er også her påbegynt med å henge opp plakater på enhet Mo i Rana. Grunnet hjemmekontorsituasjon og reiserestriksjoner er ikke blitt utført i Mosjøen, Sandnessjøen eller Brønnøysund.
- Tiltak for brudd på taushetsplikt vil være generell opplæring i informasjonssikkerhet og personvern. Dette gjelder påminnelse om den passive plikten til å tie, og den aktive plikten til å hindre at uvedkommende får tilgang til taushetsbelagt informasjon. I prinsippet så jobber vi alle med informasjonssikkerhet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Avvik		X	

Begrunnelse for risikovalg: Opplæring, og fokus på bedre meldekultur bør prioriteres. Rapport fra riksrevisjonen peker også på få meldte avvik innenfor informasjonssikkerhet i de foregående årene. Nytt system med mer tilpasset brukergrensesnitt er en forutsetning.

7.6 Felles styringssystem for informasjonssikkerhet.

I Helgelandssykehuset har vi et styringssystem for informasjonssikkerhet som gjelder for hele Helse Nord. Styringssystemet for informasjonssikkerhet forvaltes av Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS), og gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord. Dette omfatter all behandling, lagring og kommunikasjon av informasjon både muntlig, på papir og digitalt.

Gjennom FRIS oppdateres og etableres nye prosedyrer tilknyttet styringssystemet for informasjonssikkerhet i Helse Nord. Styringssystemet for informasjonssikkerhet er under stadig revidering (skal revideres i 2021), arbeidet pågår og koordineres av FRIS. Deretter må styringssystemet implementeres på flere nivåer i Helgelandssykehuset. Først gjelder det å implementere rutiner og prosedyrer (nivå 2 og 3) som er felles i regionen. I annen fase må det også implementeres våre egne og lokale prosedyrer og retningslinjer (nivå 4).

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Felles styringssystem informasjonssikkerhet		X	

Begrunnelse for risikovalg:

Styringssystemet er et stort og krevende internkontrollsystem med over 20 områder og kravdokument. Arbeid med å implementere, og gjøre krav og innhold i et slikt system kjent på flere nivåer er veldig utfordrende.

7.7 Utfordringer på området informasjonssikkerhet og IKT-sikkerhet i Helgelandssykehuset fremover:

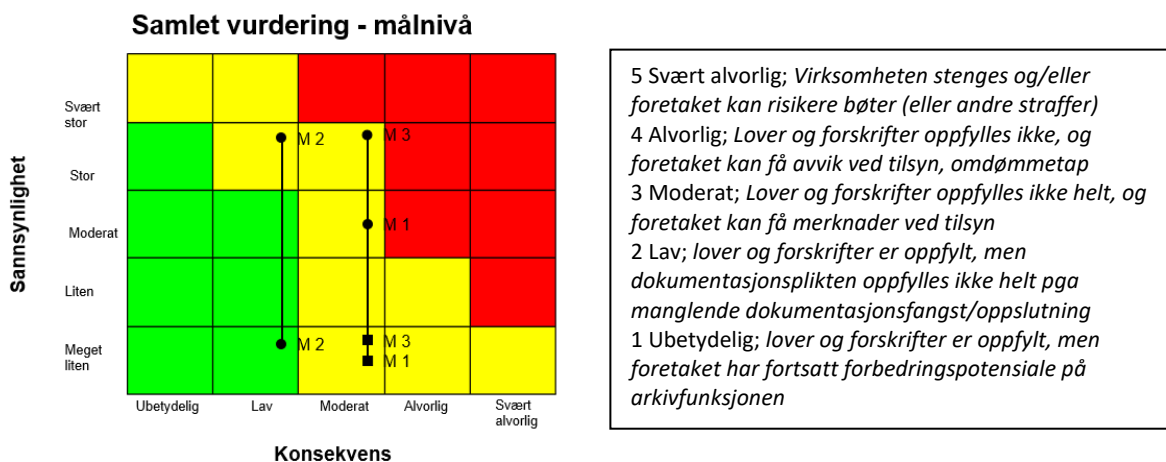
- Handlingsplan for informasjonssikkerhet
 - Viktigste, og største arbeidet innenfor informasjonssikkerhet i tiden fremover. Kommer til å kreve ressurser for å lukke samtlige tiltak.
- Oppfølging av tiltaksplan for internrevisjon' behandling av personopplysninger i Helgelandssykehuset':
 - Komplettering av protokoll som viser samtlige systemer i Helgelandssykehuset som behandler personopplysninger.
 - Fremskaffe oversikt over databehandlere.
 - Etablering av databehandleravtaler med databehandlere.
- Oppdragsdokumentet for 2021
 - Oppdragsdokumentet for 2021 inneholder 20 komplekse krav om teknologi og informasjonssikkerhet, mot 4 krav på området i oppdragsdokumentet fra 2020.
- Ressursbehov innenfor informasjonssikkerhet, og teknisk IKT-sikkerhet.
 - Ressurser på området informasjonssikkerhet og IKT-sikkerhet matcher ikke med kravene fra Helse Nord RHF.
- Implementering av felles styringssystem for informasjonssikkerhet.

- Utfordring med etterlevelse av informasjonssikkerhet på medisinteknisk utstyr.
 - Dette gjelder manglende ROS-analyser, og ressurser på informasjonssikkerhetskompetanse i MTU-Miljø.
- Utføring av loggkontroller i DIPS.
 - Utfordrende å finne/sette av ressurser for manuell gjennomgang av logger. Utføres ikke pr. nå, avventes på godkjenning av regional prosedyre som legger føringer for en lokal nivå 4-prosedyre.
 - Produksjonssetting og innføring av prosjekt for dokumentdeling vil også stille krav til at vi har prosedyrer for kjøring av rapporter, og prosedyre for behandling av innsynssaker.
- Utfordringer knyttet til sikkerhetskultur og opplæring av ledere og ansatte.

For å nå krav må bedre opplæringsmateriell på plass. E-læringskurs for informasjonssikkerhet alene, anses ikke som tilstrekkelig opplæring. Det må fortsatt følges tettere opp at ansatte fullfører nytt e-læringskurs i informasjonssikkerhet

8 Arkivtjenesten

Det ble gjort en gjennomgang av arkivfunksjonen (ROS-analyse) 21.1.21, som viste et samlet risikonivå hvor foretaket hadde for høy risiko på alle tre områder. Enkelte risiki innenfor hvert område hadde også noen røde score.



ROS-analysen bekreftet oppfattelsen av området, og resulterte i en plan for lukking av mangler. Sykehusledelsen vedtok arkivplan og plan for lukking og mangler i SL-sak 48/2021 den 16.2.21, og gjennomføring av planen ble påbegynt umiddelbart.

Status på området pr. 3.3.21:

a) Status arkivfunksjonen på systemnivå

Foretakets arkivtjeneste og ledergruppe har god oversikt over mangler på systemnivå. De fleste mangler er nå lukket, og det viktigste som gjenstår er

- Oversikt og informasjon om alle IKT-systemer i foretaket, samt gjennomgang av godkjenning for de som behandler arkivverdig materiale.
- Etablere en rutine for årlig ROS-analyse av arkivfunksjonen
- Sikre tilsvarende oversikt og kontroll på enhets-/stabsnivå som nå er gjort på foretaksnivå. Herunder lage planer for lukking av eventuelle mangler.

b) Status arkivfunksjonen forankring og oppslutning

Det er påbegynt et arbeid for å sikre høyere forankring og oppslutning. Arbeidet ble i februar godt forankret i foretaksledelsen og på stabsledernivå, og det er nå satt opp møtepunkter for å ta dette arbeidet videre i den enkelte stab og enhet. Det som gjenstår er

- Gjennomgang i den enkelte stab og enhet når det gjelder myndighetskrav, egne rutiner og retningslinjer, egne mangler, utarbeide planer for forankring i den enkelte stab/enhet, samt opplæring og veiledning.
- Skape felles faglig arena på tvers for merkantilt personell, superbrukere og saksfordelere i enheter og staber

Dette er få punkter, men det vil kreve tid og engasjement å få dette til. Med mange pågående oppgaver vil arbeidet måtte strekkes utover i tid, og man starter med gjennomgang i stabene først. På enhetsnivå, er enhetsdirektører kalt inn til oppfriskningskurs i elements som en start på arbeidet.

c) Status arkivfunksjonen fysiske arkiver og avlevering

Det ble vedtatt en plan for avlevering av fysisk pasientarkiv til Norsk Helsearkiv våren 2019. Prosjektet er tildelt budsjettmidler og arbeidet er i gang. Dette arbeidet vil ferdigstilles før ytterligere fokus på avvikling av fysisk arkiv. Målet er at alle fysiske arkiver avvikles over år, og materiell kasseres, deponeres eller digitaliseres. Det vil ta år å ferdigstille dette arbeidet. Det er påbegynt en jobb med å se om det må gjøres midlertidige tiltak for de arkivene som ikke tilfredsstillers lover og forskrifter. Dette for å redusere risiko noe.

d) Status på innhold i sak-/arkiv

Det er vanskelig å estimere hva det reelle dokumentfangstnivået skal være før foretaket har tilfredsstillende dokumentfangst. Det er likevel grunn til å tro at antallet bør forhøyes en del når flere tar systemet i bruk.

Tallene under viser at foretaket de siste årene har hatt en gradvis økt bruk. Det kan likevel se ut til at antall henvendelser som besvares i eller besvares og deretter legges i Elements er for lavt. Det kan også umiddelbart se ut til at dokumenter blir liggende for lenge i Elements før de besvares. Når det nå gjennomgås stab for stab og enhet for enhet, så er det å tro at foretaket får en bedre oversikt over realitetene i dette.

Ubesvart post (restanser) pr. 1.3.21	628
Ubesvart post eldre enn 2 mnd.	275
Journalposter under arbeid (reserverte/kladder)	145
Journalposter under arbeid eldre enn 2 mnd.	22
Inngående hittil i 2021	1383
Utgående hittil i 2021	498
Inngående 2020	8838
Utgående 2020	2663
Inngående 2019	7279
Utgående 2019	1230
Inngående 2018	7286
Utgående 2018	1707
Antall brukere i Elements	1983

e) Arkivtilsyn juni 2021

Foretaket er varslet om arkivtilsyn 9. og 10. juni 2021. Ut fra ROS-analysen som er gjort, er det å anta at foretaket vil få avvik og merknader i tilsynet. Det er likevel et mål å fortsette det påbegynte arbeidet fram mot tilsynet og at foretaket i hovedsak selv har god oversikt over mangler og er godt i gang med å lukke disse på det tidspunktet tilsynet gjennomføres. Arkivtilsynet gir en god mulighet for å lære mer og få en grundig gjennomgang av tilstanden på området. Etter tilsynet vil plan for lukking av mangler justeres ut fra tilsynsrapport.

9 Oppsummering

Oppsummering og oversikt over alle fokusområdene:

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Styringsparametrene		x	
Styrende dokumenter		x	
Avviksmeldinger og behandlinger		x	
Pasienthendelser		x	
Helse Miljø og sikkerhet		x	
Tilsyn og interne revisjoner		x	
Pasientklagesaker		x	
Klima og miljø	x		
Informasjonssikkerhet og personvern		x	
Arkivtjenesten		x	

Evt. tiltak og oppfølging blir beskrevet innen hvert fokusområde.

Vedlegg:

- Risikovurdering av styringsparametrene 1 tertial.xlsx
- Ledelsens gjennomgang miljø for året 2020.docx
- Samsvarsvurdering Helgelandssykehuset for året 2020.docx
- Plan for lukking av mangler vedrørende arkiv status 210302.xlsx
- Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset - rapport intern saksforberedelse - tiltak vedtatt SL 020321.pdf
- undersokelse-av-helseforetakenes-forebygging-av-angrep-mot-sine-ikt-systemer.pdf