

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. 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		For resultater se fane med graf/tabell. Det er satt igang prosjekt for etablering av felles inntakskontor i foretaket. Det arbeides med jevnlig rydding og oppfølging av ventelistene slik at disse til en hver tid er reell. Det har også vært arbeidet med felles forståelse av hva indikatoren innebærer slik at registreringer blir riktig og lik. Det må arbeides med å redusere variasjonen, også internt. Enkelttiltak vil være fokus på inntak, prioritering av operasjoner, avklaringer rundt fravær, sikre drift på poliklinikker og unngå å måtte avbestille pasienter. Erfaringer fra Finmarkssykehuset vil bli brukt i forbedringsarbeidet.	Middels
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		Median tid tjenestestart 2018 ; 35 Median tid tjenestestart 1. tertial 2019; 36 Foretaket deltar i regionalt prosjekt "variasjonsteam".	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	For resultater se fane med graf/tabell. Rapportering på tiltak; Etablering av felles inntakskontor vil bidra til å utnytte ressursene og bidra til redusert ventetid. I tillegg legges arbeidsplaner for et lengre tidsrom framover, fortrinnsvis 6 mnd. Lavdriftsuker, planlagt fravær og tidlig innmelding av fravær vil bidra til større forutsigbarhet i virksomhetsplanleggingen. Dette omfatter også merkantilt personell.	Høy
RHF	3.2 Somatikk	4	Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatilaset, 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		Se rapport første tertial	Middels
RHF	3.2 Somatikk	5	Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatilaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Se rapport første tertial	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial
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		<p>Andel behandlet innen standard forløpstid for HSYK samlet perioden januar - august -19</p> <p>Alle behandlingsformer: 61%</p> <p>-Tykk og endetarm 71 %</p> <p>- Lunge 68 %</p> <p>- Prostata 42 %</p> <p>Grunnet små tall oppgis ikke resultater for resterende pakkeforløp.</p> <p>HSYK har ikke nådd målsetning om 70% for alle av kreftformene. Men man ser en forbedring siden 2018. Forløpskoordinatører 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 bl.a grunnet ventetid prøveanalyser og ventetid bildediagnostikk. I forrige tertial ble det rapportert om at man for ca prostata har hadde begynt å gjennomføre MR prostata lokalt, noe som gav kortere ventetid. Dette tilbudet har nå opphørt midlertidig pga MR-oppradering, men er nå kommet i gang igjen.</p>	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	7	Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombosebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandssykehuset HF 48%. Det er interne variasjoner, og rutiner vil ettergås.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	8	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Antall korridorpasienter ligger over kravet på 0. I 2. tertial 2019 har det vært en økning, en god del kan skyldes redusert bemanning i ferien samt at antall pasienter har vært mye høyere enn normalt i perioden. Det brukes ledig kapasitet ved andre avdelinger ved overbelegg. Se pkt 3.5.4.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	9	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Gjennomsnitt for foretaket ligger vi på 58,7% ref. tall fra Helsedirektoratet 1. tertial 2019, innad i foretaket er det små variasjoner. Tiltak vurderes for å øke antallet.	Middels
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 avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Veksten innen kostnader og aktivitet er høyere for psykisk helsevern enn for somatikk. Når det gjelder ventetider har psykisk helsevern for voksne og TSB kortere ventetid enn somatikk, med unntak av psykisk helsevern for barn og unge der det er lengre ventetid.	Middels
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		Ventelistetall for 2.tertial publiseres 25.10.19. Pr august var ventetiden 45 dager for PHV, 78 dager for PHBU, 52 dager for TSB. Innen PHBU har vi hatt pasienter som har ventet lenge, fått tilbud om beahndling annet sted, men ikke ønsket dette. Dette, og et lavt antall avviklede pasienter er utslagsgivende for lang ventetid. En ser på tiltak for å korte ned registrert ventetid for PHBU.	Lav

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial
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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 80%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Helgelandspsykehuset er innenfor kravet om minst 60%, på bakgrunn av manuell opptelling. Det er behov for en nøyere regional avklaring knyttet målepunkter/rapportering.	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		Epikriser sendt innen 1 dag: 34% av epikrisene innen psykisk helsevern for voksne. 44% innen TSB	Lav
RHF	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	13	Innen 1. juni 2019 etablere døgkontinuerlige akutjenester.	HSYK	2. tertial og Årlig melding		Viser til vedlagte notat.	Lav
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		Det er avholdt møte med Valnesfjord helsesportsenter for å få klarhet i hva de tilbyr o.l. Det er foreløpig ikke søkt noen pasienter dit via RVE, men det vil bli gjort ved behov. Foretaket skal ha et samarbeid med private avtalespesialister i forhold til vanlige psykiske helseplager (HelseArbeid). Disse stillingene er utlyst men ansettelse er ikke gjort. Avventer samarbeid til ansettelsesprosessen er ferdig.	Høy
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	3	Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Ett område der helseforetaket har gode resultater er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i somatisk helse. I flg nasjonale kvalitetsindikatorer har HSYK den laveste gjennomsnittlige ventetiden i landet i 1. tertial 2019. Faktorer som har bidratt: Lav andel brudd på vurderingsgarantien og rask vurdering av henvisninger. I gjennomsnitt blir henvisningene vurdert 2,0 dager etter mottak i 2019.	Høy
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	4	Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Område 1: Fristbrudd. I løpet av 2019 har HSYK fått et økende antall fristbrudd. Områdene for dødelige sykdommer og neurologi har de fleste. Det er utarbeidet handlingsplaner for begge fagområder for å bringe situasjonen under kontroll 1. tertial 2019. Område 2: Korridorpasienter. HSYK har høyest andel korridorpasienter i Helse Nord og ligger over landsgjennomsnittet. Dette skyldes en kombinasjon av høy sykehusforbruk og utskrivningsklare pasienter. Føringerne for budsjett 2020 er at heldøgnsopphold skal reduseres, og tiltaksplaner innebærer reduksjon av korte opphold bved økt dagkirurgi og bruk av hotell. Dialog med kommunene om reduksjon av utskrivningsklare pasienter, jfr. 3.5.4.	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial
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 august er andel legemiddellister samstemte ved innleggelse 53%. En nedgang i sommer er forventet da det er økt bruk av vikarer både hos de som samstemmer og hos de som koder. Forskjellen mellom enhetene er utjevnet. Med bakgrunn i dette er det vedtatt å ikke opprette en egen prosjektgruppe internt i HSYK. Legemiddelkomiteen vil videre behandle spørsmål og utfordringer innen samstemming av legemiddellister. Opplæring for nye turnusleger og medisinstudenter er gjennomført.	Middels
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	2	Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.	Alle	2. tertial		Arbeidet vil prioriteres når ny forskningssjef tiltrer 01.oktober.	Lav
RHF	4.1 Klima- og miljøtiltak	1	Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorene og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	01.03.2019	Ihht plan	Høy
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	2	Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni	Alle	2. tertial	01.06.2019	Styresak 48, styrebehandlet i Helgelandspsykehuset 20.05.19.	Høy
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	6	I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive: 1. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres 2. Økonomiske konsekvenser 3. Konkret beskrivelse av gjennomføring	Alle	2. tertial		Helgelandspsykehuset følger opp dette regionalt som deltakere i HIS-prosjektet og MoDi-programmet sammen med HN-IKT. Videre blir eventuelle sikkerhetskrav og ROS-analyser kvalitetssikret i fagråd for informasjonssikkerhet(FRIS), i samråd med andre foretak i regionen. Videre vil også bestillinger følges opp, når applikasjoner skal tas i bruk og implementeres i HFene.	Middels
RHF	4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	2	Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	2. tertial og Årlig melding		Det er et pågående arbeid med å registrere inn alle behandlinger av helse- og personopplysninger som Helgelandspsykehuset HF behandler i systemet Personvernappen (Sureway). Her har vi foreløpig ikke registrert inn MTU-utstyr som inneholder helse- og personopplysninger. Dette fordi det pågår et nasjonalt prosjekt, hvor systemet Medusa (som alle helseforetak benytter og skal gå over til), som HSYK nå benytter og som er systemet som inneholder oversikten over alle medisintekniske enheter og typer. Medusa skal oppdateres og tilpasses siste versjon av Normen. Og på sikt skal ha oversikt over utstyr som behandler helse- og personopplysninger. Arbeidet med å vurdere/klassifisere resten av vårt utstyr vil starte/tas opp når MEDUSA er tilpasset siste versjon av NORMEN, slik at vi kan benytte MEDUSA fullt ut i vurderingene og slippe å gjøre vurderinger på nytt etterpå. I nyeste versjon av Normen skal det også sees på metoden for klassifisering av medisinsk utstyr, hvorvidt det behandler helse- og personopplysninger. Normen har i dag delt inn kategoriene fra 1 til 16, etter hvor stor grad utstyret behandler helse- og personopplysninger. Kategoriseringen er foreslått å bli redusert til færre kategorier, men med uvisst antall. Og at man ut ifra disse kategoriene skal plassere utstyr og typer i kategorier, hvor nødvendigheten av ROS-analyse vil bli belyst. Når dette er gjort vil Medusa tilpasses etter de nye oppdateringene i Normen, og det vil bli mer hensiktsmessig å starte arbeidet med ROS-analyser av medisinteknisk utstyr i Helgelandspsykehuset. Når dette vil skje, blir vanskelig å rapportere en datohandlingsplan på, grunnet manglende datoer fra leverandør. Pr. nå har Helgelandspsykehuset HF importert en oversikt av Medusa fra St. Olavs hospital, hvor vi har kontroll på 460 enheter av det totale antallet på 3050. Med kontroll menes at de er vurdert dithen om de er koblet opp mot internett, behandler helse- og personopplysninger eller om det er behov for ROS-analyse. Det er også påbegynt et kategoriseringsarbeid av 250 typer utstyr som det er startet en vurdering av.	Middels
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. tjenesteavtale 5).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandspsykehuset jobber kontinuerlig med forbedringstiltak vedrørende informasjonsflyt, epikriser og samstemming av legemiddellister. Dette tas opp på de fleste samarbeidsmøter og på interne avdelingsmøter.	Middels
FTP HOD	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	3	Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Det jobbes jevnlig med forbedring av kommunikasjonen med kommunene. Det er etablert samarbeidsmøter med kommunene. Det er ansatt 50% samhandlingskoordinator som skal bidra i arbeidet med PLO-meldinger. Det er behov for jevnlig gjennomgang og opplæring i bruk. Bedre samhandling fører til bedre forløp innen pasientgrupper som f.eks. slagpasienter og palliative pasienter, der slagsykepleier og palliativ sykepleier har en viktig koordineringsrolle. Det gjennomføres utskrivningssamtaler med lege, her ser vi noen utfordringer ved kapasitet på samtalerom. Kliniske farmasøytter bidrar i utskrivningssamtaler. Det arbeides for at alle pasienter får med seg epikrise eller foreløpig epikrise ved utskrivning.	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	4	Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Helgelandspsykehuset deltar aktivt i arbeidet rundt prosess og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord.	Høy
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	6	Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentert helseteam.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Helgelandspsykehuset og Rana kommune jobber med i igangsette et pasientsentrert helsetjenesteteam som skal ivareta de skrapelige eldre tverrfaglig og på tvers av skillet mellom spesialist- og primær-helsetjenesten. Målsettingen er at man skal forhindre akutte funksjonsfall som gir dårligere helse og som fører til institusjonalisering, uansett nivå. Arbeidet er fremdeles på planleggingsstadiet, men er noe alle involverte ønsker å få i gang så snart som mulig	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		Samtlige samhandlingsavvik mellom Helgelandspsykehuset og kommunene på Helgeland registreres fortløpende i post / arkivsystemet Elements. Antall avvik som sendes mellom partene rapporteres månedlig i Helgelandspsykehusets Virksomhetsrapport.	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		Saken ble styrebehandlet 18.6.2019 - styresak 57-2019. Plan for reduksjon av innleie av personell. Styret i Helgelandspsykehuset HF vedtok plan for reduksjon av innleie av personell. Dette jf. oppdragsdokumentet 2019 som sier at foretaket skal ha en plan for reduksjon av innleie av personell, som skal styrebehandles innen 1. juli. Oppsummert gjelder dette følgende satsningsområder som skal redusere innleie av personell: <ul style="list-style-type: none"> • Kalenderplan • Økt satsning på helsefagarbeidere • Operasjonsstueprosjekt/bemanningsressurs • Rekruttering og stabilisering/ Hodet først • «Helhetsmodellen» og økt nærvær • Utdanningsstillinger og utdanningsavtaler • Særavtale mellom HSYK og DNLF 	Høy
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	Behandlet i styremøte 18.06.19, sak 57	Høy
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		Helgelandspsykehuset HF vil gjennom arbeidet med kalenderplan/årsturnus tilby ansatte høyere stilling, primært faste heltidsansatte der det er behov for dette. HSYK ønsker i løpet av 2019 å opprette "Heltidsbanken" hvor HR har oversikt over ansatte som er ufrivillig deltidsansatte. Dette er ansatte som markert seg i personalportalen som "ufrivillig deltidsansatt". Dette for å forhindre at det ikke lyses ut stillinger på de ulike sykehusene før akutte ansatte som ønsker det og er kvalifisert til det tilbys stilling der hvor dette er mulig.	Høy

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial - Styresak 92/2019 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial
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 graf	Middels
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 Helseidrettsrådets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelistene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Helgelandspsykiatri har deltatt i det regionale arbeidet i Helse Nord for innføring av ny spesialistutdanning for leger. Helgelandspsykiatri har hatt fremdrift jf. regional milepælsplan og anbefalinger fra Helseidrettsrådet og levert søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon for 19 fag, derav 9 nye spesialiteter. Det er inngått utdanningsavtaler med UNN, NLSH; OUS og St.Olavs hospital. Det er lyst ut 50 % nyopprettet stilling som utdanningskoordinerende lege.	Høy
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	4	Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Helgelandspsykiatri ønsker å legge til rette for at LIS i allmen-samfunns- og arbeidsmedisin sikres tjeneste i sykehuset for å oppnå nødvendige læringsmål tilknyttet sin spesialisering. Helgelandspsykiatri har per dato ikke mottatt henvendelse fra kommunene på Helgeland med forespørsel om fagavtale	Middels
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 er involvert i alle anskaffelser	Høy
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	2	Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Skal ivaretas av avtaleforvaltere hos Sykehusinnkjøp. Lav grad av involvering fra HF-ene	Høy
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	5	Redusere antall ad-hoc anskaffelser	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Tertialrapporter og Årlig melding		Ingen ad-hoc anskaffelse. I perioden er det imidlertid meldt inn 1 havari på EKG apparat	Høy
		43		43	43	4	43	

Døgnkontinuerlige tjenester - 3.3.13

Prosjekt vaktberedskap, krise- akuttinnleggelse og samarbeid med fastlegene

Prosjektets hovedmålsetting er å etablere vaktberedskap gjennom døgnet innen psykisk helse og rus i Helgelandssykehuset, samt gjøre det mulig å legge pasienter inn på krise- akutt plasser i sengepost. I tråd med mandatet skal dette arbeidet gjøres i samarbeid med fastleger og kommuneleger. Prosjektet skal vurdere ulike modeller for hvordan vaktordningen kan organiseres. Prosjektet hadde oppstart i medio mars med prosjektleder ansatt i 100% stilling. Prosjektet er organisert med en prosjektgruppe bestående av fagpersoner og ledere fra psykisk helse og rus, prehospitalt område, kommuneleger og HR i Helgelandssykehuset. Det er også etablert en styringsgruppe som ledes av rådgiver innen psykisk helse/rus, hvor områdesjefer fra de tre enhetene sitter, tillitsvalgte for NPF og DNLF, samt brukerrepresentant. Det har vært gjennomført månedlige styringsgruppemøter gjennom prosjektperioden så langt. Prosjektleder har deltatt i en rekke fora og møter for å informere om prosjektet, og for å få innspill til prosjektgruppens- og styringsgruppens arbeid. Prosjektleder har deltatt i OSO-møte, FTV-møte, brukerutvalgsmøte og kommuneoverlegeforum. Prosjektmedlemmene og kommuneoverlegeforumet har i tillegg fått skriftlige oppdatering vedrørende progresjon og innhold i prosjektet. Det har også blitt gjennomført flere møter med overlegegruppen innen psykisk helse og rus for å få innspill og gi informasjon.

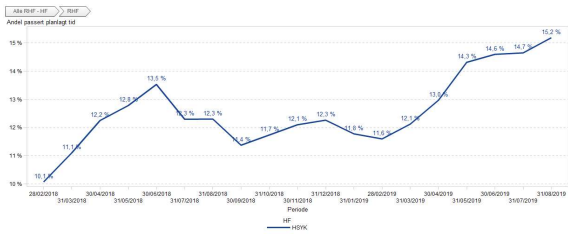
I kontakten med kommuneoverlegene har det blitt meldt inn en bekymring vedrørende lange ventetider for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som skal transporteres til Nordlandssykehuset, og det er et tydelig ønske at det blir iverksatt tiltak som fører til endring av dagens situasjon. Videre har det kommet fram ulike synspunkter på hva en vaktberedskap i spesialisthelsetjenesten kan bistå 1. linjen med. Det uttrykkes fra kommuneoverlegene tilfredshet med å være inkludert i arbeidet, samt at de har fått tilgang til god og fortløpende informasjon om arbeidet som gjøres.

Den opprinnelige fristen for etablering av vaktberedskap var 1. juni. I forbindelse med arbeidet som er gjort, kom det fra overlegegruppen innspill som omhandlet faglig forsvarlighet ved bruk av bakvakt på telefon/skype. Det ble da nødvendig å gjøre en inngående vurdering av spørsmålene knyttet til dette, da vi også ble gjort kjent med at Nordlandssykehuset hadde vurdert bruk av bakvakt per telefon/skype som uforsvarlig. I vårt arbeid med å avklare prinsippene om forsvarlighet var prosjektet i kontakt med Helse Nord. Det ble også utarbeidet en rapport som bygget på ulike kilder, herunder UNN's modell for vaktberedskap (DeVaVi), og de forsvarlighetsvurderinger som ble gjort i forbindelse deres etablering. På bakgrunn av det arbeidet som ble gjennomført var vår konklusjon at bruk av bakvakt per telefon og/eller skype er forsvarlig. Arbeidet har vært nødvendig, men tidkrevende og har ført til utfordringer i å overholde den frist for etablering som er satt. Styringsgruppen og ledergruppen har besluttet at vaktordningen starter med leger i for- og bakvakt.

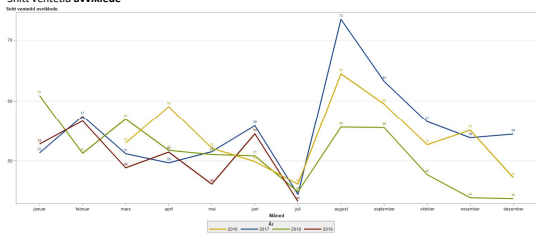
Prosjektet skal avsluttes innen utgangen av 2019. I perioden fram til prosjektets avslutning skal følgende gjennomføres:

- 15 september har områdene frist på å redegjøre for den aktuelle personellsituasjon og rekrutteringsbehov for å kunne iverksette en vaktberedskap.
 - HR vil bistå i å simulere vaktplaner.
 - Prosjektleder vil be HR om bistand til å identifisere alle aktører/fora som skal informeres og lage en plan for involvering av tillitsvalgte.
 - Foreløpig skisse over organisering av vaktordningen som høringsgrunnlag til kommuneoverlegene. Svarfrist 26.09.19.
 - Prosjektleder utarbeider en endelig skisse for organisering av vaktberedskap som behandles i ledermøtet 29. oktober.
- Gjennomføring av formelle drøftinger i regi av HR før iverksetting.

Passert planlagt tid - 3.1.2



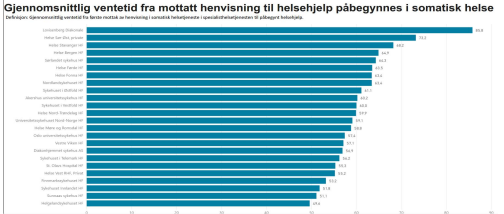
Ventetid - 3.2.1



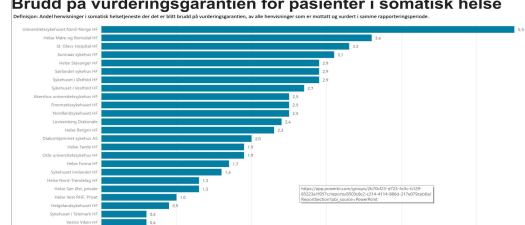
Snitt ventetid ventende (syebilksbilde)

Område	Snitt ventetid
Kirurgi	54
Medisin	84
Psykisk helsev	22

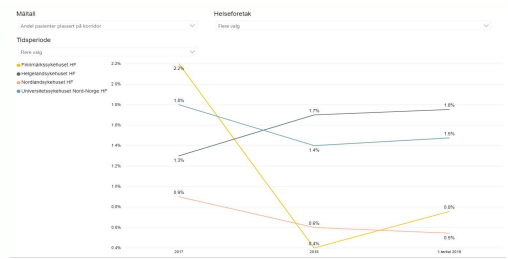
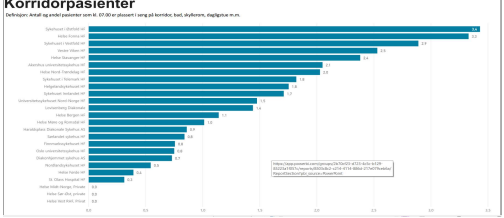
Ventetid somatisk nasjonalt 1.tertial 2019 - 3.5.3



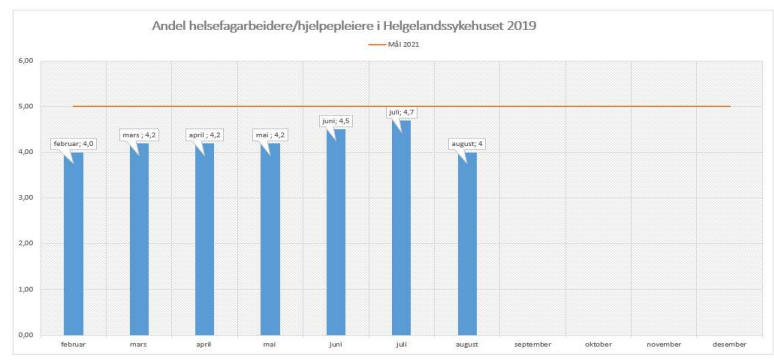
Brudd på vurderingsgaranti somatisk - 3.5.3



Korridorpatienter 3.5.4



Andel helsefagarbeidere - 07.02.2003



Lav
Middels
Høy