

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 1. tertial - FRIST 16. MAI 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 1. tertial
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	1	Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset har ikke deltakelse i regionalt arkitekturråd. Foretaket har heller ingen dedikerte ressurser eller kompetanse innen arkitekturstyring.	Lav
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	2	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Det er en utfordring at man ikke har tilgang til data pr enhet. Data kun tilgjengelig for HF og fordelt på fag. Passert planlagt tid HSYK (tall for 2018 i parentes); Jan; 11,8% Feb; 11,6% (10,1%) Mars;12,1% (11,1%) April;13,0% (12,2%) Man ser altså svak økning i "passert planlagt tid" sammenliknet med 2018, dog kommer foretaket godt ut i sammenlikning med de andre foretakene i RHFet. I 2017 overholdt man i snitt 88% av avtalene.	Lav
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3	Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Foretaket har ikke kommet i gang med tiltak for å redusere median tid til tjenestestart. Foretaket deltar i regionalt prosjekt "variasjonsteam".	Lav
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4	Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitaler tjenester.Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med NLSH.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding		Det planlegges etablering av følgeteam i forbindelse med transport av psykiatriske pasienter på Mo i Rana. Opplæring vil bli gitt i løpet av høsten. Møte med NLSH i forbindelse med dette er foreløpig ikke gjennomført. NLSH sitt følgeteam har vært involvert i enkelte av flytransportene på Helgeland.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	1	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	31.08.2019	Gjennomsnittlig ventetid (tall for 2018 i parentes); Jan; 65 (62) Feb; 64 (59) Mars; 62 (62) April; 48(53)	Middels
RHF	3.2 Somatikk	4	Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgi atlas, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		<u>Ortopedi;</u> Tilbakemelding fra fagmiljø MIR - det eksisterer ikke uønsket variasjon når det gjelder de aktuelle ortopediske inngrep på HSYK. <u>Mandler;</u> Tilbakemelding fagmiljø SSJ - Resulater fra dagkirurgi atlas har vært diskutert og gjennomgått på møte mellom områdesjef of seksjonoverlegene. Det er allerede vært foretatt en revisjon mht fjerning av mandler og man vil monitorere framover om de iverksatte tiltak er tilstrekkelig.	Middels

RHF	3.2 Somatikk	5	Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Tilbakemelding fagmiljø MiR - det anbefales en enhetsvis gjennomgang av prosedyrer. Tilbakemelding fagmiljø SSJ - resultater er gjennomgått og man vil foreta en faglig revisjon høsten 2019. I følge helseatlas for gynekologi holder ikke til noen avtalespesialister i gynekologi i opptaksområdet for Helgeland.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	6	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Andel behandlet innen standard forløpstid for HSYK samlet perioden jan-april -19 (2018-tall i parentes) Alle behandlingsformer: 63% (59%) - Tykk og endetarm 84% (79%) - Lunge 71% (57%) - Blærekreft 80% (83%) - Prostata 62% (56%) Grunnet små tall oppgis ikke resultater for resterende pakkeforløp. HSYK har ikke nådd målsetning om 70% for alle av kreftformene. Men man ser en forbedring siden 2018. Forløpskoordinatorer rapporterer at tiltak for å nå målet om forløpstid bl.a inbefatter avviksrapportering ved fristbrudd, samt at man leverer månedlig rapport til områdesjefer med oversikt over disse inklusive årsak til fristbrudd. I noen av pasientforløpene skyldes manglende måloppnåelse ventetid i samarbeidende helseforetak. For ca prostata har man derfor begynt å gjennomføre MR prostata lokalt, dette har resultert i kortere ventetider.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	7	Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset Mo i Rana 75% Helgelandssykehuset Mosjøen 25 % Helgelandssykehuset Sandnessjøen 50% Helgelandssykehuset HF 47 %.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	8	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Antall korridorpasienter ligger godt over kravet på 0. Det er ingen konkrete tiltak som er satt i verk for å evt. få redusert tallet noe.	Lav
OD HOD	3.2 Somatikk	9	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Tall fra H.dir viser for 3.tertial -18; 61,2 %	Middels

OD HOD	3.2 Somatikk	10	Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	<p><u>Rapportering fra SSJ:</u> Kroppskontakt med barnet - nasjonale anbefalinger følges opp ved fødeavdelingen. Støtte til kvinner som ammer - Man veileder 24/7 (inkl. søndag/helligdag) til tilhørende distrikt. Alle jordmødre og barnepleiere er sertifisert Mor Barn-vennlig og sykehuset har vært godkjent siden 1995. Utreise fra føde-/barselavdelingen - Sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. Vurderingen gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Samtaler etter fødselen - nasjonale anbefalinger følges opp ved fødeavdelingen. Hjemmebesøk - Anbefalinger følges i Alstahaug kommune. Fødeavdelingen til alle kommuner og rapporterer til helsestasjonene etter fødsel, slik at de er klare til hjemmebesøk.</p>	Middels
	3.2 Somatikk	10		FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	<p>Rapportering fra MiR; Jobber ikke spesifikt med implementering av barselomsorg, men anser at gjennom sin praksis ivaretas barselkvinnene på en god måte. 1) Tilstreber at far/medmor får være med mor/barn det første døgnet etter fødsel. Utover dette utfra parets behov og avdelingens kapasitet. 2) Jobber etter mor/barn vennlig prinsipp og oppfordrer kvinnen til å vente med hjemreise til hun føler seg trygg og amming godt etablert. Vi har som regel god kapasitet og paret får være her den tiden de trenger. 3) Under oppholdet får paret opplæring i barnestell osv. Egen sjekkliste under utarbeiding. 4) Fokus på god dokumentasjon i Partus og DIPS 5) Post partum samtaler og utreisesamtale 6) Jobber med prosedyre på hva foreldre skal ha med hjem av informasjon etter fødsel. 7) God kontakt med helsesøstertjenesten og helsestasjon, Ukentlig besøk fra Rana, telefonkontakt med Hemnes, salg av jordmortjenester til Nesna 8) Har inngått et samarbeid med kommunen og håper å kunne tilby hjemmebesøk i løpet av høst 2019 til barselkvinner i Rana. . 9) Barselpoliklinikk med vektctr, ammeveiledning osv. x3 pr. uke. Lav terskel for poliklinisk ktr. Ønsker å se at alle barn har snudd i vekt før man overlater ansvaret til helsestasjon</p>	
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	1	Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	Se graf	Høy

OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	2	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Pr april: PHV 36 dager, PHBU 43 dager, TSB 13 dager. Ventetider for tertial ventes 28.juni.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	4	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	5	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	6	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnhet skal være minst 60 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Vi har ikke noen måte å registrere på enda. Hvis det tekniske er på plass for å registrere (Arena) i midten av mai, skal vi i hovedsak være igang samtidig.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	9	Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Pr april var 37% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning. Dette gjelder både poliklinikk og døgn.	Middels
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11	Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor BUP, VOP og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding		Forløpskoordinatorer er tilsatt med nødvendige fullmakter.	Høy
RHF	3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	1	Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Her anvendes Tjenesteavtale 2 og interne prosedyrer. Intern prosedyrer -PR45675 gir føringer/ veiledning til partene om hvordan de skal forholde seg til hverandre. Helgelandssykehuset har selv rehabiliteringsmedisinsk døgnpost med 5 senger. Her er det løpende dialog mellom rehabiliteringsavdelingen og slagenhetene i Helgelandssykehuset. (Primært pasienter med ervervet hjerneskade som tas inn i vår rehabiliteringsavdeling) Helgelandssykehuset samarbeider med Helgeland rehabilitering i Sømna. Her er det også løpende dialog angående aktuelle pasienter, og enheten Sandnessjøen har også hatt jevnlig møtepunkter med HRIS.	Høy

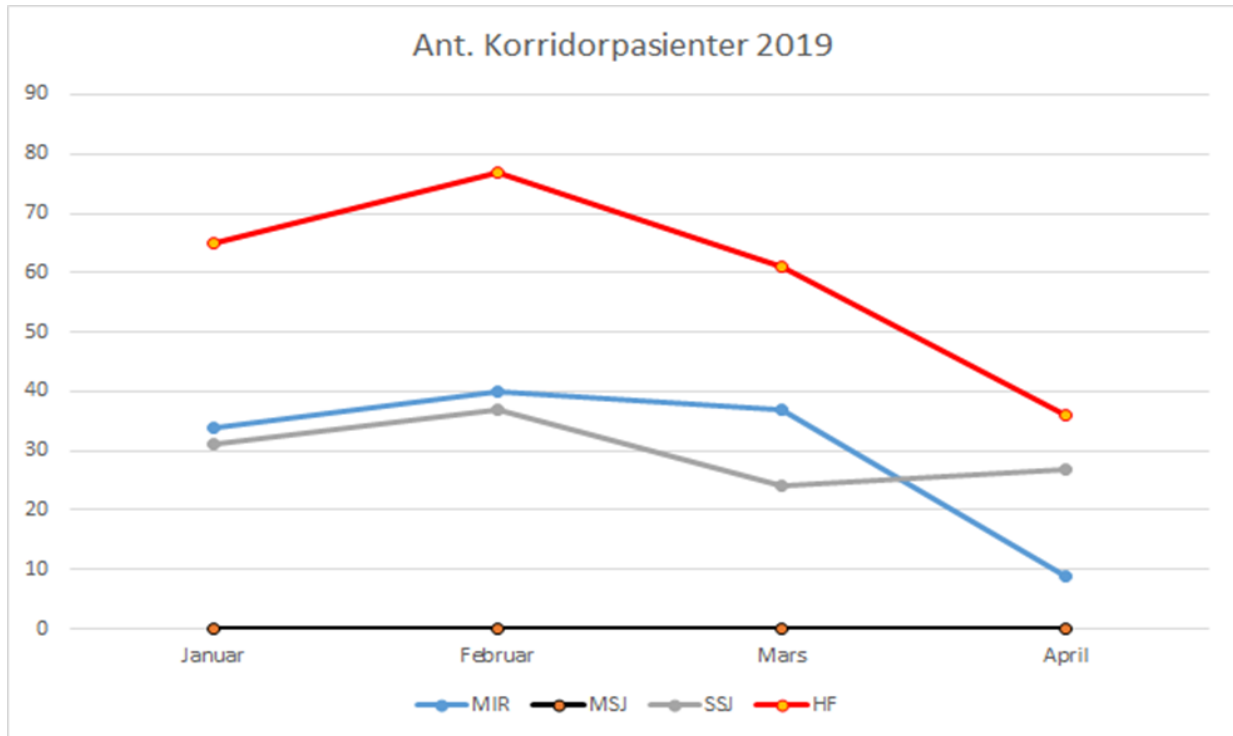
RHF	3.6 Pasientsikkerhet	1	Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Ved utgangen av april er andel legemiddellister samstemte ved innleggelse 62%. Forskjellen mellom enhetene er noe utjevnet. Det er vedtatt i ledergruppen å opprette en prosjektgruppe på tvers av alle nehetene for å samkjøre enhetene samt bidra til å øke andelen videre. I tillegg til en lege fra hver enhet vil farmasøyt, kontortjeneste og EPJ-konsulent delta. Prosjektgruppen er enda ikke etablert.	Middels
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	1	Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).	Alle	1. tertial		Verktøy for registrering og oppbevaring av forskningsdata har HSYK fra mars 2019 begynt å bruke verktøyet RedCap. Dette verktøyet har UNN benyttet i mange år og det er ROS-analysert.	Middels
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	5	Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	1. tertial		Vi har også oppdatering og nye retningslinjer under arbeid vedr. forskning.	Lav
RHF	4.1 Klima- og miljøtiltak	1	Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	01.03.2019	Tallmateriele er avlevert pr 01.03.19 og nasjonal rapport er motatt.	Høy
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	3	Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking	Alle	1. tertial	01.03.2019	Svar ble sendt HelseNord 04.04.19: HSYK har etter rapporten fra riksrevisjonen gjennomført risikovurderinger i eget foretak og i samarbeid med de andre foretakene i Helse Nord. Det har blant annet blitt avdekket manglende gjennomføring av kontroll av innsynslogg. Vi har en pågående prosess om kontroll av logger og tilganger i hht. prosedyrer som er en del av styringssystem for informasjonssikkerhet. Vi skal i 2019 også ha internrevisjon av BAS, som administrerer tilgangene til den enkelte hos HSYK. Ved HSYK og det obligatoriske e-læringskurs for informasjonssikkerhet for 2019 er det pr. 01.04.2019 en gjennomføringsprosent på 45%. Det er et pågående arbeid/oppfølging med å informere ledere i organisasjonen om at kurset er obligatorisk for alle å gjennomføre. Ansvarsavklaring for informasjonssikkerhet for MTU internt i foretaket er beskrevet. Avdelingsleder ved MTU har hovedansvar. Informasjonssikkerhetsrådgiver bistår, ansvaret er også beskrevet i styringssystemet for informasjonssikkerhet. Ansvarsavklaring mellom foretakene i regionen og mot Helse Nord IKT er ikke tilstrekkelig avklart. HSYK avventer resultatet av pågående regional prosjekt og prosedyre for ansvarsfordeling.	Middels

RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	4	Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.	Alle	1. tertial	01.03.2019	Modul for GDPR og risikovurdering basert på informasjonssikkerhet/personopplysninger er installert i MEDUSA. Vurdering på typenivå for "PatientSecurity" er importert fra St.Olav HF. Dette dekker en del av vår database. Øvrig utstyr/vurdering må gås gjennom for hvert foretak og alle apparattyper. Det jobbes nasjonalt i arbeidsgrupper med å utarbeide nye veiledere basert på NORMEN for datasikkerhet. Videre vurdering av apparat i MEDUSA-databasen vil basere seg på disse veilederne og de "case" som blir utarbeidet	Høy
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	7	Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf tilsendt mal, innen 1. mars. 2019	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	01.03.2019	Innlevering av fysisk pasientarkivmateriale er ikke startet. Oppstart er planlagt i 2020, hvor innlevering vil planlegges som prosjekt. Utsatt oppstart er godkjent av NHA.	Middels
RHF	4.4 Beredskap	2	Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftmitteisolater.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding		Helgelandssykehuset har ingen luftmitteisolat. Total har sykehuset 18 kontaktsmitteisolat med eget bad/WC.	Høy
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	2	Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenestevtale 5).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Saken følges opp og rutinene skal gjennomgås.	Middels
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	7	Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding		Grunnarbeidet har startet i samarbeid mellom Helgelandssykehuset Rana -PHR og Rana kommune. Prosjektet er organisert under LAR og tilbudet skal komme alle kommunene på Helgeland til gode. Tanken er at en evt. ambuleringsordning skal tilbys alle pasienter Helgelandssykehusets ansvarsområdet.	Middels
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	8	Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Fra kommunene: 8 stk / Fra Helgelandssykehuset: 0 stk.	Høy
FTP HOD/RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	1	Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		HSYK har vært med i en arbeidsgruppe i HN, og har utarbeidet en ny og felles prosedyre og eksempelsamling for ledere og medarbeidere. Forslaget til ny felles prosedyre med eksempelsamling er i disse tider til drøfting med FTV og til behandling i ledelsen i alle foretak i HN. Deretter skal det utarbeides en kommunikasjonsplan for forankring ut i foretaket, samt rutiner for oppfølging av meldeplikten.	Middels
RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	2	Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	01.07.2019		

RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	2	Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		P.r 12.3.2019 hadde Helgelandssykehuset HF 23 ufrivillige deltidsansatte. HSYK jobber med dette på følgende måte: 1. Gjennom innføringen av kalenderplan/årsturnus vil det ved gjennomgang av bemanning opp i mot behov i større grad tilbys faste stillinger siden kalenderplan "tvinger frem" den reelle behovet for bemanning. 2. HR oppretter Heltidsbanken. Dette er en oversikt over mindre stillingsstørrelser på hver enhet. Henikten er at ledere på denne måten på kan nytte kompetanse på tvers i egen sykehushusenheter. Det er et vilkår at de ansatte er kvalifisert. Heltidsbanken skal nyttes i stedet for å lyse ut mindre stillingsbrøker som igjen generer deltid.	Høy
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	3	Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Se vedlagt tabell	Høy
FTP HOD	7.3 Utdanning av legespesialister	1	Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helseledelse og Helseledelse anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset har deltatt i det regionale arbeidet i Helse Nord for innføring av ny spesialistutdanning for leger. Helgelandssykehuset har hatt fremdrift jf. regional milepælsplan og anbefalinger fra Helseledelse og levert søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon for 19 fag, derav 9 nye spesialiteter. Deter inngatt utdanningsavtaler med UNN, NLSH; OUS og St.Olavs hospital.	Høy
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	3	I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial		Helgelandssykehuset har utarbeidet utdanningsplan innen alle aktuelle spesialiteter der læringsmål kan oppnås enten i eget foretak eller andre foretak i regionen. I tillegg til dette er det innenfor noen spesialiteter laget utdanningsplaner med OUS og St.Olavs hospital.	Høy
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	1	I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Sykehusinnkjøp mottar årlig anskaffelsesplan fra HSYK med alle behov. Det er imidlertid utfordringer med tanke på leveransene fra Sykehusinnkjøp når det gjelder kapasitet og etterslep fra anskaffelsesplanen fra 2018. Det gjennomføres månedlige taktiske møter mellom Sykehusinnkjøp og innkjøpsavdelingen hvor status på meldte behov er tema.	Middels
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	2	Gjennomføre kontraktoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset har svært få egne avtaler og initierer derfor få kontraktoppfølgingsmøter. Disse er knyttet primært til investeringsanskaffelser av MTU. Vi har imidlertid ikke mottatt informasjon om kontraktoppfølgingsmøter fra Sykehusinnkjøp som er avtaleforvalter på de fleste av våre avtaler.	Middels

RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	5	Redusere antall ad-hoc anskaffelser	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset har få ad-hoc anskaffelser. Vår arbeidsmetodikk med behovsinnhenting bidrar til at vi kan utarbeide årlige investeringsplaner, samt kartlegge behov for utstyr på tvers av enhetene. Videre jobber vi med kartlegging av behov med sikt på 4 års perspektiv for enkelte av anskaffelsene (eks. respirator, ultralyd osv). Helgelandssykehuset leverer investeringsplaner til Sykehusinnkjøp for alle anskaffelser, MTU, teknisk utstyr samt noen eiendomsprosjekter	Høy
		44		44	44	6	43	42

Punkt 3.2.8 Korridorpasienter



Punkt 3.3.1 Gylne regel

Pr. april	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Ventetid*	48	36	43	13
Funksjonsregnskapet**	7%	18%	24%	4%
Aktivitet poliklinikk***	-5%	-4,1 %	14,7 %	3,2 %
* aggregert ventetid				
** Korrigerede kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon				
*** Sammenlignet med i fjor				

Lav
Middels
Høy