

Styresak 05/2007: Årlig melding 2006

Møtedato: 19.02.07
Møtested: Sandnessjøen

I denne saken presenteres Årlig melding 2006 fra Helgelandssykehuset HF til Helse Nord RHF.

Det vises til brev fra Helse Nord til helseforetakene 18.12. 2006
Frist for innsending av årlig melding fra helseforetakene var 15.02. Meldingen skal i utgangspunktet også styrebehandles før innsending. Dette har imidlertid ikke lat seg gjøre da det første styremøtet etter nyttår er 19.02.2006. Meldingen sendes imidlertid nå til styret for behandling i dette styremøtet, samtidig som styresaken med meldingen sendes til Helse Nord.

Malen for rapportering er forholdsvis omfattende , og det bør vurderes om denne kan gjøres enklere, og allikevel gi den oversikten som Helse Nord RHF trenger for rapportering til departementet.

Styrets vedtak ettersendes til Helse Nord.

VEDTAK:

1. Styret viser til saken og vedlagte rapport og vedtar dette som Årlig melding fra Helgelandssykehuset HF til Helse Nord RHF for 2006.
2. Styret viser til at målene på en del av kvalitetsindikatorene ikke nås fullt ut og ber om at nødvendige tiltak iverksettes slik at en oppnår større grad av måloppnåelse.
3. Vurderinger av økonomisk resultat og drift vil styret komme tilbake til ved avlevering årsberetning og årsregnskap
4. Styret ber Helse Nord RHF om snarest å utarbeide og distribuere en standardisert og nedskalert mal for å forenkle arbeidet med å forberede og rapportere i forhold til Årlig melding.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer
Økonomisjef Terje Hanssen



HELGELANDSSYKEHUSET

ÅRLIG MELDING

TIL HELSE NORD

2006

Årlig melding 2006 til Helse Nord RHF – Helgelandssykehuset HF

1	Oppfølging av styringsdokumentet 2006	2
1.1	Kvalitet og prioritering	3
1.1.1	Kvalitet og metodevurdering.....	3
1.1.2	Faglig rammeverk	4
1.1.3	Prioritering	5
1.2	Pasientbehandling.....	6
1.2.1	Ventetider	6
1.2.2	Psykisk helsevern og opptrappingsplan for psykisk helse.....	6
1.2.3	Tilbudet til rusmiddelmissbrukere	7
1.2.4	Rehabilitering og habilitering – særskilte sykdomsgrupper mv.	8
1.2.5	Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten.....	8
1.2.6	Landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra.....	10
1.2.7	Tilbudet til den samiske befolkning.....	11
1.2.8	Oppgave, og arbeidsdeling.....	11
1.2.9	Prehospital akuttmedisinske tjenester.....	12
1.2.10	Smittevern og beredskap	13
1.3	Utdanning og rekruttering	13
1.3.1	Lærlinger.....	13
1.3.2	Utdanning, rekruttering og kompetanseheving	14
1.4	Forskning.....	15
1.5	Opplæring av pasienter og pårørende.....	17
1.6	Brukermedvirkning	17
2	Rapporteringspunkter 3.tertialrapport	17
2.1	Personal	17
2.2	Aktivitet.....	18
2.2.1	Somatikk.....	18
2.2.2	Psykisk helse	19
2.2.3	Rusomsorg	19
2.3	Økonomi - resultat.....	19
2.4	Årsverksutvikling.....	21

1 Oppfølging av styringsdokumentet 2006

Rapporteringen baseres på krav i bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet, fra Helse Nord RHF, samt tilleggspunkter som inngår i mal for tertialrapportering. For nærmere beskrivelser knyttet til de enkelte rapporteringspunktene henvises til disse dokumentene, samt plankalendere. Se også vedlagte oppsummeringstabell (vedlegg 3).

Vi ber helseforetakene om så langt mulig å besvare alle punkter som er spesifisert i denne malen, samt fyller ut de medfølgende rapporteringsskjema. Merk: punkter som skal besvares av alle HF er nummerert. Ellers er det markert hvilke(t) HF som skal rapportere.

1.1 Kvalitet og prioritering

Kort helhetsvurdering av foretakets innsats, tiltak og måloppnåelse på punktene i dette avsnittet. Det refereres nedenfor til prosedyre/dokumentnr. i Docmap.

1.1.1 Kvalitet og metodevurdering

I tillegg til å besvare de enkelte punktene bes det om rapportering på oppfølging av gjennomførte tilsyn i helseforetaket i 2006 jf vedlagte skjema. Dette skjemaet vil vi heretter be om rapportering på hvert tertial, i samband med tertialrapporteringen.

1. Beskriv kort HFets internkontrollsystem for registrering/oppfølging/forebygging av avvik
 - **I 2006 har det vært papirbasert, fra 2007 blir det elektronisk avvikshåndtering i Docmap. Prosedyre PR2915 viser meldingsrutine ved avvik. HMS- avviks håndtering er beskrevet i RL0598.**
2. Hvordan sikres oversikt over områder med fare for svikt/mangel på oppfyllelse av myndighetskrav jf § 4 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
 - **Avvikshåndtering.**
3. Hvordan blir kvalitetsutvalgene integrert i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid?
 - **De har et overordnet ansvar for å koordinere ulike tiltak slik at virksomheten totalt utøves i samsvar med pasientens behov, helsetjenestens mål og forskrifter og standarder.**
 - **De har et koordineringsansvar mellom nevnte oppgaver og området for helse, miljø og sikkerhet som er hjemlet i Arbeidsmiljøloven og i Forskrift om internkontroll.**
 - **De skal sørge for at det blir utarbeidet oversikt/statistikk over alle avviksmeldinger og bruke denne til målrettet systematisk kvalitetsarbeid.**
 - **De skal gjøre bruk av interne revisjoner for å se hvordan avdelingene håndterer avvikene.**
4. Oppfølging av tilsyn i HFene - vurderinger (avvik/merknader oppsummeres i vedlagt skjema)
 - **Følgende dokumenter er vedlagt når det gjelder dette pkt.:**
 - **Oversikt over tilsyn 2006.doc**
 - **Lukking av pålegg – pr. 18.12.06**
 - **Skjematisk oversikt God vakt**
 - **DSB rapport**
5. Er det planlagt/gjennomført interne revisjoner? Hvis ja, kommenter kort område/resultater.
 - **Blodbanken på de 3 sykehusene gjennomfører årlige revisjoner hos hverandre. For 2006 er denne revisjonen utsatt til februar 2007.**
 - **Kontroll av Journal innsyn for 2006 ble utsatt til februar 2007, pga uklart regelverk rundt selve gjennomføringen.**
 - **Ingen andre interne revisjoner er gjennomført da stillingen som kvalitetsleder ikke har vært besatt i halve 2006.**
6. Tiltak for å sikre at strålevern, avfall- og medisinsk strålebruk iht. gjeldende regelverk
 - **Strålevern: En radiograf har ansvar for oppfølging av tiltak ift. strålevernforskriften på foretaksnivå. Prosedyrer RL0854 og SJ0832 omhandler blybeskyttelse.**
 - **Avfallshåndtering: Det foreligger avfallshåndbok godkjent for sykehusenhetene i Mo i Rana og Mosjøen, PR 4889. Ikke formelt godkjent for hele helseforetaket enda. For øvrig prosedyrer PR5449 Avfallshåndtering, PR 1173 Håndtering av cytostatika avfall, PR 1176 Kassering av cytostatika avfall**

- **Medisinsk strålebruk:** Vi ikke har stråleterapi og heller ikke isotopundersøkelser ved deteksjonskamera. Radioaktive isotoper brukes heller ikke til diagnostiske tester lenger, slik at medisinsk strålebruk er ikke en aktuell problemstilling.
7. Rutiner for opplæring og etterlevelse av regler for bruk av medisinskteknisk utstyr
 - **Interne retningslinjer RL0591 Docmap.**
 -
 8. Tilretteleggelse for/fagmiljøenes deltakelse i arbeid med faglige retningslinjer
 - **Det har vært fokusert på dette i regionalt fagdirektørmøte, også med møte med Kunnskapssenteret i desember 2006. Internt i HF har det vært fokus på faglige retningslinjer overfor faggruppene, men det er ikke systematisk arbeid med dette internt i HF, mer sporadisk i enkelte fagmiljøer.**

1.1.2 Faglig rammeverk

1. Kommenter i forhold til resultat, måloppnåelse og tiltak innen nasjonale kvalitetsindikatorer: **Det vises til skjema over kvalitetsindikatorer. For en del av indikatorene har helseforetaket ikke nådd de fastsatte målene. Dette krever økt fokus inn i 2007.**
 - Epikrisetid
Nedgang ved alle 3 sykehusenhetene, og samlet nedgang fr 67,1% til 57,9% . Krever økt fokus i 2007 for å nå målet på 80%.
 - Antall korridorpasienter
Økning i Mo i Rana 3.kvartal, skyldes økt antall utskrivingsklare pasienter. Økt fokus på dette sammen med Rana kommune har gitt bedring i situasjonen i 2007.
 - Andel pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge diagnostisk vurdert etter ICD-10
246 av 591 pasienter, dvs. 41,6 % Det anføres imidlertid usikkerhet knyttet til pasienter som står på venteliste og ikke er diagnostisert enda, og at en del pasienter er i starten på et behandlingsforløp og således ikke diagnostisert enda.
 - Andel individuell plan (Helse Nord RHF er kjent med registreringsproblematikken knyttet til indikatoren, men ber om vurdering av om pasienter gis individuell plan i henhold til pasientrettigheter).
Vi har bare registrering for habiliteringstjenesten, der det er en bedring fra 2. kvartal. Det er bare Sandnessjøen som når målet på 100%, det er dog små tall. I somatikken kan det bedres mht. IP ift. pasientrettighetsloven, men uklarerheter pga. delt ansvar mellom kommune og helseforetak vanskeliggjør tiltakene. Sannsynlig bedring når samarbeidsavtalene med kommunene trer i kraft.
 - Andel strykninger på operasjonsprogrammet
En viss økning i Mo i Rana og Mosjøen, en liten nedgang i Sandnessjøen. Alle enhetene ligger nå over målet som er <5%. Gjennomsnitt for HF er 7,3%, men dette var 5,7% 2. tertial 2006.
 - Pasienttilfredshetsundersøkelser (PasOpp)
Fastlegers vurdering av kvaliteten ved DPS´er i 2006: Helgelandssykehusets DPS´er scoret lavt på de aktuelle indikatorene, men alle DPS´ene har fulgt dette opp overfor primærlegene.

Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern.

DPS Mosjøen med i undersøkelsen. Scoret noe over gjennomsnittet på hoveddimensjonen i undersøkelsen. Dog liten svarprosent i undersøkelsen 35%, slik at tvil om materialets representativitet.

Helgelandssykehuset deltar i PasOpp vedr. innlagte pasienter somatisk avdelinger og pårørende ved BUP er høsten 2006.

- Prevalens postoperative sårinfeksjoner jf innrapporterte tall til folkehelse
Både registreringen 10.05 m og 11.10 viste at tallene for egen. institusjon på HF-nivå (2,8 - 3,9% var lavere enn gjennomsnittet i Helse Nord, (4,9 - 3,9%), men på institusjonsnivå var Sandnessjøen høyere 11.10 (7,3 %)
Tallene er imidlertid små, og bare 1-2 pasienter med urinveisinfeksjon eller nedre luftveisinfeksjon gir store utslag på %-tallene.
- Insidensregistrering postoperative sårinfeksjoner jf NOIS – forskriften.
Aktuelle sykehusenheter er Sandnessjøen og Mo i Rana. Det vil bli etablert en arbeidsgruppe ved hver av disse enhetene. Arbeidet er blitt forsinket, men hygienesykepleier vil representere sykehusenheter ved oppstart av arbeidet, og det arbeides med etablering av arbeidsgrupper
- Øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer
Andel pasienter som blir operert innen 48 timer ved lårhalsbrudd er 93% for HF, som er en bedring fra 2. tertial. Mo i Rana 88%, men det presiseres at det dreier seg om små tall som gir store utslag.

Helse Nord RHF bruker primært de offisielle tallene som kommer fra NPR som utgangspunkt for rapportering til styret i Helse Nord RHF. Hvis helseforetaket har egne tall (månedsrapportering, avdelingsvise tall etc) så kan dette selvsagt brukes, for å utdype vurderingene.

2. Er det etablert rutiner/system for å fange opp tilbakemeldinger fra pasientene ut over PasOpp?
Nei

3. Dokumenteres intensiv behandling iht. nasjonal standard NEMS og SAPS?
Nei, men planlegges initiert i 2007

4. Kommentarer til resultat, måloppnåelse og tiltak vedr:

- andel elektroniske henvisninger (mål 60% jf <http://mgmt.nhn.no/stats/eHelse/>)
 - andel elektroniske epikriser (mål 100% jf <http://mgmt.nhn.no/stats/eHelse/>)
- Det lar seg ikke gjøre å hente ut %-statistikk fra de anførte nettstedene. Jfr. også innsendte data ifb. med aktivitetsrapportering**
Manglende datakvalitet har også tidligere vært tatt opp med Helse Nord.

1.1.3 Prioritering

1. Hvordan sikres prioritering av mennesker med psykiske lidelser, ruspasienter, pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som behøver rehabilitering og habilitering?
Innen psykiatri/barne-og ungdomspsykiatri og habilitering sikres prioritering ved tverrfaglige inntaksteam der det gjøres vurderinger iht prioriteringsforskriften og pasientrettighetsloven
Innen Rehabilitering sikres prioritering også ved at retningslinjer utarbeidet av Norsk Forening for Fysikalsk medisin og rehabilitering i 2005, benyttes.
2. Vurdering av funksjonsregnskapet – prioriteres psykisk helse og rus i større grad en somatisk virksomhet? Prioritering av øvrige prioriterte grupper jf pkt. 1?
Psykisk helse og rus prioriteres i større grad enn somatisk virksomhet, jfr. tidligere tilsendte tiltaksplaner som stort sett berører somatikkvirksomheten. Opptrappingsmidlene til psykisk helse benyttes slik de skal.

Funksjonsregnskapet kan ikke presenteres før årsregnskapet er ferdig.

3. Evaluering av egen bruk av rett til nødvendig helsehjelp og faglige kriterier for dette
**Pr. 2. tertial ble 42 % av henvisningene i HF innen somatikk vurdert til å utløse rett til nødvendig helsehjelp. Dette er lavere enn RHF der tallet var 54 %, og skyldes at Mosjøen har spesielt lav andel.
Mo i Rana 62 %, Sandnessjøen 42%, Mosjøen 6%. Dette skal rettes opp.
Det er overfor faggruppene fokusert på prioritetsforskriften.**
4. Deltakelse i faglige nettverk
**Internt faglig nettverk ved 8 faggrupper.
Deltakelse i faglig nettverk knyttet til kronikersatsingene.**

UNN:

- Ivaretagelse av oppgaven med å være drivkraft i etablering og oppfølging av fagnettverk?

1.2 Pasientbehandling

Kort helhetsvurdering av foretakets innsats, tiltak og måloppnåelse på punktene i dette avsnittet.

1.2.1 Ventetider

1. Kommenter status, utvikling og tiltak innen ventetidsstatistikk somatikk og psykisk helse.
Ventetider somatikk 2.tertial
Det er en økning i ventetiden både for gjsn. avvirket og ventende. For ventende pr. 2. tertial er økningen fra 1. tertial fra 94 – 99 dager. Dette er litt under gjsn. for Helse Nord (105 dager). Det har vært en nedgang i Mo i Rana, men en økning i Sandnessjøen og Mosjøen. Kortest ventetid for ventende i Mosjøen med 89 dager.
Siden sommeren innebærer redusert aktivitet gjenspeiles dette i økte ventetider i 2. tertial. Med fokus med redusert aktivitet og årsverksforbruk i siste del av 2006 og i 2007, kan det forventes ytterligere økte ventetider.

Ventetider voksenpsykiatri:

Gjsn ventetid ventende har økt fra 86 til 95 dager. Dette er over gjsn. for Helse Nord (81 dager). Det er økning ved alle DPS'ene, og den viktigste grunnen er vakanser på behandlersiden, samtidig med aktivitetsøkning.

2. Ventetid for ventende i barne- og ungdomspsykiatrien skal kommenteres særskilt:
 - Markert redusert gjennomsnittlig ventetid for barn- og unge
Ingen av BUP'ene bortsett fra Brønnøysund har klart å redusere gjsn ventetid hverken for de ventende eller de som er avvirket. Gjsn. ventetid ventende er 112 dager, mens gjsn. Helse Nord er 105 dager. Hovedårsaken er vakanser på behandlersiden og langtidssyke-meldinger samtidig med aktivitetsøkning.
 - Ventetid for vurderingssamtale på maksimalt 10 dager
Svært få blir innkalt til vurderingssamtale innen 10 dager

Se www.npr.no, og resultat for kvalitetsindikatorer BUP 1. halvår 2006.

1.2.2 Psykisk helsevern og opptrappingsplan for psykisk helse

1. Innen utgangen av 2006 utarbeide plan for helhetlig behandlingstilbud ved DPS-ene.
Dette arbeidet er påbegynt, men ikke ferdig. Det har vært dialog med fagavdelingen Hels Nord RHF om retningslinjer for arbeidet. Videreføres i 2007 og i tråd med kommende oppdragsdokument.
2. Utarbeide samarbeidsprosedyrer med kommunene, politiet og andre relevante instanser i opptaksområdet for håndtering av farlige og ustabile personer
Det har vært møter med politiet og kommunene knyttet til håndtering av farlige og ustabile personer på bakgrunn av konkrete saker. Man har gjennomgått prosedyrer, blitt enige om et tettere samarbeid, men ikke utarbeidet skriftlige felles prosedyrer. Dialog med politiet fortsetter og tettere kontakt med kommunenes psykiatritjenester bl.a. som følge av PasOpp-undersøkelsene og samarbeidsavtaler.
3. Tiltak for økt bruk av videokonferanse og SMS i behandlingen av barn og ungdom.
SMS er tatt i bruk som påminning av timeavtaler, øvrig kontakt etc, men ikke som en del av selve behandlingen. Videokonferanse brukes heller ikke i selve behandlingen, men aktivt ved diverse undervisning og som møter ifb. med utredning/innleggelse ved andre behandlingssteder, særlig Nlsh.
4. Fremdrift for investeringsprosjekter jf Opptrappingsplan for psykisk helse
Investeringsprosjektene er fullført. 4 psykiatrisenger i Sandnessjøen er ikke tatt i bruk enda. Sees i sammenheng med arealplanlegging i sykehuset for øvrig.
5. Utvidede åpningstider og ambulante team
Det er etablert utvidet åpningstid 1 dag pr. uke i Mosjøen. Der er det også psykoanalytisk gruppeterapi og gruppe for spilleavhengige på kveldstid. Ingen av DPS'ene har hatt personellmessige ressurser til å etablere ambulante akutt-team, men det drives ambulant virksomhet ved å reise ut til kommunene.

NLSH:

- etablering av regionalt senter for spiseforstyrrelser for voksne
- #### **NLSH og Helgeland:**
- utarbeidelse av forpliktende prosedyrer for utskrivninger
Det har vært møter med Nlsh om prosedyrer på bakgrunn av forslag og kommentarer til disse, og dette bør kunne avklares 1. halvår 2007.

UNN:

- etablering av regionalt senter for spiseforstyrrelser for barn og unge (RSS) og planleggingen av bygg for RSS i tilslutning til UPA
- etablering av regionalt ressurscenter vold/traumatisk stress
- rutiner for samarbeid flyktninger og asylsøkere ved forsterket avdeling ved Setermoen mottak

Hålogaland:

- økt bruk av ambulering
- gjennomføring gjennombruddsprosjekt
- tiltak kortere ventetid BUP

1.2.3 Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

1. Hvordan sikres prioritering av unge med rusmiddelproblemer, barn og unge med rusmiddelmissbrukende foreldre, pasienter med samtidig rusproblem og psykisk lidelse?
Bemanningen styrket med 1 ruskonsulent ved hvert av DPS'ene i 2006. Rusteamene prioriterer målgruppen 15-23 år. Ruskonsulentene følger retningslinjene for prioritering av

rettighetsstatus utarbeidet av Helse Nord. I Mo i Rana deltar ruskonsulent i DPS'ets inntaksteam.

2. Domfelte rusmiddelmissbrukere
I Mosjøen er det samarbeid med Kriminalomsorg i frihet og egen avtale med Mosjøen fengsel knyttet til oppfølging av innsatte
3. Ventetidsregistrering innlemmet i NPR
Det rapporteres månedlig til Koordineringsenheten som rapporterer til NPR. Det foreligger imidlertid ingen data fra Helse Nord i NPR-kuben mht. ventetider rus.
4. Videreutvikle samarbeidet om å implementere felles kriterier for vurdering og prioritering i henhold til pasientrettighetsloven.
Dette pågår i regi av ruskonsulentene i regionen og Kompetansesenteret/koordineringsenheten.
5. Styrke samarbeidet med psykiatri og somatikk slik at kravene til tverrfaglig spesialisert behandling blir ivarettatt
Dette arbeidet pågår kontinuerlig bl.a. med samarbeid mellom ruskonsulentene og psykiatriske sykepleiere med arbeidssted i somatiske avdelinger. Tett samarbeid med medisinske avdelinger knyttet til overdoseproblematikk.
6. Opprettholdes behandlingsskapiteten på minst samme nivå som i 2005
Behandlingsskapiteten er økt i 2006 pga. nye ruskonsulentstillinger. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til aktivitetsregistreringen innen rusomsorg da dette ikke kan hentes fra DIPS, og må telles manuelt. Det registreres en økning i antall henvisninger og klienter. Gjestepasientutgifter rus holdes innenfor budsjett.

UNN og NLSH:

- Integrering av alle tiltak innenfor legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i øvrig tverrfaglig spesialisert behandling; herunder harmonisering av henvisningsregler.

UNN og Hålogaland:

- Sikre opprettholdelse av kriseplasser og muligheten til innleggelse etter § 6.2.a i Sosialtjenesteloven.

1.2.4 Rehabilitering og habilitering – særskilte sykdomsgrupper mv.

1. Kort rapport/vurdering av tiltak som er igangsatt/gjennomført i kronikersatsingen, inkludert bruken av tildelte midler. Det vises til bestillerdokumentet for områder som ønskes kommentert.
Det vises til rapportene fra prosjektlederne i kronikersatsingen.

Prosjektlederne i kronikersatsingen skal utarbeide detaljerte rapporter på gjennomføringen av tiltakene i hvert helseforetak, som skal leveres til Helse Nord RHF tidlig i januar 2007. Disse kan benyttes som utgangspunkt for rapporteringen. Prosjektledernes rapporter vil bli distribuert så snart de er klare.

UNN og NLSH:

- Utredning vedr. behovet for styrking av tilbudet til pasienter med kroniske smerter og pasienter med behov for palliativ behandling i regionen (innen utgangen av året).

1.2.5 Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten

1. Utvikling av egen konkret plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester jfr. styrevedtak i Helse Nord RHF juni 2005.

Det vises til eget notat som er oppdatering av tidligere sak til styret. Det pågår arbeid innen fagområder som er av betydning for desentralisert virksomhet (ØNH, FMR). Plan legges frem når øvrig planarbeid er ferdig, sannsynligvis innen sommeren 2007.

2. Rapportere på framdrift i tiltakene jf Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev 06.09.05 for styrking av lokalsykehus.

Helsepark – sykehuset som serviceportal for offentlige og private tjeneste

Helsepark er et prosjekt ved Helgelandssykehuset Mo i Rana som omfatter samhandling og integrasjon mellom helseforetaket, fylkeskommunen, kommunen og private, herunder et eget servicetorg. Byggestart på fellesbygg for sykehuset og Nordland fylkeskommune (poliklinisk virksomhet, kontortjeneste og tannlegekontorer for Nordland Fylkeskommune) er satt til 1. mars 2007. Forprosjekt for fellesprosjektet mellom Rana Kommune og Helgelandssykehuset Mo i Rana. er i slutfasen, og til vurdering av SINTEF HELSE. Endelig rapport vil foreligge uke 8, og prosjektets styringsgruppe vil konkludere rundt videre fremdrift 1. mars 2007. Det gjenstår nå å skaffe finansiering til dette prosjektet. Videre jobbes det videre med internprosjekt mellom ledelse og ansatte i sykehuset med fokus på service. Her er det gjennomført endringer i resepsjonsområdet og implementert åpnere løsninger med ny resepsjon, og felles sentralbord. Det er pr. 10.02.07 ikke benyttet øremerkede midler (2 mill kr) til noen av de 3 punktene over, men det er nå satt i gang konkrete arbeider som vil finansieres av disse midlene.

Prosjektet "Allmennleger i felles akuttmottak i lokalsykehus" - delprosjekt i omstillingsprosjektet i Mosjøen.

Prosjektet ble startet opp høsten 2005, og har vært et viktig tiltak for samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehus. Inkludert i dette å etablere et felles akuttmottak ved sykehuset i Mosjøen. Det har ikke lyktes prosjektet å tilsette prosjektleder, etter gjentatte forsøk. Prosjektet har likevel forsøkt å arbeide i hht intensjonene, og følgende hovedprioriteringer har vært gjort:

I 2005 ble det lagt vekt på kompetansetiltak. Befaringer til omstilte sykehus i Sverige, kurs og kompetansetiltak i forbindelse med omstillingen i Mosjøen og rettet mot samhandlingen mellom sykehus og kommune.

I 2006 har prosjektet finansiert planleggings- /oppstartfasen for felles akuttmottak. Leder for FAM har planlagt, implementert og startet samhandlingsaktiviteter mellom kommune og sykehus. Herunder gjennomgang og utarbeidelse av prosedyrer, rutiner og organisering av felles akuttmottak etter bortfall av akutt kirurgi. Videre har det vært utviklet og arbeidet mer detaljert med prosedyrer og avgrensinger mellom sykehus og primærhelsetjeneste. En sykehuslege har vært spesifikt engasjert i dette arbeidet sammen med leger fra kommunehelsetjenesten.

Som ledd i den felles etablering som prosjektet har lagt til grunn har man delfinansiert ressurser som har hatt ansvar for planlegging og tilrettelegging av den kommunale delen av akuttmottaket.

Det er enda mange utfordringer som gjenstår. Arbeidet med disse fortsetter i 2007.

Brønnøyprosjekt

Ansatt prosjektleder i 100% stilling 1. mars 2006 – 1. mars 2007

Det er etablert hemodialyseenhet samlokalisert i fødestuens lokaler, og noen av personalet fra fødestuen med deltar ved dialysebehandling.

Noe arbeid gjenstår mht. organiseringen av spesialistpoliklinikken

3. Arbeid med utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder for akutt syke, kronisk syke og for elektive pasienter.

Ikke spesielle prosjekter knyttet til behandlingsskjeder.

Ved kir. avd. Mo i Rana er det etablert "fast track" i dagkirurgi, som er en effektivisering av pasientforløp innen dagkirurgi

4. Oppretting av minst to pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper

Samhandling om dagenhet for palliativ behandling i Mosjøen

5. Etablering av samarbeidsavtaler med kommunene (innen 1.mai)
**Samarbeidsavtaler er ferdigbehandlet i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
Med de øvrige kommuner arrangeres det møter vedr. samarbeidsavtaler januar/febr. 2007 med tanke på ferdigbehandling i kommunene innen 1.mai**
6. Gjennomgang og forbedring av rutiner, utvikling av samarbeid og samhandling med primærhelsetjenesten, primærlegene og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.
**Bruk av PKO. Etablert møteserie vedr. ortopedi i Mo i Rana
Effektivering av samarbeidsavtalene
Oppfølging fra DPS'ene overfor primærlegene PasOpp-undersøkelsen vedr. primærlegers evaluering av DPS'ene**
7. Utnyttelse av mulighetene i Norsk helsenett og telekommunikasjon (elektroniske henvisninger og epikriser, andre tiltak).
De fleste henvisningene og alle epikriser sendes elektronisk, se for øvrig pkt. 1.1.2.4
8. Økt bruk av telemedisin og ambulant virksomhet, tiltak for å systematisere tjenestene bedre?
**Pilotprosjekt sammen med primærhelsetjenesten i Hemnes kommune, sykehusenhet i Mo i Rana med praksiskonsulent vedr. bruk av telemedisin i forbindelse med utskrivning av pasienter. Telemedisinsk kommunikasjon fra FAM i Mosjøen til de kirurgiske avdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen.
Økt satsing ved spesialistpoliklinikken i Brønnøysund, se for øvrig pkt.1**
9. Deltakelse i utvikling av handlingsplan for bedre utnyttelse av intensivkapasitet.
Det er ikke startet eget arbeid med slik handlingsplan i HF'et
10. Samarbeid med Sykehusapotek Nord for å redusere legemiddelrelaterte problemer hos pasientene, bl.a. forbedre rutiner for legemiddelhåndtering, systemer for avvikshåndtering.
**Sykehusfarmasøytene er medlem av nettverk for tilsynsfarmasøyter i Nord-Norge (TiFa-Nord). Dette er det eneste formelle samarbeidstiltaket mellom HF og Sykehusapotek Nord.
HF har felles legemiddelliste, felles retningslinjer for legemiddelhåndtering og felles legemiddelliste.**
11. Antall utskrivningsklare pasienter – somatikk - kommentarer til utvikling, tiltak
Økende problem i 2006 med utskrivningsklare pasienter ved sykehusenheten i Mo i Rana. Jevnlig kommunikasjon med Rana kommune om dette problemet. Etablert hyppigere, regelmessige møter mellom sykehuset og omsorgstjenesten. Situasjonen bedret etter nyttår

UNN:

- Involvert i planarbeidet i øvrige helseforetak vedr utvikling av desentraliserte tjenester?

Helgeland:

- utvikling av samarbeidet med primærlegene og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene - særlig etablering av FAM ved Helgelandssykehuset Mosjøen våren 2006.
**Se over vedr. samarbeidsavtaler og andre samhandlingstiltak
FAM i Mosjøen åpnet 01.11.2006. Utstrakt samhandling med primærhelsetjenesten både i formelle strukturer og faglig i FAM.**

1.2.6 Landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

UNN:

- Hvordan sikres lik tilgjengelighet til landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra?

- Hvordan sikres spredning av kompetanse og rekruttering til aktuelle fagmiljø?
- Deltakelse i nasjonalt planarbeid.

1.2.7 Tilbudet til den samiske befolkning

1. Tilgjengelighet og bruk av samisk tolketjeneste overfor samiske pasienter. Blir Nasjonalt tolkeregister (www.tolkeportalen.no) benyttet?
2. Kontakt med Samisk avdeling, UNN og Samisk nasjonalt kompetansesenter innen psykisk helse (SANKS) når det gjelder styrking av kompetanse og forskning innen samisk?
Helgelandssykehusets nedslagsfelt er det kun to-språklig samisk befolkning, der norsk eller svensk er ett av språkene. Tolketjeneste er det sjelden behov for, og i de tilfeller det evt. er nødvendig, er foretaket selvhjulpent med egne tolker gjennom den lokale samiske befolkningen.
Helgelandssykehusets Brukerutvalg, styrkes i 2007 med en representant fra den samiske befolkningen på Helgeland

Finmark:

- Status for oppfølging av planene for etablering av SANKS i forhold til formell organisering og strategier for utvikling av SANKS.

1.2.8 Oppgave, og arbeidsdeling

1. Kort om samarbeidet med private opptreningsinstitusjoner, Valnesfjord Helsesportsenter, private rusinstitusjoner, Kløveråsen, Ribo
Helgelandssykehuset benytter Nordtun til evt. opptrening av ortopediske operasjonspasienter.
2. Kort om samarbeidet med avtalespesialistene, vedr pasienter og kompetanseutvikling
Få private avtalehjemler på Helgeland.
3,42 årsverk for legespesialister fordelt på spesialitetene hud 0,75, pediatri 0,2, ØNH, 0,4, Øye 2,07, og 2, 4 årsverk for psykologspesialister.
Godt samarbeid om konkret pasientbehandling med alle avtalespesialistene, men ikke konkret samarbeid om kompetanseutvikling.

UNN og Finnmark:

- Samarbeid om rotasjon og ambulering innen kirurgiske fag
- Arbeid for at ambulansetjeneste kan inngå som del av faste arbeidskontrakter.

Helgeland, Hålogaland, Finnmark:

- Resultater i forhold til oppfølging av vedtatte endringer innen organisering av kirurgi og ortopedi, herunder valg av færre typer primære hofteproteser
Vedtatte endringer mht. kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen gjennomført, forsettes kjent, men beskrivelsen av beredskapen vedlegges (jfr. Helse Nord 13.12.2006.)
Fra opptaksområdet til Mosjøen går innleggelseskrevene bløtdelskirurgi fortrinnsvis til Sandnessjøen og ortopedi til Mo i Rana. For øvrig forholder man seg til den vedtatte sentralisering av kirurgisk behandling av visse kreftformer.

Ortopedi

Oppgavefordelt til Mo i Rana, både akutt og elektivt, og etablert eget vaktskikt i ortopedi. Dagkirurgi i Mosjøen i samarbeid med Mo i Rana.
 Hovedsakelig sluttet med revisjonsprotesekirurgi etter vedtak i Helse Nord. Dette er svært ressurskrevende kirurgi dersom det skal gjøres riktig og fordrer en del spesialutstyr og ikke minst et utvalg av spesialproteser på lager.
 Ikke enda kommet noe vedtak om hvilke og færre proteser som skal brukes . Avholdt møte primo desember 2006 der saken har vært diskutert.

- Gjennomgang av akuttberedskap i ortopedi
Se over

Hålogland:

- Arbeids- og oppgavefordeling - etablering av ambuleringsordninger
- etablere gjennomgående faglige ledelsessystemer med felles standarder og prosedyrer på tvers av enhetene
- vurdering vedr organisering av fødetilbudet
- Tilpasning av samlet kapasitet til i hovedsak å dekke behovet for lokalsykehus tjenester
- Vurdering vedr. omdisponering av kirurgiske senger til generell indremedisin/geriatri/ rehab.
- Gjennomgang av tjenesteplanene i de kirurgiske fag

1.2.9 Prehospitale akuttmedisinske tjenester

1. Implementering av Helse Nord RHF's retningslinjer til forskrift "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" av 1.april 2005

Ad krav til tilstedevakt og responstid:

Vi oppfyller krav til tilstedevakt og responstid på de stasjonene som er etablert. Dette med unntak av kommunene Træna, Rødøy og Lurøy (unntatt fastland). I disse kommunene er det ikke etablert stasjoner med ambulanspersonell. Helgelandssykehuset er i dialog med disse kommunene om å samarbeide (også interkommunalt) for å etablere ambulanseressurser. Retningslinjenes øvrige minimumskrav til oppvarmede garasjer, fasiliteter ved lokalene etc er enten allerede tilfredsstillende oppfylt eller i ferd med å bli det.

Ad krav til rekruttering og kompetanse i ambulansetjenesten anses disse være tilfredsstillende oppfylt jfr Helse Nord's retningslinjer.

Ad beskrevne krav til nødmeldetjenesten anser Helgelandssykehuset disse for tilfredsstillende oppfylt.

Helgelandssykehuset arbeider aktivt med fornying av ambulansebåttjenesten slik definert i ambulansplanen. Dette arbeidet skjer i tett dialog med kommunene.

2. Ferdigstillelse av ny ambulansplan.
Ambulansplanen ble vedtatt 6.juni 2005, med diverse tilføyelser fra styret.
3. Er Helse Nord RHF's styrevedtak/føringer lagt til grunn i ambulanseprojektet med utredning av vesentlige forhold?
Ja
4. Anskaffelse av flåtestyringsverktøy for å bedre kvalitet, effektivisere drift, ivareta pålegg fra Datatilsynet og virksomhetsregistrering, jfr. også felles konkurranseutsetting.
Flåtestyringsverktøy vil etableres vinteren/våren 2007 i alle enheter i ambulans- og nødmeldetjenesten. Dette vil effektivisere driften og ivareta pålegg fra Datatilsynet.
5. Bidra til å sikre at helse radionettet er forsvarlig operativt inntil nytt digitalt nett er på plass.
Der er et nært samarbeid med Elektro for vedlikehold, følge prosedyrer og retningslinjer lagt for å ivareta personopplysninger. Dette vil vil fungere enda bedre når Locus styringsverktøy er installert. Da vil kun hastegrad og retning bli opplyst over samband.
6. Samhandling med Luftambulansetjenesten ANS for å sikre integrerte og koordinerte akuttmedisinske tjenester og sikre optimal kostnadseffektivitet i bruken av den samlede ambulansetjenesten.
Helgelandssykehuset har grunn til å tro at det er et betydelig underforbruk av luftambulansfly-tjenester i denne regionen. Dette vil man i 2007 jobbe videre med. I det øvrige har man en god

samhandling med Luftambulansetjeneste ANS om gjeldende prosedyrer for å sikre en god drift.

Helgeland:

- gjennomgå og avklare sentralene/LV-tjenestene som Vefsn og Rana sykehus leverer til kommunene. **Det er etablert bedre kvalitets- og driftsmessig/kapasitetsmessig utstyr til legevaktssentralene ved sykehusene i Rana og Mosjøen i 2006.**

Hålogaland:

- Ferdigstille arbeidet med å etablere en velfungerende AMK-sentral ved Harstad sykehus som betjener nødnummer 113 og ambulanskoordinering for hele helseforetaket.
- sørge for at AMK til enhver tid er bemannet med to operatører i tilstedevakt.
- Gjennomgå og avklare sentralene/LV-tjenestene som Narvik og Stokmarknes sykehus leverer til kommunene.

1.2.10 Smittevern og beredskap

1. Smittevern i henhold til lov (særlig pandemisk influensa og MRSA)?
Pandemisk influensa: Beredskapsplan godkjent og lagt ut i Docmap februar 2006, (PR 3257 og 3258). Årlig revisjon.
MRSA: Prosedyrer på screening av pasienter og personell i Docmap, (PR 4860)
Likeså prosedyrer for håndtering av pasienter med MRSA i sykehuset (isolering, sanering m.m. PR 4918).

2. Status gjennomgang status/konsekvensvurderinger/tiltak for å oppnå mål for bemanning av smittevernpersonell (hygienesykepleiere og smittevernleger) og isolater

Bemanning:

Hygienesykepleiere:

50 %-stilling i Sandnessjøen, og Mo i Rana, 20 %-stilling i Mosjøen

Smittevernlege:

30 % stilling i foretaket utlyst internt, ingen søkere. Satses nå på 10 % stilling ved hvert av sykehusene.

Bemanning lavere enn anbefalt av regional smittevernplan (100% hygienesykepleier og 20% smittevernlege ved hvert sykehus), av økonomiske årsaker.

Isolater:

Helgelandssykehuset oppfyller ikke fullstendig det som er angitt som fremtidig isolasjonsbehov i RHF Smittevernplan, i det kun Mosjøen har komplett kontaktsmitteisolasjon ved intensivavdelingen.

Det er heller ikke isolat med undertrykksventilasjon i foretaket.

1.3 Utdanning og rekruttering

Kort helhetsvurdering av foretakets innsats, tiltak og måloppnåelse på punktene i dette avsnittet.

1.3.1 Lærlinger

1. Tilrettelegge for gode læresteder i ambulansesfag, ta imot minimum 6 nye lærlinger (minst 12 lærlinger sum 1. og 2. år). Plan for kompetanseøkning for å imøtekomme forskriftens krav om at minst 75 % av ambulansepersonellet bør ha oppnådd kompetansestatus "fagarbeider m/autorisasjon" innen utgangen av 2009

Det ble pga foretakets økonomi ikke etablert flere enn 3 lærlingeplasser i 2006 for

ambulansefag. For øvrig er det noen lærlingeplasser for kontorlag og kjøkkenlag.

2. Deltakelse i utviklingsarbeid sammen med RHF for å bli en god lærlingbedrift, inngåelse av rammeavtaler med aktuelle videregående skoler om lærlingplasser. Omleggingen av hjelpepleierutdanningen til helsefagarbeider - plantall og rammeavtaler med videregående skoler innen utgangen av 2006.
Deltakelse på møte i Helse Nord om denne problematikken. Ikke inngått overordnet rammeavtale fra Helse Nord side?, og heller ikke enda inngått avtaler mellom Helgelandssykehuset og videregående skoler. Omleggingen av hjelpepleierutdanningen får ikke konsekvenser for helseforetaket før 2008.

1.3.2 Utdanning, rekruttering og kompetanseheving

1. Antall avtaler med høgskoler
Avtaler med 3 høgskoler
 - Høgskolen i Bodø: Sykepleierutdanning
 - Høgskolen i Nesna: Sykepleierutdanning
 - Høgskolen i Tromsø: Radiografutdanning, fysioterapeututdanning, ergoterapeututdanning, jordmorutdanning
2. Antall praksisplasser innen helsefag
120 praksisplasser (sykepleierstudenter). I tillegg praksisplasser for hjelpepleierelever, ca. 50.
3. Status oppdatering av Nasjonalt Råds register over tildelte legehjemler
Innspill til RHF for oppdatering av NR-basen ifb. med søknad om stillingshjemler for 2007
4. Ansettelsesprosedyrer som sikrer dokumentasjon for formell kompetanse
Del av ansettelsesprosedyrer i PO-avdelingen, ktr. ift. til SAFH og DNLF's spesialistregister. Inngår også som en del av prosedyrene vedr. innleie.
5. Bidrag til å rekruttere og utdanne spesialister til kronikersatsingen
Prioriterte 3 geriaterstillinger og 1 revmatolog-stilling ved søknad hjemler 2006. Fikk tildelt hjemler for 1 geriater (Sandnessjøen) og 1 revmatolog (Mo i Rana)
6. Utnyttelse av mulighetene til utdanning og kompetanseheving for ansatte innen geriatri, habilitering og rehabilitering og revmatologi, tilrettelegging av arbeidssituasjonen slik at aktuelle kandidater får anledning til å delta i tiltakene.
Se årsrapporter fra prosjektlederne i kronikersatsingen.
7. Deltagelse i utdanningsprogram i voksen- og barne- og ungdomspsykiatri.
2 ass.leger i voksenpsykiatri under utdanning med gr I tjeneste i Bodø
8. Opplæring/kompetanseheving for lederne innen psykisk helsevern
Generelt høyt fokus på kompetanseheving og etter/videreutdanning
Mosjøen: Viderutdanning/spesialistutdanning for psykologer, leger og andre fagstillinger
Mo i Rana: Lege/psykologspesialisering, BUP: 2 psykologer og 1 barnevernpedagog i utdanningsprogram
Ytre Helgeland: Flere i utdanningsprogrammer, flest i kognitiv terapi.
9. Deltakelse i kompetanseutviklingstiltak for personell som arbeider med diabetes, og diabetes og spiseforstyrrelser i regi av Diabetesforbundet.
Ingen deltakere på tiltak i Diabetesforbundets regi
10. Deltagelse i regional Paramedic-utdanning.

Helgelandssykehuset har utdannet 3 paramedic siden 2004. 3 paramedic under utdanning for egen regning, ferdig våren 2007. Ingen ved utdanning ved UNN. Ikke rom for paramedic-utdanning i 2006-budsjettet. Avsatt midler i budsjett 2007 til utdanning av 1 paramedic.

11. Utdanning og kompetanseheving i samarbeid med kommunene – praksiskonsulenter
Ikke laget spesielle utdanningsprogrammer for praksiskonsulentene.
12. Stabilisering av overleger i rekrutteringssvake fag - stimulere til fagutvikling og forskning.
Helgelandssykehuset har behov for å stabilisere overleger i alle fagområder. Liberalt permisjonsregulativ mht. deltakelse på kurs/kongresser etc. Fokus på bruk av overlegepermisjoner, og ajourført avtale med Dnlf om dette. Forskning : se eget avsnitt. Inngått avtale med Dnlf om støtte til gruppe I-tjeneste for ass.leger, med bindingstid etter endt tjeneste.

UNN:

- Ivaretagelse av rolle som drivkraft for rekruttering av gode fagfolk og forskere til Helse Nord
- deltakelse i arbeid med videre strategi for å møte rekrutteringsutfordringene, herunder aktiv deltakelse i nasjonalt arbeid for kartlegging for perioden frem til 2015.
- mottak av leger under utdanning i utdanningsprogram voksen/barne- og ungdomspsykiatri, med behov for tjeneste ved døgninstitusjoner, fra øvrige helseforetak.

UNN og Finnmark:

- Status nasjonalt prosjekt for rekruttering av legespesialister til Finnmark.

Hålogaland:

- iverksette særlige tiltak for å sikre rekruttering av barne- og ungdomspsykiater til Harstad og sørge for at utdanning av legespesialister fyller krav til godkjenning av spesialiteten

Helgeland:

- iverksette særlige tiltak for å sikre rekruttering av barne- og ungdomspsykiater til Mosjøen og sørge for at utdanning av legespesialister fyller krav til godkjenning av spesialiteten
Tilsatt barnepsykiater i Mosjøen fra 1.februar 2007
Spesialistutdanning: Følge utdanningsprogram i tråd med retningslinjer fra DNLF vedr. spesialistutdanning, (respektive spesialistkomiteer).

NLSH:

- deltakelse som utdanningsinstitusjon for kandidater i utdanningsprogram

1.4 Forskning

Kort helhetsvurdering av foretakets innsats, tiltak og måloppnåelse på punktene i dette avsnittet.

1. Iverksette forskningssamarbeid innen minst to fagområder
Foretaket har støttet, ved prosjektmidler og tilrettelegging, - igangsetting av 2 forskningsprosjekt:
"Fruktose malabsorpsjon ved IBS", og "Nevrofysiologi og atferd hos voksne med ADHD. Gir QEEG og nevrofysiologiske mål bedre diagnostikk?" Ingen av disse studiene fikk dessverre tildeling av regionale forskningsmidler fra Helse Nord, men arbeidet fortsetter i 2007.
2. Andel av bruttobudsjett samt antall søknader mottatt og innvilget innenfor kvinnehelseforskning eller der kjønnsperspektiv er ivare tatt
0 søknader og ingen aktivitet på dette området

3. tilrettelegging av betingelsene for klinikere som forsker, av hensyn til den enkelte forsker og som ledd i å bygge og vedlikeholde en aktiv kultur for å fremme forskning i avdelingene.
Foretaket har for første gang delt ut stimuleringsmidler – ”såkornmidler” til aktuelle forskningsprosjekter. Vilkår for ”overlegepermisjoner” og stimulerings tiltak for videreutdanning er ferdigforhandlet og formalisert i 2006. Planlegging av ny forskningskonferanse i foretaket.
4. følge opp målesystemet for forskningsresultater, samt ta i bruk nytt målesystem for ressursbruk til forskning i helseforetakene.
Dette er blitt fulgt opp og gjennomført i tråd med henvendelser fra Helse Nord RHF og NIFU STEP.

UNN

- Utvikle strategisk forskningsplan for helseforetaket
- oppfølging av tildelte toppsatsninger, ivaretagelse av regional støttefunksjon overfor alle helseforetak - kort tilbakemeling på regionalt arbeid i regi av KFS og NNPF
- Hvordan er forskningssamarbeidet med UiTø ivare tatt for å initiere et forskningsprogram sammen med Universitetet i Tromsø som retter seg mot et helhetlig helsetjenestetilbud?

UNN og Hålogaland:

- Legge særskilt til rette for faglig utvikling og forskning innen rusomsorgen

UNN HF og NLSH

- Oppfølging av ansvar for å legge til rette for forskning innen rus og psykisk helse, samt andre forskningssvake fag innen medisin og helsefag.

NLSH

- tilretteleggelse samarbeid med forskningsmiljøer ved UNN.

Hålogaland

- Satsing på infrastrukturtiltak, rekruttering og formidling
- samarbeid med forskningsmiljøer ved UNN.
- arbeidet med skaderegistrering - dekning for hele foretaksområdet.

Finnmark

- satsing på infrastrukturtiltak, rekruttering og formidling, samt støtte til eksisterende forskningsmiljøer i helseforetaket.
- Samarbeid med forskningsmiljøer ved UNN.

Helgeland

- rekruttering til forskning
Foretakets forskningskonferanse i 2005 er fulgt opp ved etablering av egne intranettsider, etablering av forskningsutvalg og utdeling av ”såkornmidler”. Det gis regelmessig informasjon om aktuelle kurs og muligheter for å søke om forskningsmidler gjennom interne møter, e-post og intranett. Ny forskningskonferanse er under planlegging. 2 av forskningsutvalgets medlemmer deltok med innlegg under forskningskonferanse på Mo i Rana september 2006
- samarbeid med forskningsmiljøer ved NLSH og UNN.
CONRAD-studien, en lungekreftstudie, styres fra UiTø og UNN, og ledes av lungespesialist i Sandnessjøen. 2 studier under planlegging ved Helgelandssykehuset Rana, har veiledere fra UNN. Et arbeid fra Helgelandssykehuset Mosjøen gjøres under veiledning fra NLSH Bodø. Ny forskningskonferanse under planlegging i samarbeid med forskningsmiljøene ved UNN og NLSH.

1.5 Opplæring av pasienter og pårørende

1. Tiltak for å styrke pasient- og pårørendeopplæring og samarbeid med Norges Diabetesforbund
Økende grad av opplæring av pasienter og pårørende skjer i regi av lærings- og mestringssentra som arrangerer kurs for pasienter/pårørende ift. astma/kols, diabetes, hørselssvekkelse, etc. Videre kurs for familier med barn med ADHD, overvekt, kron. Syke barn. For øvrig utstrakt opplæring av pasienter og pårørende ved kreftpoliklinikkene, diabetessykepleiere, lungesykepleiere m.fl.
Ikke formelle samarbeidsavtaler med Norges Diabetesforbund, men samarbeid med lokallagene i varierende grad.
2. Rapporter kort om arbeid med etablering, kvalitetssikring av lærings- og mestringssentra.
Det er etablert LMS i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen.
Det vises til den avgitt rapporten som evaluerer Lærings- og mestringssentra.
Det er ekstern prosjektf finansiering knyttet til aktivt tilbud til familier med kronisk syke barn.
Deltagelse i regionalt nettverk for LMS i Helse Nord.
3. Settes det av midler til at LMS kan samarbeide regionalt om å kvalitetssikre tilbudene og avdekke områder som bør samordnes/styrkes?
Nei

1.6 Brukermedvirkning

1. Aktivitet i helseforetakets brukerutvalg i 2006?
Aktiviteten har vært 3 - 4 møter (1 uformelt) og behandlet 22 saker.
2. Andre aktiviteter/prosjekter knyttet til brukermedvirkning som er gjennomført i 2006
Brukerutvalget i Helgelandssykehuset er blitt orientert fra samtlige L&M-senter i foretaket om deres aktiviteter, struktur og arbeidsområder i fht brukerne av Helgelandssykehuset.
Brukerutvalget har i tillegg vært aktiv i fht Regional brukermedvirkning i Helse Nord RHF - for å påvirke til like mandat og forutsetninger for brukerutvalgene i foretaksområdet.
Brukerutvalget har hatt presentasjon og framlegg om sitt arbeid for HF-styret. Brukerutvalget har fremmet sak for styret i HF om økning av representanter i brukerutvalget. Styret har tatt saken til orientering med forslag til vedtak om styrking av utvalget med ett medlem.
Brukerutvalget har enstemmig gått inn for styrking av utvalget med en person, der denne skal komme fra den samiske befolkning på Helgeland.
Jfr. Bestillerdokument HF fra Helse Nord 2006, har foretaket er særlig ansvar for den samiske befolkning. Dette er ivaretatt gjennom styrets beslutning og brukerutvalgets arbeid.

2 Rapporteringspunkter 3.tertialrapport

2.1 Personal

1. Sykefravær - kommentarer til utvikling, måloppnåelse og tiltak
Sykefravær:

Det totale sykefraværet i Helgelandssykehuset for 2006 endte på 8,2 %, omtrent nøyaktig på samme nivå som 2005. Tiltakene som er satt i verk i løpet av 2006 har ført til at vi har klart å stabilisere fraværet. Utfordringen i 2007 blir å klare en reduksjon i fraværet. Ambisjonen er å

minst oppnå samme mål som Helse Nord totalt – 7,5 % - noe som representerer ca 1.750 færre sykedager.

I og med at vi har tre sykehusenheter skiller vi en del på oppgavene mellom enhetsnivå og foretaksnivå.

På enhetsnivå jobbes det fortsatt konstruktivt ved alle tre enhetene. Det er etablert grupper på hvert sted som har fokus på arbeidsmiljø generelt og sykefravær spesielt. Som eksempler på lokale tiltak kan nevnes: Spørreundersøkelser, felles trening, intern FYSAK, informasjonsopplegg, månedens blomst,, turgrupper, blåse liv i ildsjeler, fokusere på det vi får til, fokus på trivsel. Det arbeides nå for at nevnte grupper skal være underutvalg til AMU ved hvert av de tre sykehusene. Gruppene er naturligvis forankret hos den enkelte avdelingsdirektør men vil i tillegg rapportere til AMU.

På foretaksnivå samarbeider vi med NAV-arbeidslivssenter for å få oppdatere vår sykefraværshåndbok. I og med at det er et så vidt stort fokus på sykefravær vil vi sikre at alle ledere blir oppdatert på retningslinjene som gjelder for oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. Dette arbeidet forventes avsluttet i løpet av uke 11/07. I tillegg til dette vil vi på foretaksnivå kunne stille analyseressurs til disposisjon for de forskjellige ledernivåene.

Når det gjelder langtidsfraværet (mer enn 56 dager), som representerer den største andelen av sykefraværet, fokuseres dette spesielt på nå. RHF setter i disse dager i gang et spesielt tiltak rettet mot den samme målgruppen. Det ble avklart på personalsjefmøtet den 13. og 14.2 at vi vil bli involvert i dette.

Vi vurderer fortløpende hvordan vi best kan nyttiggjøre oss de personaldata som finnes i lønns- og personalsystemet samt GAT – arbeidsplansystem. Det er viktig for oss at vi klarer å nyttiggjøre oss disse systemene så effektivt som mulig, uten at vi må legge beslag på for store personalressurser til å bearbeide de data som finnes i systemene. Resultater av denne vurderingen forventer vi å ha i løpet av våren 07.

Generelt sett samarbeider vi jevnlig - med Trygdeetatens arbeidslivssenter og bedriftshelsetjenesten – Hjelp 24.

2.2 Aktivitet

2.2.1 Somatikk

1. Kommentarer til aktivitetsutvikling innen somatisk virksomhet. Helseforetaket skal vurdere om aktivitetsnivået videreføres på omtrent samme nivå som 2004/2005, og eventuelle tiltak for å styre aktivitetsnivået
Det vises til aktivitetsrapport sendt til Helse Nord Innen somatikk er det en økning i antall DRGpoeng på 1,5% ift. 2005, (1,0% ift. 2004). Helse Nord pasienter (altså eksklusive gjestepasienter fra andre regioner) utgjør en økning på 1,1% fra 2005 og 12,2% ift. 2004. Avvik fra plan 2006 var hhv. -2,3% og 2,8% slik at det har lyktes å ta aktiviteten ned til omtrent 2004/2005-aktivitet.
Antall heldøgnsopphold er omtrent uforandret ift. 2005, en økning i dagopphold, (hovedsaklig dialyse) og en økning i dagkirurgi. Det har også vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner. Det har således vært en ønsket utvikling i retning av økt dagkirurgi og poliklinikk. Økningen i dialysebehandling er forventet, og mindre styrbar enn poliklinikk/dagkirurgi.
Fra 1. november 2006 er antall kirurgiske senger i helseforetaket redusert med 10 pga. omstillingen i Mosjøen. Hvilken effekt denne omleggingen får på det totale antall kirurgiske innleggelser på Helgeland, er det tidlig å kommentere, men dette følges nøye fra måned til

måned. Det fokuseres videre på sykehusforbruk. Det er iverksatt tiltak sammen med kommunene for å minimalisere antall utskrivningsklare pasienter, både siden dette var et stort problem i Mo i Rana i siste del av 2006, men også mtp. sommeravviklingen 2007. Disse tiltakene forventes å ha effekt på sykehusforbruk (døgnoophold).

2. Vurdering om aktiviteten vris fra innleggelser til dagbehandling
Se over

2.2.2 Psykisk helse

1. Vurdering av om aktivitetsutviklingen innen BUP er tilfredsstillende
Det vises til aktivitetsrapport sendt .
Økning på antall liggedøgn på 129% ift. 2005 representerer helårseffekt av barne-og ungdomsavdelingen i Mosjøen. For øvrig er det aktivitetsøkning på 12,2 % for polikliniske konsultasjoner som gir refusjon og 9.0% for alle tiltak, inkl. konsultasjoner. Dette vurderes som tilfredsstillende, jfr. dog punkt 1.2.1.2 Mht. til kravet om 2 konsultasjoner pr. behandler pr. dag, er det fortsatt ikke helt avklar med Helse Nord hvordan dette skal forstås.
2. Vurdering av om aktivitetsutviklingen innen VOP er tilfredsstillende
Det vises til aktivitetsrapport sendt
Økning i antall utskrevne pasienter og liggedøgn fra 2005 skyldes rehabiliteringsavdelingen i Mo i Rana. I Mosjøen er det imidlertid en økning i antall utskrivelser og reduksjon i antall liggedøgn, noe som er en ønsket utvikling. Det er en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 8,5% ift. 2005, dog et avvik fra plan 2006 på - 4,7%. Dette skyldes dels forhøye plantall i Sandnessjøen, og dels vakanser, jfr. punkt 1.2.1.2. Mht. til kravet om 3 konsultasjoner pr. behandler pr. dag, er det fortsatt ikke helt avklar med Helse Nord hvordan dette skal forstås.

2.2.3 Rusomsorg

1. Vurdering av om aktivitetsutviklingen er tilfredsstillende
Økt kapasitet pga. tilsetning av flere ruskonsulenter. Manuelle rutiner for registrering av aktivitet gir usikre tall, og det er ikke ventelistestatistikk tilgjengelig. Se for øvrig punkt 1.2.3

2.3 Økonomi - resultat

1. Redegjørelse for økonomisk resultat, 2006 herunder inntekter og kostnader. Kommentarer tilknyttet avvik i fra plan.

Kommentarer til foreløpig årsresultat 2006 i forhold til godkjent budsjett:

Nedenfor følger en oversikt over de største avsetningene i årsregnskapet, og som netto, har påvirket regnskapet i negativ retning og forverret foreløpig resultatet. Alle disse avsetningene er inkludert i det foreløpige regnskapet. Se tabell under:

Netto ekstraordinære avsetninger regnskap 2006	i hele 1000
Tilleggsavsetning pensjon sykepleiere	1 300
Novell lisenser avsetning	1 100
Varelager Mo	400
Avregning IT systemer RHF	-453
Ref. lærlingeordning	-347
Trekk ISF 2005	1 284
Avsetning AFP	700
"Kakseskatt"	265
Overlegepermisjoner	-1 681
Ferie avspasering	222
Mosjøen varelager	645
Varelager Sandnessjøen	-1 800
Etterbetalinger, utbetalt i 2007	1 400
Netto sum	3 035

De totale inntektene viser en merinntekt på ca. 17 mill.kr. i forhold til budsjett. Dette skyldes i all hovedsak ISF-refusjon av gjestepasienter, kjøp av behandling utenfor regionen. Det var i 2006 budsjettert med kjøp i henhold til kompensasjon fra Helse Nord RHF, men regnskapsført etter antatt kjøp som var betydelig høyere enn den kompensasjonen som var gitt fra RHF.

Det er imidlertid også lavere inntekt av egen aktivitet, over 4 mill.kr., noe som igjen skyldes lavere DRG-aktivitet i Mosjøen enn planlagt med et negativt avvik på over 3 mill.kr.

Lavere polikliniske inntekter må ses i sammenheng med andre inntekter som viser en stor økning. Dette skyldes tekniske årsaker som endring av regnskapsføringen på art. Totalt er det likevel en økning av polikliniske inntekter.

Den store bekymringen kan sies å ligge på kostnadssiden som viser et avvik mot budsjett på over 80 mill.kr. Mye av dette skyldes kjøp av helsetjenester, mer enn 56 mill.kr. i negativt avvik. Det meste av dette kan henføres til kjøp av gjestepasienter som i 2006 skyldes en stor underbudsjettering på grunn av manglende kompensasjon fra Helse Nord RHF. I tillegg gir også andre driftskostnader grunn til bekymring med et avvik på mer enn 35 mill.kr. mot godkjent budsjett. Det er store overskridelser på alle 4 enheter.

Samtidig er det verd å merke seg at de totale lønnskostnadene viser et mindreforbruk på mer enn 17 mill.kr. Dette må dog ses i sammenheng med kjøp av innleie av helsepersonell fra firma på mer enn 12 mill.kr.

Regnskapet for 2006 er enda ikke avsluttet. Det kan imidlertid ikke regnes med større endringer. Når regnskapet er endelig avsluttet, vil dette bli lagt frem for styret med utførlige kommentarer.

2. Redegjørelse for planlagte og gjennomførte tiltak 2006. Kommentarer knyttet til avvik fra plan.

Tiltaksoversikt 2006 (i hele 1000)

Type tiltak	Planlagt effekt 2 006	Realisert effekt 2 006
Personellreduksjon	3 950	3 410
Økt aktivitet	1 570	1 570
Øvrige tiltak*	17 550	8 409
SUM	23 070	13 389

* Ca. 40 tiltak til sammen

Det vises for øvrig til tidligere tilsendte kommentarer til månedsregnskaper

3. Kommentarer til likviditetsutvikling og investeringer hittil

Styret for helseforetaket vedtok før jul å utvide trekkrettigheten til 250 mill.kr. Styret i Helse Nord RHF vedtok en trekkrettighet på 200 mill.kr. Derfor er likviditetssituasjonen per d.d. stram. Vi har ovenfor RHF dokumentert at kreditten må økes til 250 mill.kr. Utviklingen er et resultat av store årlige underskudd og store investeringer som har blitt gjennomført det siste året.

I 2006 ble de siste investeringene vedr. omstillingsprosjektet i Mosjøen gjennomført. I 2005 ble de siste store investeringene i bygg innenfor psykiatri avsluttet i Sandnessjøen (Br.sund), Mosjøen og Mo i Rana. I mars 2007 starter utbygging av nybygg knyttet til sykehuset i Mo i Rana i samarbeid med fylkeskommunen. Planlagt investering er 25 mill.kr.

Andre mindre investeringer følger vedtatt investeringsplan

2.4 Årsverksutvikling

1. Analyse og kommentarer til endring i antall årsverk innen somatikk/fellesfunksjoner, psykisk helse og rusomsorg. NB: Tall ettersendes fra Helse Nord.
2. Helseforetaket skal beskrive hvilke rutiner som praktiseres i forbindelse med ansettelse, innleie og overtidbruk
3. Redegjørelse for tiltak for å styre bruk av personellressurser

Det vises til eget vedlegg

Vedlegg:

1. Rapporteringsskjema tilsyn
2. Lukking av pålegg – Arbeidstilsynets "God vakt"
3. Skjematisk oversikt "God vakt"
4. Tilsynsrapport DSB
5. Kvalitetsindikatorer
6. Notat desentraliserte spesialisthelsetjenester
7. Notat årsverksutvikling

Tilsynsmyndighet	Tilsyn når/hvor	Avvik/merknader - innhold	Status lukking per dd.	Kort om hvilke tiltak som er satt inn/ andre kommentarer
Statens Helsetilsyn (Det gjennomføres eget tilsyn av blodbanker)	Medisinsk avd. Mosjøen – legemiddel- håndtering 04.-05.05.06	1 avvik: Bruk av ikke-ordinert synonympreparat, nå ordinert preparat ikke er tilgjengelig 4 merknader	Avvik lukket pr. 20.06.06	
	Habiliteringstjeneste for barn Sandnessjøen 14.06.06	2 avvik: Ikke sikret forsvarlig håndtering av henvisninger. Ikke formidling av resultat av undersøkelse til henvisende instans 1 merknad	Avvikene lukket pr. 19.07.06	
Riksrevisjonen				
Datatilsynet				
Mattilsynet				
Arbeidstilsynet	"God Vakt" i ukene 45, 46, 48 i 2005 ved alle sykehusenheter. Ingen tilsyn i 2006	- 21 avvik - Vedr. innhold: Se vedlagte statusoversikt pr. januar 2007.	Vedr. status: Se vedlagte statusoversikt pr. januar 2007.	Vedr. tiltak: Se vedlagte tilsvar til Arb.tilsynet datert 19.12.06.
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Uke 48/2006 ved alle sykehusenheter.	- 10 avvik, 1 anmerkning og 1 observasjon. - Vedr. innhold: Se vedlagte brev til avd.sjefer intern service datert 22.01.07.	Vedr. status: Se vedlagte brev til avd.sjefer intern service datert 22.01.07.	Vedr. tiltak: Se vedlagte brev til avd.sjefer intern service datert 22.01.07.
Statens forurensningstilsyn				
Statens strålevern				
Fylkesmannen				
Kommunene Bygningsloven				
Lokalt el-tilsyn				
Kommunalt brannvesen	12.09.06 Rana. Ikke kjent med tilsyn ved de andre sykehusenhetene.	- 6 avvik og 2 anmerkninger. - Vedr. innhold: Se rapport fra Rana kommune	Vedr. status: Se brev av 1.11.06 fra avd.sjef intern service Rana	Vedr. tiltak: Se brev av 1.11.06 fra avd.sjef intern service Rana
Annet				



Til

Arbeidstilsynet
Postboks 343

9305 FINNSNES

Deres ref.:
2005/12507 641 N 26155/2006 og
2005/12507 55249/2006

Vår ref.:
HMS-leder Kåre Nyland

Sted / Dato:
Mosjøen, 18.12.2006

HELGELANDSSYKEHUSET HF – KAMPANJEN "GOD VAKT" – LUKKING AV PÅLEGG

Innledning:

Det vises til Arbeidstilsynets rapport datert 5.april 2006 med til sammen 21 pålegg. Videre vises det til Arbeidstilsynets brev datert 14.juli 2006 vedr. utsettelse av svarfrister.

Arbeidstilsynets rapport har vært gjenstand for bred behandling i Helgelandssykehuset der ansvaret for arbeidet med å innfri Arbeidstilsynets pålegg har vært lagt til henholdsvis Personal- og organisasjonssjefen og de respektive avdelingsdirektørene ved de enkelte sykehusenhetene i Helgelandssykehuset og med HMS-leder som koordinator.

Hvert enkelt pålegg har vært ledsaget av et hjelpeskjema som for de fleste påleggene er fulgt under arbeidet.

Skjematisk oversikt over påleggene, med angivelse av opprinnelige frister, ansvarlige for arbeidet og de nye fristene, følger som vedlegg.

Se for øvrig ovennevnte hjelpeskjema under hvert enkelt pålegg nedenfor.

Helgelandssykehusets arbeidsmiljøutvalg (AMU) har hatt 5 møter hittil i år. Siste møte før utløpet av fristen for tilsvaret til Arbeidstilsynet var den 19.september. På det tidspunktet var ikke arbeidet med påleggene avsluttet. Forrige møte var den 7. november. I dette møtet ble Helgelandssykehusets tilsvaret til Arbeidstilsynet behandlet. Det ble gjort slikt enstemmig vedtak:

" Arbeidsmiljøutvalget ber Arbeidstilsynet om utsettelse av fristen for en endelig behandling av God Vakt-saken til neste møte i AMU (12.desember)."

Dette er fulgt opp med søknad til Arbeidstilsynet datert 23.november.

Arbeidsmiljøutvalget har behandlet saken på nytt i sitt møte den 18.desember i ekstraordinært møte der det ble gjort slikt enstemmige vedtak:

" Arbeidsmiljøutvalget tar Helgelandssykehuset HF sitt tilsvaret til Arbeidstilsynet til etterretning. Hovedverneombudet viser for øvrig til egen kommentar som følger som vedlegg."

Generelle kommentarer:

Parallelt med det interne arbeidet i Helgelandssykehuset er det i regi av Helse Nord RHF opprettet en regional HMS-gruppe som består av følgende personer:

- Edvard Andreassen Helse Nord RHF
- Hjørdis Rasmussen UNN HF

- Liv Finnjord Hålogalandssykehuset HF
- Per Sørensen Nordlandssykehuset HF
- Kåre Nyland Helgelandssykehuset HF
- Knut Mortensen Helse Finnmark HF
- Pål Larsen Helse Nord IKT – verneombud
- Reidun Skindlo Nordlandssykehuset - hovedverneombud

Gruppen har siden mars i år i hovedsak arbeidet med bl.a. pålegget vedr. *ballanse mellom arbeidsmengde, arbeidsoppgaver og ressurser* (pålegg nr. 5 hos oss). I tillegg er det arbeidet med 11 overordnede/styrende prosedyrer (se vedlegg). Gruppen skal fortsette sitt arbeid utover i 2007.

Det enkelte varsel om pålegg:

1. Opplæring i systematisk HMS-arbeid.

Svarfrist 1.november 2006.

Helse Nord RHF har ved hjelp av den regionale HMS-gruppen, utarbeidet følgende overordnet prosedyre:

- Opplæring HMS for ledere.
- Opplæring for medarbeidere.

Helgelandssykehuset har ved hjelp av HMS-leder og hovedverneombudet, utarbeidet følgende prosedyre:

- HMS – Opplæring/informasjon vedr. systematisk HMS-arbeid.

Det vises til vedlagte 3 prosedyrer.

2. Konflikthåndtering.

Svarfrist 1.november 2006.

Helgelandssykehuset har ved hjelp av HMS-leder og hovedverneombudet, utarbeidet følgende prosedyre:

- HMS – Håndtering av konflikter i Helgelandssykehuset.
Prosedyren vil gi et godt grunnlag for å ivareta denne problemstillingen.

Det vises til vedlagte prosedyre.

3. Håndtering av traumatiske hendelser - debrifing.

Pålegget er allerede lukket (jfr. Arbeidstilsynets brev av 5.april 2006).

4. Håndtering av vold og trusler.

Svarfrist 1.november 2006.

Helgelandssykehuset har ved hjelp av HMS-leder og hovedverneombudet, utarbeidet følgende prosedyre:

- HMS – Håndtering av vold og trusler fra pasienter.
Prosedyren vil gi et godt grunnlag for å ivareta denne problemstillingen.

Det vises til vedlagte prosedyre.

5. Balanse mellom arbeidsmengde/-oppgaver og ressurser.

Svarfrist 31.desember 2006 (kartlegging, risikovurdering)

Svarfrist 1.februar 2007 (handlingsplan).

Svarfrist 1. april 2007 (tiltak gjennomført).

Helgelandssykehuset mener dette punktet i sterk grad berører både ressurser som bevilgende myndigheter stiller til disposisjon, samt de helsemessige tjenester som det stilles krav og forventninger til fra innbyggerne. Det anføres at temaet vil bli tatt opp på periodiske drifts-/økonomimøter, som er et felles forum for avdelingsledere og linjeledere ved hver sykehusenhet. Helgelandssykehuset mener større

gjennomføringstiltak i forhold til dette temaet vil kunne utløse et betydelig behov for ressurser, og ber om utsatt frist både for kartlegging og tiltak for å knytte dette pålegget opp mot budsjettbehandlingen for 2007. Arbeidstilsynet har gjennom kampanjen "God Vakt" og tilsynsrapporten for alle helseforetakene i nord konkludert med at det ikke er balanse mellom arbeidsmengde og ressurser. Når eier ikke tilfører økte ressurser, er konklusjonen i Helgelandssykehuset HF dette: Saken tas opp som fast tema hver gang i de månedlige økonomi/driftsmøtene mellom økonomi/avdelingsdirektør og linjelederne på hver enhet. Dersom ubalansen blir påvist for stor, vil et konkret HMS-tiltak være å redusere aktiviteten slik at inntak av pasienter blir begrenset med den konsekvens at ventelistene øker".

6. Mellomledernes arbeidsforhold.

Svarfrist 1.november 2006.

Mo i Rana:

Det vises til vedlegg som viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten. Det fremgår bl.a.:

- Tiltak som er/skal iverksettes.
- Planene er utarbeidet og underskrevet av avd.direktøren og plassansvarlig verneombud.

Mosjøen:

Det vises til vedlegg som viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten. Det fremgår bl.a.:

- Tiltak som er/skal iverksettes.

Sandnessjøen:

- Tiltak som er/skal iverksettes.

7. Bygningsmessige forhold.

Svarfrist 31.desember 2006 (kartlegging, risikovurdering).

Svarfrist 1.april 2007 (forpliktende handlingsplan).

Dette pålegget inneholder elementer med samme problemstillinger som pålegg nr. 5 og vurderes derfor håndtert etter samme mal.

8. Oppdatering av retningslinjer for omstilling og nedbemanning.

Svarfrist 1.november 2006.

Det er foretatt oppdatering av gjeldende retningslinjer for omstilling og nedbemanning (se vedlegg).

Oppdateringen er gjort i samsvar med forslag fra hovedverneombudet, med unntak av noen juridiske henvisninger i kap. 6.3.

9. Verneombudets medvirkning i det systematiske HMS-arbeidet.

Svarfrist 1.november 2006.

"Arbeidstilsynet mener at også hovedverneombudet må ha en møtearena med øverste leder for foretaket, dvs. foretaksdirektøren. Hovedverneombudet har som ansvar å samordne verneombudenes virksomhet, og skal ha tilgang til informasjon og ha møtearenaer på lik linje med øvrige verneombud... Hovedverneombudet har ikke noen møtearena med foretakets øverste leder".

Det er etablert en møtearena: De månedlige informasjonsmøtene med foretakstillitsvalgte som hovedverneombudet også inviteres til. På disse møtene deltar som kjent også foretaksdirektøren og andre fra foretaksledelsen når det er mulighet for det. I tillegg mottar både foretakstillitsvalgte og hovedverneombud. Virksomhetsdokumentet som bl.a. inneholder foretaksledelsens møteprotokoll, saksbehandling og beslutninger. Det betyr at hovedverneombudet til enhver tid har informasjon om alle sider ved foretakets virksomhet. Utover dette kan både foretakstillitsvalgte og hovedverneombud be om at det avholdes særskilte møter ved behov.

Helgelandssykehuset har utarbeidet følgende prosedyre:

- HMS – Verneombudets medvirkning i det systematiske HMS-arbeidet (møtepunkter).

Det vises til vedlagte prosedyre.

10. Ergonomisk tilrettelegging av arbeidsplassen.

Svarfrist 31.desember 2006 (kartlegging, risikovurdering).

Svarfrist 1.april 2007 (forpliktende handlingsplan).

Også dette pålegget inneholder elementer med samme problemstillinger som pålegg nr. 5 og 7 og vurderes derfor håndtert etter samme mal.

11. Opplæring i forhold til tunge løft og forflytning.

Svarfrist 1.november 2006.

Helgelandssykehuset har ved hjelp av HMS-leder og hovedverneombudet, utarbeidet følgende prosedyre:

- HMS – Opplæring vedr. tunge løft og forflytninger.

Det vises til vedlagte prosedyre.

12. Tilgjengelige HMS-datablad.

Svarfrist 1.november 2006.

Helse Nord RHF har ved hjelp av den regionale HMS-gruppen, utarbeidet forslag til følgende overordnet prosedyre:

- Stoffkartotek og HMS-datablad (se vedlegg).

Helgelandssykehuset har ved hjelp av HMS-leder og hovedverneombudet, utarbeidet følgende forslag til prosedyre:

- HMS – Kartlegging og utarbeiding av HMS-datablad vedr. farlige kjemikalier (se vedlegg).

Prosedyren sier bl.a. at

”Ett datablad skal være plassert i samme rom og i nærheten av der kjemikaliet oppbevares.

Ved evt. uhell som krever lege-/medisinsk behandling skal dette databladet medbringes.”

13. Oppdatert stoffkartotek.

Svarfrist 1.november 2006.

Helgelandssykehuset har inngått avtale med firmaet EcoOnline om å benytte et internettbasert databasesystem for registrering og oppslag på datablad.

Det er igangsatt en grundig kartlegging av alle kjemikalier i Helgelandssykehuset. Svært mange avdelinger har allerede levert sitt arbeid. Det gjenstår å legge dette inn i registrene. HMS-leder har fått nødvendig opplæring i registrering. Det medfører imidlertid svært mye manuelt arbeid å registrere på de enkelte lokasjoner (opp til ca. 100 avdelinger). Dette kombinert med stort arbeidspress, gjør at det er umulig å få dette ferdig i inneværende år. Det søkes derfor utsettelse til 31.mars 2007 med fullføring av registreringsarbeidet.

Det vises for øvrig til samme prosedyrer med kartleggings skjema som fremgår under pålegg nr. 12.

14. Konsultasjonsrom 6 (gassanalyserom), Mo i Rana.

Svarfrist 1.november 2006.

Mo i Rana:

Det vises til vedlegg som bl.a. viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten. Det fremgår bl.a.:

- Midlertidige tiltak er iverksatt.
- Søknader om utsettelse/forlenget frist til 01.03.07 for å slutføre endelig tiltak.
- Søknaden er utarbeidet og underskrevet av henholdsvis avd.leder, avdelingens verneombud, avd.direktøren og plassansvarlig verneombud.

15. Mugglukt i røntgenavdelingen, Mo i Rana.

Svarfrist 1.mars 2006 (målinger).

Svarfrist 1.november 2006 (tiltak).

Det vises til vedlegg som viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten. Det fremgår bl.a.:

- Det er foretatt målinger. Rapport fra Molab as følger vedlagt.
- Det er redegjort for hvordan problemet hittil er løst og hvordan det tenkes fulgt opp.

- Saken er behandlet og underskrevet av avd.direktøren og plassansvarlig verneombud.

16. Garderobe – flysykepleierne i Brønnøysund.

Svarfrist 1.november 2006.

Det vises til vedlegg som viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten. Det fremgår bl.a.:

- Tiltak som er/skal iverksettes.

17. Avdelingsleders kontor, intensivavdelingen Mosjøen.

Pålegget er allerede lukket (jfr. Arbeidstilsynets brev av 14.juli 2006).

18. Konsekvensvurdering av omstilling – intensivavdelingen i Mosjøen.

Svarfrist 15.august 2006.

Det vises til 3 vedlegg som viser det arbeidet som er gjort ved sykehusenheten.

19. Risikovurdering og tiltak mot helsefarlige kjemikalier, operasjonsavdelingen i Sandnessjøen og anesthesiavdelingen Mo i Rana.

Svarfrist 1.november 2006.

Det vises til vårt svar vedr. pålegg nr. 12 og 13 samt vedlage prosedyre vedr. måling av narkosegasser (godkjent august 2005) som viser at risikovurdering for de avdelinger som fremgår av pålegg 19 delvis er/blir innfridd. Følgende dokumenter dokumenterer dette:

Sandnessjøen:

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN har foretatt målinger av anestesigasser medio februar ./ 2006. Det vises til vedlagte rapport datert 19.juli (mottatt hos HMS-leder 26.september).

Konklusjonen i rapporten viser at det ble funnet noen svakheter; bl.a. i operasjonsavdelingen, oppvåkingsavdelingen og fødeavdelingen. Rapporten anbefaler at det gjøres tiltak for å rette opp svakhetene og utarbeide oppfølgingsrutiner. (NB: Helgelandssykehuset har allerede godkjent overordnet prosedyre som er behandlet av AMU i juni 2005 og godkjent av stabsmøtet i august 2005).

Med bakgrunn i dette har det ikke vært mulig for sykehusenheten å innfri pålegget fullt ut. Det er nå behov for å planlegge og iverksette tiltak samt foreta nye målinger. Det søkes derfor om utsatt frist til 1.mars 2006 med å lukke pålegget.

Mo i Rana:

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN har foretatt målinger av anestesigasser medio februar ./ 2006. Det vises til vedlagte rapport datert 21.juli (mottatt hos HMS-leder 26.september).

Konklusjonen i rapporten viser at det ble funnet noen svakheter; bl.a. i operasjonsavdelingen, oppvåkingsavdelingen og fødeavdelingen. Rapporten anbefaler at det gjøres tiltak for å rette opp svakhetene.

Med bakgrunn i dette har det ikke vært mulig for sykehusenheten å innfri pålegget fullt ut. Det er nå behov for å planlegge og iverksette tiltak samt foreta nye målinger. Det søkes derfor om utsatt frist til 1.mars 2006 med å lukke pålegget.

Det vises for øvrig til vedlegg som viser det arbeidet som er utført ved sykehusenheten der det fremgår følgende:

- Det er igangsatt felles prosjekt mellom anesthesi og operasjonsavdelingen for å forbedre arbeidsplassene og gi bedre samhandling.
- Punktavstus ved operasjonsstue 1 og 2 er flyttet, slik at de nå skal nå helt frem til pasienten.

20. Risikovurdering av eksponering for biologisk helsefare (antibiotika).

Svarfrist 1.november 2006.

Pålegget er allerede lukket for Mo i Rana (jfr. Arbeidstilsynets brev av 14.juli 2006).

Mosjøen:

Det vises til vedlegg som viser det arbeidet som er utført.

21. Risikovurdering/vaksine – biologisk helsefare.

Pålegget er allerede lukket (jfr. Arbeidstilsynets brev av 14.juli 2006).

Avslutning:

Helgelandssykehuset har i 2006 arbeidet med gjennomføring av en av landets mest krevende omstillinger. Det gjelder i særlig grad arbeidet med omstillingen i Mosjøen som har lagt beslag på svært mye av arbeidskapasiteten for både ledere og ansatte for øvrig. Mye av dette arbeidet ble avsluttet ved at ny organisering av sykehuset i Mosjøen ble iverksatt fra 1.november i år. Mye gjenstår, men vi føler at vi nå kan rette fokus også mer mot andre viktige oppgaver, bl.a. med en enda bedre kvalitetsrettet oppfølging av Arbeidstilsynets pålegg. Det vil bli rettet et sterkere fokus mot bl.a.:

- kartleggingsoppgaver og konsekvens-/risikovurderinger,
- utarbeidelse av handlingsplaner på alle plan,
- opplæring i systematisk HMS-arbeid,
- arbeidsforholdene for alle (ledere og ansatte for øvrig),
- bygnings- og utstyrsmessige forhold,
- vernetjenestens medvirkning på alle plan,
- enkle dagligdagse tiltak for å ivareta gode mellommenneskelige forhold,
- vektlegge åpenhet og vilje til å "si fra",
- osv.

I dette arbeidet vil vi søke å finne gode overordnede styringstiltak samt gode løsninger på nærmeste mulige nivå der behovene oppstår og i nært samarbeid med de ansattes representanter.

For øvrig vises det til vårt brev til Arbeidstilsynet datert 23.november som bl.a. viser at vi søker om utsettelse med registreringsarbeid til 31. mars 2007 vedr. pålegg nr. 13, samt utsettelse til 01.03,07 med slutføring av tiltak vedr. pålegg nr. 14.

Helgelandssykehuset ber om at våre fremlagte planer og tiltak godkjennes i henhold til det som fremgår under hvert punkt ovenfor.

Helgelandssykehuset den 18. desember 2006

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Unni Nygård
Hovedverneombud

Vedlegg: Se under hvert enkelt punkt ovenfor samt Hovedverneombudets kommentar.

”GOD VAKT” ARBEIDSTILSYNETS PÅLEGG OG FRISTER - SKJEMATISK OVERSIKT

Pålegg nr.	Arb.tilstilsynets pålegg (stikkord)	Arbeidstilsynets frister	ANSVARLIG LEDER	STATUS PR. 24.01.07.
1	Opplæring/info vedr. systematisk HMS-arbeid.	1.november 2006	PO-sjefen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
2	Etablere rutiner for konflikthåndtering	1.november	PO-sjefen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
3	Håndtering av traumatiske hendelser	1.oktober 2006	PO-sjefen	PÅLEGGET LUKKET.
4	Håndtering av vold og trusler	1.november	PO-sjefen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
5	Balanse mellom arbeidsmengde, arbeidsoppgaver og ressurser	Kart./risiko: 31.desember Handl.plan: 1.februar Tiltak gj.ført: 1.april	Helse Nord RHF +Avd.direktørene	Frister: Kart./risiko: 31.desember Handl.plan: 1.februar Tiltak gj.ført: 1.april
5	Kartlegging/tiltak vedr. mellomledernes arbeidsforhold	1.november	Avd.direktørene	Søkt lukket i brev av 19.12.06
7	Kartl./risikovurd/ plan vedr. bygningsmessige forhold	Kartl./risiko: 31.desember Handl.plan: 1.april	Avd.direktørene	Frister: Kart./risiko: 31.desember Handl.plan: 1.april
8	Oppdatering av retningslinjer for omstilling og nedbemanning	1.november	PO-sjefen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
9	Verneombudets medvirkning i det systematiske HMS-arbeidet (møtepunkter)	1.november	Avd.direktørene	Søkt lukket i brev av 19.12.06
10	Kartl./handl.planer vedr. ergonomisk tilrettelegging av arbeidsplassen	Kartl./risiko: 31.desember Handl.planer: 1.april	Avd.direktørene	Frister: Kart./risiko: 31.desember Handl.plan: 1.april
11	Opplæring i forhold til tunge løft og forflytning	1.november	Avd.direktørene	Søkt lukket i brev av 19.12.06
12	Tilgjengelige HMS-datablad	1.november	Avd.direktørene	Søkt lukket i brev av 19.12.06
13	Oppdatert stoffkartotek	1.november 2006	PO-sjefen	Søkt lukket i brev av 19.12.06 Søkt utsatt frist til 31.03.07 med fullføring av registreringsarbeid.
14	Konsultasjonsrom 6 (gassanalyse-rom), Mo i Rana	1.november	Avd.direktør Mo i Rana	Søkt delvis lukket i brev av 19.12.06. Søkt utsatt frist til 01.03.07 for å fullføre endelig tiltak.
15	Mugglukt i røntgenavd., Mo i Rana	Måling: 1.mars 2006 Tiltak: 1.november 2006	Avd.direktør Mo i Rana	Søkt lukket i brev av 19.12.06
16	Nødvendige garderober /vaskerom og skyllerom for flysykepleierne i Brønnøysund	1.november	Avd.direktør Sandnessjøen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
17	Avdelingsleders kontor, intensivavd. Mosjøen	1.juni 2006	Avd.direktør Mosjøen	PÅLEGGET LUKKET
18	Konsekvensvurdering/ tiltak vedr. omstilling – intensivavd. i Mosjøen	Konsek.vurd.: 15.august	Avd.direktør Mosjøen	Søkt lukket i brev av 19.12.06
19	Risikovurdering og tiltak mot helsefarlige kjemikalier, operasjonsavdelingen i Sandnessjøen og anesthesiavd. Mo i Rana	1.november 2006	Henholdsvis avd.dir. Ssj. og avd.dir. Mo i Rana	Søkt lukket i brev av 19.12.06
20	Risikovurdering av eksponering for biologisk helsefare (antibiotika) intensivavd. Mo i Rana og med.avd. Mosjøen	1.november 2006	Henholdsvis Avd.dir. Mo i Rana og avd.dir. Mosjøen	PÅLEGGET LUKKET VEDR. MO I RANA. Søkt lukket for Mosjøen i brev av 19.12.06.
21	Risikovurdering/ vaksine – biologisk helsefare BUP-klinikk og døgnavd.psyk. Mosjøen.	1.mai 2006	Avd.direktør Mosjøen	PÅLEGGET LUKKET

- Arbeidstilsynet har i brev av 19.12.06 laget en veiledning vedr. pålegget knyttet til krav om balanse mellom oppgaver og ressurser (pålegg nr. 5) og pålegg knyttet til de bygningsmessige forhold (pålegg nr. 7). Disse er tidligere fordelt til avd.direktørene.
- Innen utgangen av uke 5 vil det bli sendt ut kartleggingsmaterieill til avd.lederne for gjennomføring av kartleggings-/vernerunder som skal være grunnlag for hver enkelt avdeling å utarbeide sine HMS-handlingsplaner for 2007/2008.

INTERNNOTAT

Til: Helgelandssykehuset Mo i Rana v/avd.sjef Intern service Vidar Smalås.
Helgelandssykehuset Mosjøen v/avd.sjef Ingvald Mellingen.
Helgelandssykehuset Sandnessjøen v/avd.sjef Tor Robert Barth Heyerdahl.
Kvalitetsleder Sigurd Finne.

Dato: 22. januar 2007.

**DIREKTORATET FOR SAMFUNNSSIKKERHET OG BEREDSKAP (DSB) – RAPPORT
ETTER REVISJON VED HELGELANDSSYKEHUSET (HS) I UKE 48/2006****Innledning:**

Det vises til tidligere tilsendt midlertidig revisjonsrapport etter DSB sitt tilsyn i uke 48/2006.

Vedlagt oversendes endelig rapport datert 8.januar 2007.

Det er gitt 10 avvik, 1 anmerkning og 1 observasjon.

Med bakgrunn i den midlertidige rapporten ble det den 14. desember 2006 holdt et møte i Mosjøen for å gjennomgå avvikene og sette opp en plan for hvordan de skal lukkes. Det vises til vedlagte møtereferat som også er sendt til hovedadressatene ovenfor tidligere.

Fremdriftsplan for lukking av avvikene:**Avvik nr. 1:**

Det kunne ikke legges frem planer for interne revisjoner.

Tiltak:

- HS utarbeider prosedyre/system for gjennomføring av interne revisjoner innen 01.06.07.
- HS gjennomfører et utvalg av interne revisjoner ved alle sykehusenheter fra 01.06.07 og ut året.

Frist for lukking:

Prosedyre/system utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Kvalitetsleder Sigurd Finne.

Avvik nr. 2:

Linjeledelsen måles ikke systematisk på fastsatte parametere som omfatter hele helse-, miljø- og sikkerhetsområdet. (forskriftens forståelse av HMS området.)

Tiltak:

- DocMap tas aktivt i bruk som verktøy for rapportering av avvik innenfor HMS-forskriftens fulle bredde innen 01.04.07.
- HS utarbeider prosedyre som også inneholder HMS-krav, på lik linje med øvrige rapporteringsindikatorer (for eksempel aktivitet, produksjon, økonomi osv.), innen 01.06.07.

Frist for lukking:

Prosedyrer/system utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Kvalitetsleder Sigurd Finne og HMS-leder Kåre Nyland.

Avvik nr. 3:

Rutiner for opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr er ikke etablert ved alle avdelinger, eller for alle brukergrupper.

Tiltak:

- HS har i dag en prosedyre (godkjent i stabsmøtet i november 2003 og ligger i DocMap) for opplæring av medisins teknisk utstyr. Prosedyren revideres, eller erstattes med ny innen 01.06.07.

Frist for lukking:

Prosedyrer/system utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjefene for intern service i HS med Vidar Smalås som hovedansvarlig

Avvik nr. 4:

Tegningene over el- anlegget er ikke blitt oppdatert etter endringer og utvidelser.

Tiltak:

- Avd.sjef intern service ved hver enkelt sykehusenhet lager status for de tegningene som finnes (beskriver omfanget) og oversender det til innkjøpssjef Roar Skogseth innen 31.01.07.
- Oppdatering av el-anleggene planlegges og kan gjennomføres etter at rapport fra for eksempel ekstern konsulent foreligger og viser omfanget samt kostnader.

Frist for lukking:

Tidspunkt for endelig oppdatering og gjennomføring vurderes når rapporten fra ekstern konsulent foreligger.

Ansvarlig:

Avd.sjef for intern service Vidar Smalås.

Avvik nr. 5:

Det er ikke innført rutiner som sikrer at el-fagfolk gis opplæring i sikkerhetsforskriften, FSE, Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg, FEL, samt NEK400.

Tiltak:

- HS utarbeider prosedyre/system for rutiner som sikrer at el-fagfolk får opplæring i sikkerhetsforskriften, FSE, Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg, FEL, samt NEK400 innen 01.06.07.

Frist for lukking:

Prosedyre/system utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjef Vidar Smalås.

Avvik nr. 6:

Det følges ikke dokumenterte rutiner for forebyggende vedlikehold på det elektriske anlegget eller på det elektriske utstyret. (ikke el. med utstyr.)

Tiltak:

- HS utarbeider prosedyre/system med rutiner for forebyggende vedlikehold på det elektriske anlegget og på det elektriske utstyret. (ikke el. med utstyr) innen 01.06.07.

Frist for lukking:

Prosedyre/system/rutiner utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjef for intern service Ingvald Mellingen.

Avvik nr. 7:

Det mangler skriftlig instruks for betjening av sikringsskillebrytere.

Tiltak:

- HS utarbeider skriftlig instruks for betjening av sikringsskillebrytere innen 01.06.07

Frist for lukking:

Skriftlig instruks utarbeidet og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjef Vidar Smalås.

Avvik nr. 8:

Det forelå ikke instruks for instruert personell

Tiltak:

- HS utarbeider skriftlig instruks for instruert personell 01.06.07

Frist for lukking:

Skriftlig instruks utarbeidet og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjefene for intern service Ingvald Mellingen.

Avvik nr. 9:

Fordelingskap:

- Jordtilkoplinger må etterstrammes.

- Ikke benyttede kabler må fjernes eller termineres.
- Fordelingsskap må holdes låst

Tiltak:

- Punktene i avviket må være sikret som rutinemessig del av innholdet i prosedyre/system med rutiner for forebyggende vedlikehold på det elektriske anlegget og på det elektriske utstyret (jfr. avvik nr. 6).

Frist for lukking:

Prosedyre/system/rutiner utviklet, på plass og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjef for intern service ved hver enkelt sykehusenhet.

Avvik nr. 10:

I de tilfeller hvor livsoppretttholdene elektriske behandlingshjelpemidler leveres ut til pasient, blir ikke el-installasjon vurdert om den har en tilfredsstillende pålitelighet.

Tiltak:

- HS utarbeider skriftlig prosedyre/system som sikrer en konkret vurdering av påliteligheten og sikkerheten i det enkelte elektriske anlegget (risikovurdering) innen 01.06.07.

Frist for lukking:

Skriftlig prosedyre/system utarbeidet og avviket lukket innen 01.06.07.

Ansvarlig:

Avd.sjef Tor Robert Barth Heyerdal.

Anmerkning 1:

Behandling av avvik følger ulike kanaler og samles ikke et sted. Dersom ledelsen skal få full oversikt over alle avvik for deretter å iverksette nødvendig tiltak basert på risiko, er det viktig å få dette samlet.

Tiltak:

- Når det elektroniske avvikssystemet (DocMap) er på plass (jfr. avvik nr. 2), vil avviket være innfridd

Frist for lukking:

Samme som for avvik 2.

Ansvarlig:

Samme som for avvik 2.

Observasjon:

HMS-/Kvalitetsarbeid.

Kvalitetskoordinator og HMS- leder arbeider med "kvalitet" på sine områder, men er like i den praktiske gjennomføringen. Deres arbeid realiseres gjennom linjeledelsen som har totalansvar bl.a. for å sikre pasienter og ansatte.

Det er ingen formelle arenaer for samarbeid.

Så små enheter er svært sårbare og individavhengig.

Tilsynets erfaring er at kliniske avdelinger ønsker få aktører og et enkelt system å forholde seg til.

På HMS- og KS området ligger mange (de fleste) prosedyrer forankret lokalt. De tre enhetene opererer delvis med en egen prosedyrebank. De fleste prosedyrene bør samles i et foretaksoverbyggende system. Dette for bl.a for å oppnå en større enhetlig behandling lokalt og gjøre det mer rasjonelt for HMS- og KS koordinator som arbeider foretaksoverbyggende. Prosedyrer som inneholder lovpålagte krav bør spesielt vurderes.

Tiltak:

- Kvalitetsleder og HMS-leder har startet et mer tettere samarbeid. Planlagte møter mellom de to samt deltakelse i enkelte møtearenaer, der det er naturlig å delta sammen, vil bli gjennomført.
- Når det elektroniske avvikssystemet (DocMap) er på plass (jfr. avvik nr. 2), vil alle prosedyrer være samlet i dette foretaksoverbyggende systemet.

Frist for lukking:

Samme som for avvik nr. 2.

Ansvarlig:

Samme som for avvik nr. 2.

Avslutning:

DSB har gitt Helgelandssykehuset frist til 15.mars med å gi en tilbakemelding på tiltak med timeplan for lukking av avvikene og kommentarer på anmerkningene.

Avvikenes karakter tilsier at det er naturlig at avd.sjefene for intern service, kvalitetsleder og HMS-leder er ansvarlig for saksbehandlingen.

Fremdriftsplanen ovenfor er ment å være Helgelandssykehusets tilbakemelding til DSB innen 15.mars. Jeg ber om en rask tilbakemelding på om innholdet kan aksepteres og om det er behov for et fysisk møte for å drøfte innholdet nærmere. Et slikt møte vil kunne holdes i uke 4 eller 5.

Senest 10.mars må endelig tilbakemelding til DSB være ferdig utarbeidet for innsending.

Ikke nøl med å ta kontakt med HMS-leder eller kvalitetsleder dersom det oppleves behov for det.

Rapporten vil for øvrig bli lagt ut på intranett.

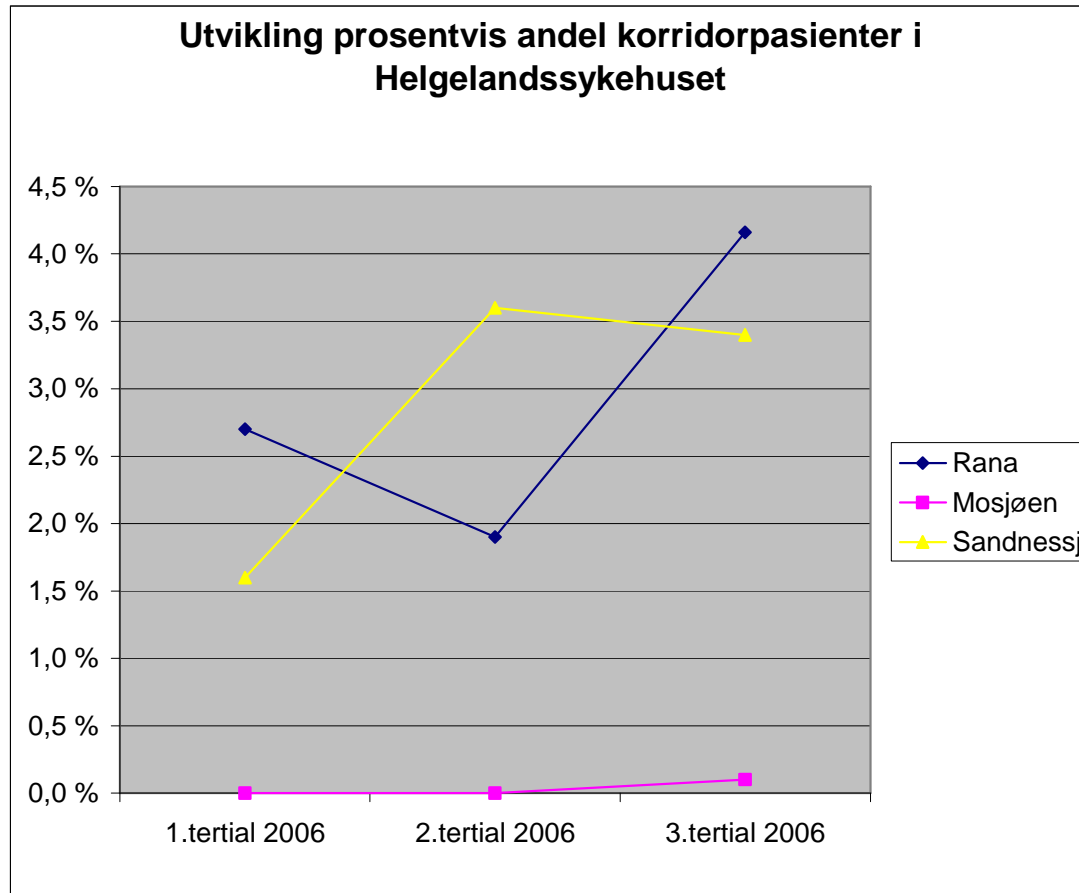
Alle som mener det er behov for det bes ta opp rapporten til informasjon og samtale i sine møter.

Vennlig hilsen

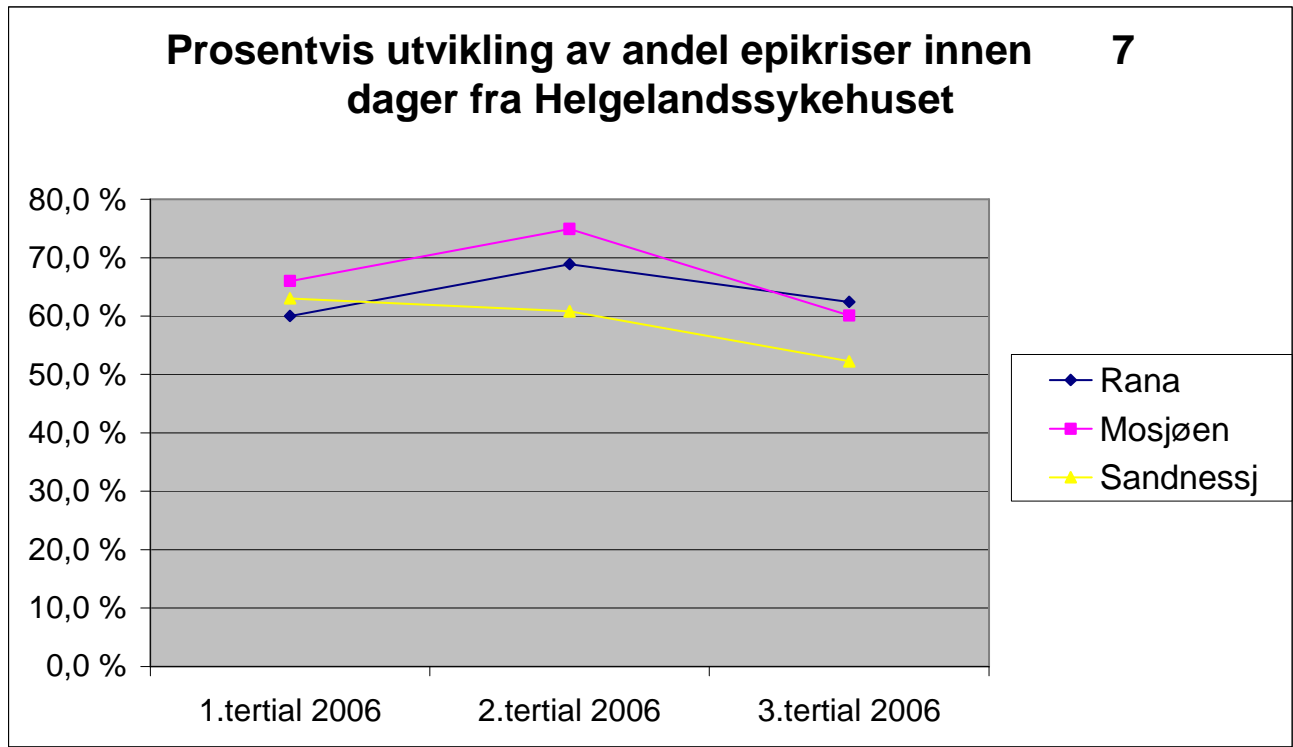
Kåre Nyland
HMS-leder

Gjenpart: Helgelandssykehuset HF v/foretaksdirektøren.
Helgelandssykehuset v/avd.direktørene.
Helgelandssykehuset v/personal- og organisasjonssjefen.
Hovedverneombudet.
Plassansvarlige verneombud.

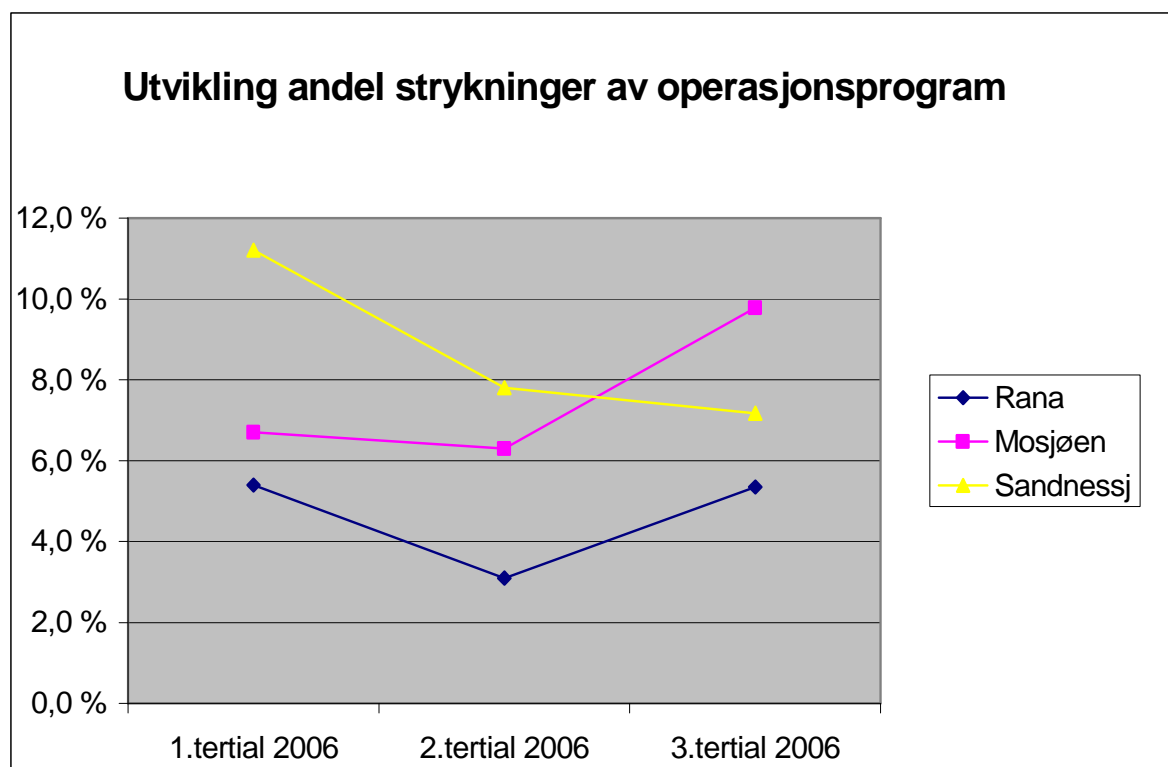
	Rana	Mosjøen	Sandnessj
1.tertial 2006	2,7 %	0,0 %	1,6 %
2.tertial 2006	1,9 %	0,0 %	3,6 %
3.tertial 2006	4,2 %	0,1 %	3,4 %



	Rana	Mosjøen	Sandnessj
1.tertiel 2006	60,0 %	66 %	63 %
2.tertiel 2006	68,9 %	74,9 %	60,8 %
3.tertiel 2006	62,4 %	60,1 %	52,3 %



	<u>Rana</u>	<u>Mosjøen</u>	<u>Sandnessj</u>
1.tertial 2006	5,4 %	6,7 %	11,2 %
2.tertial 2006	3,1 %	6,3 %	7,8 %
3.tertial 2006	5,4 %	9,8 %	7,2 %



Desentralisering av spesialisthelsetjenester

Helseforetaket skal i tråd med RHF-styrevedtak og vedtak i foretaksmøte juni 2005 utvikle en særskilt plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester. Dette er også gjort i Bestilling 2006:

I 2006 skal Helgelandssykehuset HF utvikle en egen konkret plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester jf vedtak i styret i Helse Nord RHF i juni 2005. Planen skal inneholde prioriterte tiltak for desentralisering av tjenester. De økonomiske konsekvensene av planlagte tiltak beregnes.

Desentralisering av spesialisthelsetjenester ble presentert som sak for HF-styret i febr. 2006 som sak 06/2006 (se nedenfor) og styret vedtok:

Styret tar saken til orientering, og ber om å bli løpende orientert.

Planen var å ferdigstille planarbeidet i løpet av 2006.

Dette planarbeidet er imidlertid også avhengig av øvrig fagorganisering i helseforetaket. Det pågår flere parallelle prosesser som har direkte konsekvenser for arbeidet med plan for desentraliserte spesialisthelsetjenester:

Brønnøyprosjektet: Dette omfatter i Brønnøy fødestue, hemodialyse, spesialistpoliklinikk, og i Sømna rehabiliteringsvirksomhet. Det er etablert hemodialyse i samlokalisasjon med fødestuen, men prosjektet mht. spesialistpoliklinikken er ikke avsluttet enda. Prosjektleders ansettelse er frem til 1. mars.

Arealplananalyse Sandnessjøen og organisering av somatisk rehabilitering i Helgelandssykehuset.

I begge disse problemstillingene foreligger det rapporter fra SINTEF Helse som ikke er formelt behandlet i foretakets ledergruppe. Rapportene må ses i sammenheng, fordi begge angår bl.a. organisering av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) i Sandnessjøen, dimensjonering i Sandnessjøen og hvilken plass virksomheten i Sømna skal ha.

FMR er et sentralt fagområde for desentralisert virksomhet, men organisering og dimensjonering av dette vil være avhengig av hvilken struktur som velges i forhold til FMR-avdelingen i Sandnessjøen.

ØNH: Dette er et sentralt område for desentralisert virksomhet både ved sykehusenhetene og ved spesialistpoliklinikken i Brønnøysund. Ansvar for ØNH-virksomheten i helseforetaket er lagt til Sandnessjøen, og det pågår en utredning om fremtidig organisering i regi av sykehusenheten der. Utreningen er imidlertid ikke ferdig enda, og må først fremmes for ledergruppen.

Det vil også bli sett på organisering og dimensjonering av pediatri i helseforetaket..

Alle disse nevnte utredningene bør være ferdigbehandlet i løpet av 1. halvår 2007, og parallelt med dette kan det utferdiges en plan for desentraliserte spesialisthelsetjenester som vil inneholde

- Oversikt over fagområder: ØNH, Ortopedi, FMR, Indremedisin, Revmatologi, pediatri etc.
- Organisering: Ambulering mellom enhetene
Spes. poliklinikken i Brs, inkl dialyse.
- Finansiering: Avtaler vedr. ambulering
Prinsipper for fordeling av inntekter/utgifter
Forhold til utgifter til syketransport
- Evt. samarbeid med øvrige HF'er

Det vises for øvrig til styresaken gjengitt nedenfor. I løpet av 2006 har det blitt etablert hemodialyseenhet samlokalisert med fødestuen i Brønnøysund, for øvrig er det ikke etablert nye desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Spesialistdekningen innen ortopedi, ØNH og FMR har ikke muliggjort opptrapping av virksomheten hittil.

Tabellen over arbeidsdelingen i helseforetaket er justert for omlegging av kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen, og hemodialyse, og presisert tydeligere hhv. døgnbasert og poliklinisk virksomhet, ellers uforandret.

2.5

2.6 Styresak 06/2006: Desentralisering av spesialisthelsetjenester

I denne styresaken redegjøres det for arbeidet som pågår i Helgelandssykehuset vedr. desentralisering av spesialisthelsetjenester. Saken utgjør en foreløpig statusrapport på en mer helhetlig plan som vil bli ferdigstilt i løpet av 2006, jfr. Bestillerdokumentet 2006.

2.6.1.1 Bakgrunn

Både i lovforarbeidene og i sin første iverksettingsfase, satte foretaksreformen sitt primære fokus på kravene om bedre kapasitetsutnyttelse og tilgang til helsetjenester gjennom regionale og nasjonale samordningsgrep. Samtidig som viktige deler av disse samordningsgrepene videreføres, er de siste par års helsepolitiske signaler vesentlig dreid i retning av tydeligere krav om desentralisering og samhandling mellom nivåene. Betydningen av nærhet til tjenestetilbudet for de vanligste sykdomstilstandene, er således blitt stadig tyngre vektlagt i styringsdokumenter, statsbudsjett og helsefaglige utredninger.

Nærhet er en av flere dimensjoner ved helsetjenestenes tilgjengelighet, og i en landsdel med store geografiske avstander utgjør denne dimensjonen en særlig utfordring. Til tross for en relativt desentralisert sykehusstruktur, har store deler av befolkningen i Nord-Norge større avstander og lengre reisetid til sykehus og spesialisthelsetjenester enn ellers i landet.

Desentralisering av spesialisthelsetjenester, der dette er mulig av faglige grunner, er således et viktig virkemiddel for å nå målsetningen om at befolkningen har krav på likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, bosted og kjønn.

I oktober 2004 ble Rapporten **Samhandling og desentralisering – Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene** lagt frem. Den utgjorde et overordnet strategidokument, der det for de enkelte strategipunktene er referanser til utfyllende dokumentasjon, og der det ble pekt på konkrete samhandlingstiltak. Denne rapporten har tidligere vært presentert for styret i Helgelandssykehuset først ved arbeidsgruppens leder, direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF, i styremøte november 2004, og deretter som en del av budsjettsaken i juni 2005.

I mai 2005 ble prosjektrapporten **Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord** presentert.

Rapporten ble styrebehandlet i RHF-styret i juni 2005 og det ble fattet følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til administrerende direktørs vurderinger av de fremlagte strategier for videre desentralisering av spesialisthelsetjenester. Styret ser det som en del av *sørge-for-ansvaret* å legge til rette for at befolkningen gis mer lik tilgang til spesialisthelsetjenester.
2. Prosjektet *Desentralisering av spesialisthelsetjenester* inngår som et viktig ledd i Helse Nord's strategi for utvikling av lokalsykehusenes framtidige rolle. Målet er både å styrke lokalsykehusene gjennom å tilføre dem flere ambulante tjenester fra større sykehus, og dessuten la lokalsykehusene og større sykehus bli base for ytterligere desentralisering

av utvalgte spesialisthelsetjenester til områder uten sykehus.

3. Styret ber administrerende direktør i Helse Nord RHF om å oppnevne de foreslåtte arbeidsgruppene for videre utredning og detaljering av de forslagene i prosjektrapporten som gjelder sykestuedrift og telemedisin. Disse utredningene forventes ferdigstilt innen 1. mars 2006.
4. Styret foreslår at teknisk og praktisk drift av læringsportalen www.helsekompetanse.no utskilles fra NST og organiseres som en særskilt virksomhet under Helse Nord RHF eller ett av helseforetakene.
5. Både styre og administrerende direktør i Helse Nord RHF forutsettes å påta seg en aktiv nasjonal pådriverrolle i arbeidet med å utvikle og iverksette finansieringsordninger som kan bidra til å stimulere desentralisering, der dette er helsepolitisk viktig og faglig forsvarlig. Dette gjelder særlig i forhold til sykestuer der det er stort behov for å finne bærekraftige finansieringsløsninger. Helse Nord RHF må videre intensivere arbeidet overfor nasjonale myndigheter i forhold til å få etablert tjenlige telemedisinske takstsystemer for primærhelsetjenesten (primærleger). Den samme pådriverrollen må aktiveres i forhold til oppfølging av forskrift om polikliniske takster, slik at disse fortsatt kan utløses også uten legespesialist til stede. Arbeidet med å bedre tilgjengelighet til elektronisk pasientinformasjon på tvers av helseforetak må også ha høy prioritet.
6. Helseforetakene skal utvikle særskilte planer for desentralisering innen det enkelte foretak. Disse planene skal være en konkretisering og detaljering av de strategier som ligger i rapporten og inneholde prioriterte tiltak for desentralisering av tjenester. I disse planene skal også inngå foretaksovergrepene og ambulerende av spesialister. Videre skal planer om ambulerende synliggjøres både i planen til det foretak som mottar og det foretak som leverer tjenester. I planprosessen må de økonomiske konsekvensene av planlagte tiltak beregnes. Videre forutsettes at foretakene i planarbeidet har samordnende kontakt med potensielt samarbeidende foretak. Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF har en særlig rolle for å levere tjenester ut over eget helseforetak. Rapporter fra planarbeidet forventes levert innen 1. mars 2006, med etterfølgende styrebehandling i HF-styrene.
7. Avtalespesialistene er en ressurs som bør utnyttes bedre for å oppnå mer desentraliserte spesialisthelsetjenester. Styret ber om en helhetlig plan for framtidig spesialitetsmessig og geografisk plassering av nye og ledige driftstilskudd, samt ønsket ambulerende innenfor dagens avtaler. Denne planen må bli retningsgivende for utlysning av avtalene, og et ledd i Helse Nord desentraliseringsstrategi. Dette planarbeidet forutsettes avsluttet i løpet av første tertial 2006.
8. I all hovedsak må tiltakene for å desentralisere spesialisthelsetjenester være selvfinansierte gjennom at midler frigjøres gjennom innsparinger fra syketransport samt mulig arbeidsdeling/spesialisering/sentralisering av enkelte miljø og konverteres til pasientbehandling. Foretakene bør likevel ha en viss frihet til selv å vurdere hvordan hensyn til pasienter og samfunnsnytte skal vektlegges i forhold til eventuelle merkostnader ved desentralisering. Tjenesteproduksjonen skal ikke økes, men være på samme nivå.

Styret ber administrasjonen vurdere hvordan leveranser over foretaksgrensene kan organiseres og finansieres.
9. Investeringer i utstyr og eventuelt egne lokaler til desentraliserte tilbud om spesialisthelsetjenester vil konkurrere med andre investeringsbehov i helseforetakene. Både avskrivninger og nye driftsutgifter som følger av slike investeringer skal generelt dekkes innenfor det enkelte helseforetaks budsjetter.
10. Planprosessene og utformingen av tjenestetilbud skal gjennomføres i samarbeid med kommunene i helseforetakenes omland, og det foreslås at etablerte samarbeidsfora utnyttes til dette formål. Det vil bli tatt et initiativ fra Helse Nord til utarbeidelse av maler for avtalemessige forhold mellom helseforetakene og kommunene.
11. Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene iverksette tiltak som sikrer stabile løsninger for rekruttering av spesialister. Som arbeidsgivere må helseforetakene utarbeide og forhandle frem lønns- og avtalevilkår som sikrer stabilitet i deltakelse fra helsepersonell i desentraliserte tilbud. Helse Nord vil være en pådriver for å sikre større grad av harmonisering av avtaler og økonomiske ordninger knyttet til ambulerende.
12. Styret ber om en evaluerings-/undervisningsrapport sommeren 2006.

Saken ble også lagt frem for foretaksmøte i HF'ene i juni 05 og det ble fattet følgende vedtak i foretaksmøte for Helgelandssykehuset:

1. Foretaksmøtet vedtar at Helgelandssykehuset HF skal utvikle særskilte planer for desentralisering av spesialisthelsetjeneste innen eget foretak.
2. Planen skal utarbeides i henhold til de føringer som fremkommer av styrebehandlingen i Helse Nord RHF i styresak 53-2005 Desentralisering av spesialisthelsetjenester.
3. Rapporter fra planarbeidet skal være levert innen 1. mars 2006, med etterfølgende styrebehandling i Helgelandssykehuset HF.

I bestillerdokumentet for 2006 heter det:

I 2006 skal Helgelandssykehuset HF:

- Utvikle egen konkret plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester jfr. vedtak i styret i Helse Nord i juni 2005. Planen skal inneholde prioriterte tiltak for desentralisering av tjenester. De økonomiske konsekvensene av planlagte tiltak beregnes.
- Utnytte mulighetene i Norsk helsenett og telekommunikasjons optimalt; bl.a. i forhold til elektroniske henvisninger og epikriser.
- Vurdere økt bruk av telemedisin og ambulant virksomhet og systematisere disse tjenestene bedre, herunder gå gjennom og bedre rutinene for samhandling med primærhelsetjenesten.
- Følge opp framdrift og rapportering av tiltakene som framgår av Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev 06.09.05 for styrking av lokalsykehus.

Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i Helgelandssykehuset er særlig knyttet til følgende aktiviteter:

- Aktivitetene i Brønnøyregionen
- Ambulering mellom sykehusenhetene på Helgeland

Aktivitetene i Brønnøyregionen:

Dette omfatter:

Spesialistpoliklinikken er organisert under de respektive poliklinikker fra sykehusenheten i Sandnessjøen

og omfatter polikliniske spesialisttjenester innen

- Indremedisin : Hjertesykdommer, diabetes, nyresykdommer, lungesykdommer
- Revmatologi
- Kirurgi: Generell kirurgi
- Ortopedi
- Gynekologi/fødselsomsorg
- Pediatri
- Radiologi: Ultralydundersøkelser
- ØNH

Innen ortopedi og revmatologi deltar det spesialister fra sykehusenheten i Mo i Rana, forøvrig har spesialistpoliklinikken hittil vært drevet av spesialister fra sykehusenheten i Sandnessjøen.

Fødestuen er faglig og administrativt lagt inn under føde/gyn-avdelingen Sandnessjøen.

Det selges jordmortjenester til kommunene i området.

Psykiatri: Tilbudet i Brønnøysund er en del av Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland, og omfatter Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og dagbehandling. Virksomhetene ble i 2005 samlokalisert i et nytt bygg.

HRIS (Helgeland Rehabilitering i Sømna). Denne virksomheten er en del av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) i Sandnessjøen.

Luftambulansebasen: Helseforetaket har ansvaret for sykepleietjenesten på ambulanseflyet og legetjenesten på ambulanshelikopteret. Denne legetjenesten betjenes fra UNN etter en avtale mellom UNN og Helgelandssykehuset.

Da det er behov for å utvikle og forsterke aktiviteten, samtidig som det ses på samordningsmuligheter mellom tjenestene i området ble det i 2005 fremmet en søknad til Helse Nord i forbindelse med midler bevilget over revidert nasjonalbudsjett til planprosesser og tiltak for å forsere prosessen med styrking og omstilling av lokalsykehusene. Det ble redegjort for dette i styresak 41/2005, sept. 05. Beskrivelse av Brønnøyaktiviteter – desentralisering av spesialisthelsetjenester, som fulgte søknaden, vedlegges. Det ble søkt om midler til etablering av en prosjektlederstilling og helseforetaket ble tildelt de omsøkte 800.000 kr.

Det refereres fra prosjektbeskrivelsen:

Prosjekt spesialisthelsetjeneste Sør-Helgeland har som formål å planlegge for en framtidsrettet drift av Helgelandssykehusets samlede virksomhet på Sør-Helgeland. Mandatet for prosjektet er bl.a. nedfelt i RHF-styresaken om desentralisering av spesialisthelsetjenester. Samtidig er det behov for å se på bedre og flere samordningsmuligheter mellom tjenestene i Brønnøy hva angår areal, organisering, personell og kompetanse – samt samarbeidsområder med kommunene. En viktig målsetting for gode og nære tjenester er at virksomheten i Brønnøy også kan drives på et mest mulig kostnadseffektivt grunnlag og med lokal oppslutning.

Prosjektet har følgende innsatsområder og mål:

- Utvikling av spesialisthelsetjenester i Brønnøyområdet, forankret i Helse Nord's rapport og styresak om desentralisering av spesialisthelsetjenester, inkludert behovet for spesialister fra eget helseforetak og andre helseforetak.
- Flere og bedre samordningsmuligheter mellom alle tjenestene mht. areal, organisering, personell, og kompetanse, samt samordne støttetjenester mellom de ulike spesialisthelsetilbud for en rasjonell og kostnadseffektiv drift av spesialisthelsetjenesten, herunder
 - Spesialistpoliklinikken
 - Fødestuen
 - Områdepsykiatri
 - Helikopter/flybase

Å få til best mulig samarbeid og konkret problemløsning mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og med oppslutning lokalt.

Prosjektet har en tidshorisont på 1 år.

Det etableres en prosjektgruppe, og helseforetakets ledergruppe er styringsgruppe for prosjektet. Styringsgruppen vedtar en nærmere spesifisert prosjektplan med milepæler og oppfølging etter innstilling fra prosjektleder. Likeså vil styringsgruppen ta stilling til nødvendige støttestrukturer for gjennomføring av prosjektet, bl.a. evt. behov for referansegrupper.

Prosjektleder tiltrer 1.mars.

Prioriterte oppgaver i prosjektet er nå å vurdere samlokalisering av fødestue og poliklinikk, herunder plass for etablering av hemodialyse.

Ambulant virksomhet mellom sykehusenhetene.

Det vises til arbeidsdeling innen medisinske fagområder fremkommer i tabellen nedenfor.

Arbeidsdeling: Fagområder 2006		
Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
Generell indremedisin - Akutt/elektiv	Generell indremedisin - Akutt/elektiv - Hjerterytmeeanalyse	Generell indremedisin - Akutt/elektiv - Pacemaker - Geriatri
Ortopedi - Akutt/elektiv - Dagkirurgi Bløtdelskirurgi - Akutt/elektiv - Dagkirurgi	Generell kirurgi - Dagkirurgi (akutt/elektiv) - Urologilaser	Generell kirurgi - Akutt/elektiv - Dagkirurgi
Fødeavdeling (Pediatri)	Fødestue	Fødeavdeling Pediatri
Revmatologi	Øye - Nevrologi - Hud	ØNH
Rehabilitering dag - Lærings/mestringscenter	Rehabilitering dag - Lærings/mestringscenter	Rehabilitering dag/døgn - Lærings/mestringscenter
Radiologi - MR	Radiologi - MR	Radiologi - Mammografi
Laboratori - Blodbank	Laboratorie - Blodbank	Laboratorie - Blodbank
Psykatri - Voksne - Barn/ungdom - Voksendøgnrehabilitering	Psykatri - Voksne - Barn/ungdom - Døgnavdeling - Familieavdeling - Barn/ungdomsklinikkavdeling - Nevropsykologi	Psykatri - Voksne - Barn/ungdom
		Brønnøy - Luftambulans - Psykiatri - Fødestue - Poliklinikk Sømna - Rehabilitering dag/døgn
FAM Spesialistambulering Tannhelsetjeneste Sykepleierutdanning Bodø avd. Mo i Rana	FAM Lindrende enhet i samarbeid med kommune Sykepleierutdanning Bodø avd. Mo i Rana	Spesialistambulering Tannhelsetjeneste Sykepleierutdanning Nesna avd. Sandnessjøen

På bakgrunn av dette er det etablert ambulant virksomhet innen helseforetaket på følgende områder:

- Audiografer fra Mo i Rana til Mosjøen
- Cardiologi (pacemaker-kontroller) fra Sandnessjøen til Mo i Rana og Mosjøen

Ambulant virksomhet vil bli videreutviklet i fremtiden, og aktuelle områder vil være

- Ortopedi fra mo i Rana
- ØNH fra Sandnessjøen
- FMR fra Sandnessjøen
- Pediatri fra Sandnessjøen

Ambulant virksomhet, både som ledd i desentralisert poliklinisk virksomhet, men også or å avhjelpe behov ved en annen sykehusenhet, vil imidlertid være avhengig av rekrutteringssituasjonen. At virksomheten i dag ikke har større omfang skyldes at Helgelandssykehuset fortsatt har vakante overlegestillinger og er avhengig av vikarinnleie for å dekke opp virksomheten ved de enkelte sykehusenhetene.

Det pågår pt. utredningsarbeider i helseforetaket knyttet til rehabilitering og ØNH, og konklusjonen i disse utredningene vil også legge føringer for ambulant virksomhet.

Spesialister fra andre helseforetak

Nevrologi: Det har i flere år vært en godt fungerende ambulant tjeneste i nevrologi fra Regionsykehuset/nåværende St. Olavs hospital i Trondheim, og Helgelandssykehuset har lånt ut nevrologhjæmmelen fra Mosjøen til St. Olavs hospital ut 2006. Det er imidlertid også etablert ambulant nevrologvirksomhet fra UNN til Mosjøen, og intensjonen er at også Nordlandssykehuset skal delta i denne virksomheten.

Sykehusenheten i Mo i Rana har i flere år hatt en godt fungerende ambulant virksomhet innen ØNH og pediatri av spesialister fra Nordlandssykehuset i Bodø med deltids driftstilskudd som praktiserende spesialister. Denne virksomheten vil i fremtiden kunne bli erstattet enten med egne leger, eller hvis det ikke lar seg rekruttere, med samarbeidsavtaler med Nordlandssykehuset.

Både Nordlandssykehuset og UNN har stilt seg positive til å delta med ambulante spesialister innen de fagområder der behovet er størst,

Det har vært et møte med Nordlandssykehuset der en har sett på aktuelle fagområder der det er flest polikliniske konsultasjoner fra Helgeland.

Disse fagområdene er ØNH, øyesykdommer, revmatologi, ortopedi.

Omfanget av ambulant virksomhet fra andre helseforetak vil imidlertid hele tiden være avhengig av rekrutteringssituasjonen i helseforetaket, og kostnadseffektiviteten, der også reiseutgiftene for pasientene ved manglende tilbud på Helgeland, vil være en del av kostnadsbildet.

Telemedisin

Det har vært gjennomført et telemedisinprosjekt i Helgelandssykehuset først og fremst knyttet til fagområdene ØNH-sykdommer og hudsykdommer. Prosjektet ble avsluttet i 2004, og ledergruppen fattet følgende vedtak 01.03.04

"Helse Nord RHF's finansielle støtte til telemedisinprosjektet videreføres ikke i 2004 – verken på drift, investering eller evt. telemedisinske takster for primærhelsetjenesten. Møtet med Helsedepartementet om telemedisinske takster ga heller ingen avklaring. En videreføring av prosjektet innebærer at risikoen må tas av Helgelandssykehuset HF. Telemedisinprosjektet på hud i Mosjøen legges på is inntil spørsmålet om hudspesialist er avklart. Telemedisinprosjektet på øre-nese-hals i Sandnessjøen kan vurderes videreført over i normal drift med tilgjengelig utstyr og bemanning – uten økonomisk støtte – dersom enheten selv mener prosjektet gir et positivt bidrag mellom kost/nytte. Det bør i så fall fokuseres på aksene Brønnøysund-Sandnessjøen."

I forbindelse med RHF-styrets behandling av rapporten om desentralisering av spesialisthelsetjenester er det altså foreslått å oppnevne en arbeidsgruppe for videre utredning og detaljering av det videre arbeidet med telemedisin.

Helseforetaket vil avvente resultatet av denne utredningen mtp. det videre arbeidet med telemedisin.

Sykestueplasser

Det har foreløpig ikke vært aktuelt å etablere sykestueplasser i Helgelandssykehuset på samme måte som i Finnmark. En vil avvente resultatet av arbeidet som skal startes i regi av Helse Nord, jfr. punkt 3 i RHF-styrets vedtak i sak 53-2005.

Årsverkutviklingen i Helgelandssykehuset

1. Endringer i antall årsverk

Økningen i årsverkforbruket på månedslønnede årsverk skyldes så langt vi kan finne ut følgende:

	Stillinger opprettet i 2005 – effekt økt årsverkforbruk i 2006	Stillinger opprettet i 2006 – effekt økt årsverkforbruk i 2006
Sandnessjøen -psykiatri		8,0
Ambulanse -overtakelse private -bil 3 MSJ		3,5 0,5
Mosjøen -psykiatri -leder trspktr -oppgj. trspktr	2,0	0,3 0,5
Mo -psykiatri	10,0	
	12,0	12,8

De ca. 25 årsverkene i tabellen er effekten av stillinger opprettet tidligere innenfor psykiatri, ambulanse og transportkontor. Dette utgjør ca. 70 % av økningen i månedslønnede årsverk. Det er fortsatt ca 10 årsverk månedslønnede der vi ikke har klart å skaffet oss detaljert kunnskap enda. Vi vet at en del av dette skyldes at det er ansatt personer i vikariatet på månedslønn samtidig som den fast ansatte har permisjon med lønn.

Årsaken til økningen i overtids og timelønnede årsverkforbruk er meget sammensatt. En del skyldes omstillingsarbeidet i Mosjøen, noe kan skyldes at budsjetteringen på enkelte avdelinger eller vurderingen av behovet for faste stillinger ikke har vært god nok. Så å si alle legespesialister og spesialsykepleiere har 100 % - stilling. Oppdekning av fravær i disse arbeidstakergruppene gjøres for en stor del ved at de som har frivakter tar ekstravakter for å dekke behovet. Nesten uten unntak genererer dette overtidsbetaling.

2. Rutiner ansettelser

Prosedyre for ordinær rekruttering Helgelandssykehuset

Behov for å rekruttere ny medarbeider vurderes i avdelingen

Avdelingen kontrollerer et hjemmel er i tråd med hjemmelsregister – hjemmelsnummer skal være påført kravspesifikasjon fra nærmeste leder. Beslutning om utlysning tas i linjeorganisasjonen i henhold til gitte fullmakter: avd. dir - avd. sjef - avd. leder.

Kravspesifikasjon til stillingen utarbeides etter egen mal (skjema på intranett).

Kravspesifikasjonen sendes fra avd.sjef/avd.leder til P/O-avdeling rekruttering Mosjøen

Stillingen utlyses – Dette skjer i P/O-avdeling – rekruttering Mosjøen:

Hva skjer: Stillingen lyses ut
 Innkomne søknader mottaksregistreres i posten
 Søknader registreres i søknadsadministrasjon hos PO-avd

Bekreftelse på mottatt søknad sendes søker senest 10 dager etter søknadsfristen
Søkerliste ferdigstilles senest 10 dager etter fristens utløp
Søkerliste sendes fra P/O-avdeling rekruttering Mosjøen til den leder som tilsetter i stillingen

Gjennomgang og vurdering av søkere – invitasjon til intervju – intervju – Dette skjer fra den leder som tilsetter. Den som tilsetter vurderer søkere og plukker ut aktuelle kandidater. Ved lederstillinger er lokal/sentral po avd.med.

Det inviteres til intervju
Intervjuet gjennomføres

Innstilling sendes P/O-avdeling rekruttering Mosjøen – frist for tilsettende leder 2 uker

Ansettelse – Dette skjer i P/O-avdeling-rekruttering:

Søkere gis tilbud om stilling etter prioritering av innstilte kandidater
Søker mottar tilbudsbrief, arbeidsavtale, taushetserklæring, oversikt over organisasjoner og foretakstillitsvalgte og helseattest.
Etter bekreftet ja til stilling – varsles leder som tilsetter og lønningskontor ved kopi av arbeidsavtale. Dersom ikke startdato fremgår av arb. avtalen har avd. leder ansvar for å melde startdato til lønningskontor.
Svarbrev sendes øvrige søkere (sorrybrev).

Hver måned sendes oversikt pr. e-mail over nytilsatte til:

IT-avdelingen om at ny medarbeider tiltrer
Sentralbordet varsles om at ny medarbeider tiltrer
Organisasjonene ved foretakstillitsvalgte orienteres om at ny medarbeider er ansatt.
Det opprettes personalmappe for ny arbeidstaker

Ny medarbeider tiltrer stillingen

Rutiner innleie av leger

Følgende rutine er etablert:

Kravspesifikasjon fylles ut.

Avdelings sjef/overlegen rådgir P/O om ønsket lege dersom det er etablert faste samarbeidsforhold.
Evt. gir P/O beskjed om å søke åpent i markedet etter aktuell lege. P/O vil vurdere pris ved ulike innleiealternativer.

Kravspesifikasjonen sendes fra avd.sjef/avd.overlege til P/O-avdeling rekruttering Mosjøen.

FRA FIRMA VED INNLEIE

Dette skjer i P/O-avdeling – rekruttering Mosjøen:

- Det søkes etter vikarer – via firma
- Respons fra firma vurderes, dersom flere aktuelle; pris, kompetanse, leveringssikkerhet – dialog
- med bestillende avdelings sjef/avdelings overlege
- Etter valg av firma; skriftlig avtale i hht Helgelandssykehusets prosedyrer for innleie av leger skrives
- Kopi av skriftlig avtale sendes til avd.sjef/avd.overlege
- Følgende varsles på e-mail om at vikar tiltrer i angjeldende periode:
 - Sentralbordet
 - Husøkonomen (som legger ut nøkkel til bolig i hht lokale rutiner)

- IT (som må planlegge passord i DIPS til vikaren)
- DRG-konsulent (MSJ)
- Avdelingsleder berørte avdelinger (sengepost og poliklinikk)
- Personalkontor på sykehusenheten

Etter gjennomført innleieperiode – avdelingssjefens tilbakemelding:

Erfaringsbasert tilbakemelding bør gis til P/O rekruttering i Mosjøen. Særlig i tilfeller hvor erfaringer med innleiefirma / legevikaren bør være kjent til senere.

VED INNLEIE AV PRIVATE LEGER (vikariat – midlertidig ansettelse)

Dette skjer i P/O-avdeling – rekruttering Mosjøen:

- Det tas kontakt med den aktuelle legen fra PO, evt. har det vært kontakt med legen fra avd.sjefen
- Det skrives arbeidsavtale for den aktuelle periode og brev som bekrefter innleieforholdet.
- Kopi av skriftlig avtale sendes til:
 - Avd.sjef/avd.overlege
 - Lønningskontor
 - Regnskapsavdelingen
 - Personalarkivet
- Følgende varsles på e-mail om at vikar tiltrer i angjeldende periode:
 - Sentralbordet
 - Husøkonomen (som legger ut nøkkel til bolig i hht lokale rutiner)
 - IT (som må planlegge passord i DIPS til vikaren)
 - DRG-konsulent (MSJ)
 - Avdelingsleder berørte avdelinger (sengepost og poliklinikk)
 - Personalkontor på sykehusenheten

Rutiner overtidsbruk

- Enhetsledere mottar månedlig oversikter over overtidsforbruk i enheten
- Månedlig budsjettoppfølging fra overordnet leder av alle ledere med personal- og budsjettansvar
- Egen rutine utarbeidet og lagt ut på intranett vedrørende overtid i relasjon til HMS-perspektivet

3. Tiltakene som er satt i verk for å styre og begrense personalforbruket er følgende:

- Ansettelsesstopp utenom de øremerkede områdene
- Intensivert arbeide med sykefraværsoppfølging (bedre statistikk og fokusert tilnærming)
- Satt fokus på overtidsbruken – spesielt overfor alle ledere, men også foretakstillitsvalgte (bedre statistikk, bedre informasjon, flere arenaer brukes, ledersamling)
- Satt fokus på bruken av billigere arbeidskraft (informasjon, innføring av GAT).
- Større bevisstgjøring på aktivitetsstyring

Her vil vi også i nær fremtid skaffe oss forbruksoversikt over de enkelte funksjonsområder/avdelinger, noe som gir grunnlag for nærmere analyse av årsverktviklingen og styringen av denne. Vi arbeider med å få på plass detaljert forbruksoversikt allerede for januar og februar måned. Dette skjer i nært samarbeid med Tor Einar Larsen på RHF.