

2. tertialrapport 2018 for Helgelandssykehuset HF

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORRLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Innhold

1	Innledning	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	4
	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
	3.2 Somatikk	5
	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7
	3.4 Samhandling med kommuner	7
	3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	8
	3.6 Kvalitetsutvikling	8
	3.7 Pasientsikkerhet	10
	3.8 Smittevern	11
6	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	13
	6.1 Sikre gode arbeidsforhold	14
	6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	16
	7.1 Resultatkrav	19
	7.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	20
	7.3 Anskaffelsesområdet.....	20
8	Risikostyring og internkontroll	23

1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	Administrativt utarbeidet Tertialrapport: 28. september 2018 Styrebehandlet Tertialrapport (styrevedtak): 8. oktober 2018

3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

Avviklet ventetid pr august 2018 er på 56 dager, for perioden jan-aug 2018 54 dager. Ventetiden for 2017 var på 55 dager. Ventetider følges kontinuerlig opp og har lenge vært et fokusområde i foretaket.

2. Ikke ha fristbrudd.

Foretaket har 17 ventende fristbrudd pr utgangen av august 2018. Sykehusenhetene har tiltaksplaner for fristbrudd, det jobbes også aktivt for å unngå nye fristbrudd.

3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017¹.

Foretaket har ikke kommet i gang med tiltak for å redusere median tid til tjenestesart. Foretaket deltar i regionalt prosjekt «variasjonsteam».

4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

Rapporten fra RHF'et er publisert på foretakets dashboard i HN-LIS. I 2018 har foretaket overholdt i snitt ca 88% av planlagte kontakter. Ingen endring fra 2017.

5. Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).²

Pr. august	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Ventetid*	53	40	51	29
Funksjonsregnskapet**	3 %	7 %	1 %	-30 %
Aktivitet poliklinikk	5 %	-3,6 %	-2,2 %	4,0 %
* aggregert ventetid				
** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon				
*** Sammenlinget med i fjor				

Ventetidene er noe endret for områdene innen psykisk helsevern og TSB, men fortsatt er det lavere ventetid innen hver av områdene enn for somatikk. Ventetiden har

¹ Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

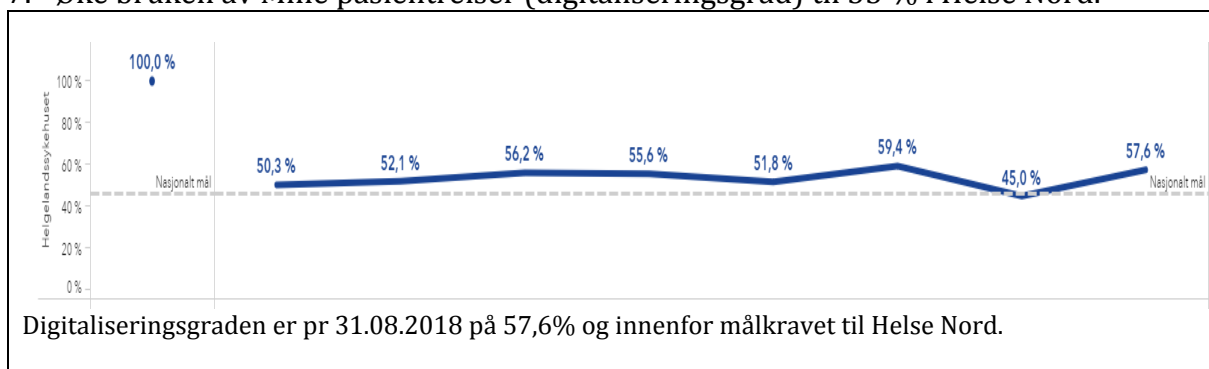
dessverre økt litt innen psykisk helsevern for barn/unge, og den er høyere enn ventetid for voksne og innen TSB.. Aktiviteten pr august er lavere enn tilsvarende i fjor, og lavere enn somatikk. Det forklares med en kombinasjon av sykefravær, rullering i forbindelse med spesialisering og ledige stillinger. Redusert kostnad på TSB, skyldes at Helse Nord har tatt over kostnad og bevilgning for privat rusbehandling.

løpet av høsten 2018 blir det gjort en total gjennomgang av tilbudene innen psykisk helsevern og TSB gjennom 3 styresaker (september - oktober - desember), med tanke på oppfylling av krav i oppdragsdokumentet og regional utviklingsplan 2016 - 2025, samt å bedre arbeidet på tvers i helseforetaket.

6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.

Informasjon om nye/endringer i LIS-avtaler distribueres jevnlig i linjen. Byttegrad for biotilsvarende på innhospital behandling er god. utfordringer knyttet til byttegrad på pasientadministrert behandling. Utsendelse av månedlig statistikk/status byttegrad innføres innen 1.10.18.

7. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.



3.2 Somatikk

Krav for 2018

1. Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Helgelandssykehuset Sandessjøen: 19%

Helgelandssykehuset Mosjøen: 10 %

Helgelandssykehuset Mo i Rana : 9%

Samlet i Helgelandssykehuset 14 %

Rutiner for registrering og rutiner for trombolysbehandling vil bli gjennomgått. Små tall gir store prosentvise utslag på tertialrapportering.

2. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Helgelandssykehuset Sandessjøen: 38%
Helgelandssykehuset Mosjøen: 75 %
Helgelandssykehuset Mo i Rana: 67%
Samlet i Helgelandssykehuset 47 %
Små tall gir store prosentvise utslag på tertialrapportering.

3. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

I Helgelandssykehuset er det nå 29 pasienter som får hemodialyse i sykehusenhetene. Det er 10 helgelandspasienter som har peritoneal dialyse i hjemmet. Det er NLSH som har behandlingsansvaret for pasientene som behandles med peritoneal dialyse. 34 % av dialysepasientene fra Helgeland har hjemmedialyse. HF-fagplan for dialyse skal utarbeides, pga økende antall dialysepasienter, behov for større samarbeid på tvers, samt tydeliggjøre samarbeidet med NLSH.

4. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

57 % av pakkeforløpene er gjennomført innen standard forløpstid for 1/1-31/8-2018. Dette målet er definert som 1 av 10 risiko-områder i HSYK som skal følges opp fremover. En er i den forbindelse igang med å se på tiltak ved å innføre pakkeforløpsansvarlig lege og hvordan følge opp avtaler for ventetid ved andre HF i Helse Nord.

5. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

Data i helseatlas.no for 2013 – 2015 viser at Helgeland har lavere rater for akuttinnleggelser og reinnleggelser pga KOLS enn landsgjennomsnittet. Noe høyere rate for polikliniske kontroller 90/10.000 vs. 83/10.000, mens lav andel gjennomført spirometri siste året 76.9/10.000 vs. 84.2/10.000. Dette vil bli fulgt opp. Rate for gjennomført lungerehabilitering er omtrent på landsgjennomsnittet. På Helgeland tar Helgeland Rehabilitering i Sømna imot pas. til lungerehabilitering. Ved mere kompleks lungerehabilitering henvises ofte pasienten til Glittreklubben. Det har ikke vært arrangert lærings- og mestringskurs til pasienter med kols eller samarbeidspartnere i regi av Helgelandssykehuset i 2018. Dette pga få henviste pasienter.

6. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolysbehandling ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).

Re-trening / kurs i trombolysbehandling for ambulanspersonell er gjennomført.

Antall trombololysebehandlinger utført av ambulansetjenesten er økt i 2018 sammenlignet med samme periode 2017.

01.01.17 til 28.09.17 er det registrert 11 trombololysebehandlinger

01.01.18 til 28.09.18 er det registrert 18 trombololysebehandlinger

7. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykelig overvekt.

Alle tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset har poliklinisk tilbud til pasienter med sykelig overvekt. Sykehusenheten i Sandessjøen har i tillegg lærings- og mestringstilbud til pasientgruppen. Tilsvarende lærings- og mestringstilbud er under planlegging ved sykehusenheten i Mo i Rana. Pasienter som sokner til sykehusenheten i Mosjøen vil få tilbud ved sykehusenheten i Sandnessjøen eller Mo i Rana.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern enn i 2017.

Helgelandssykehuset har ikke tvangsinnleggelses i psykisk helsevern. Disse registreres i Nordlandssykehuset. Ifølge Virksomhetsportalen er det registrert 17 postopphold med tvang for pasienter fra Helgeland i Nordlandssykehuset. Postopphold kan telle samme pasient flere ganger.

2. Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det har ikke vært noen avbrudd i døgnbehandling TSB i perioden.

3.4 Samhandling med kommuner

Krav for 2018

1. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
 - Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.

Helgelandssykehuset tar del i VAKe prosjektet. I Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen er dette utstyret installert i akuttmottakene, men har pt. kun blitt testet opp mot Universitetssykehuset i Nord Norge. Utstyret har ikke blitt brukt i reelle situasjoner. Ikke enda etablert bruk av vieobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og/eller fastleger

I tillegg, som tidligere nevnt skal seksjonsleder i Helsetjenesteutvikling, Kvalitets- og utviklingscenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF holde foredrag under Samhandlingskonferansen på Helgeland den 14. og 15. november, hvor tema er - *Hvordan Skype kan brukes i forbindelse med samhandling mellom sykehusene, mellom foretak og kommunene, samt mellom pasient, foretak og kommuner.*

3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

Krav for 2018

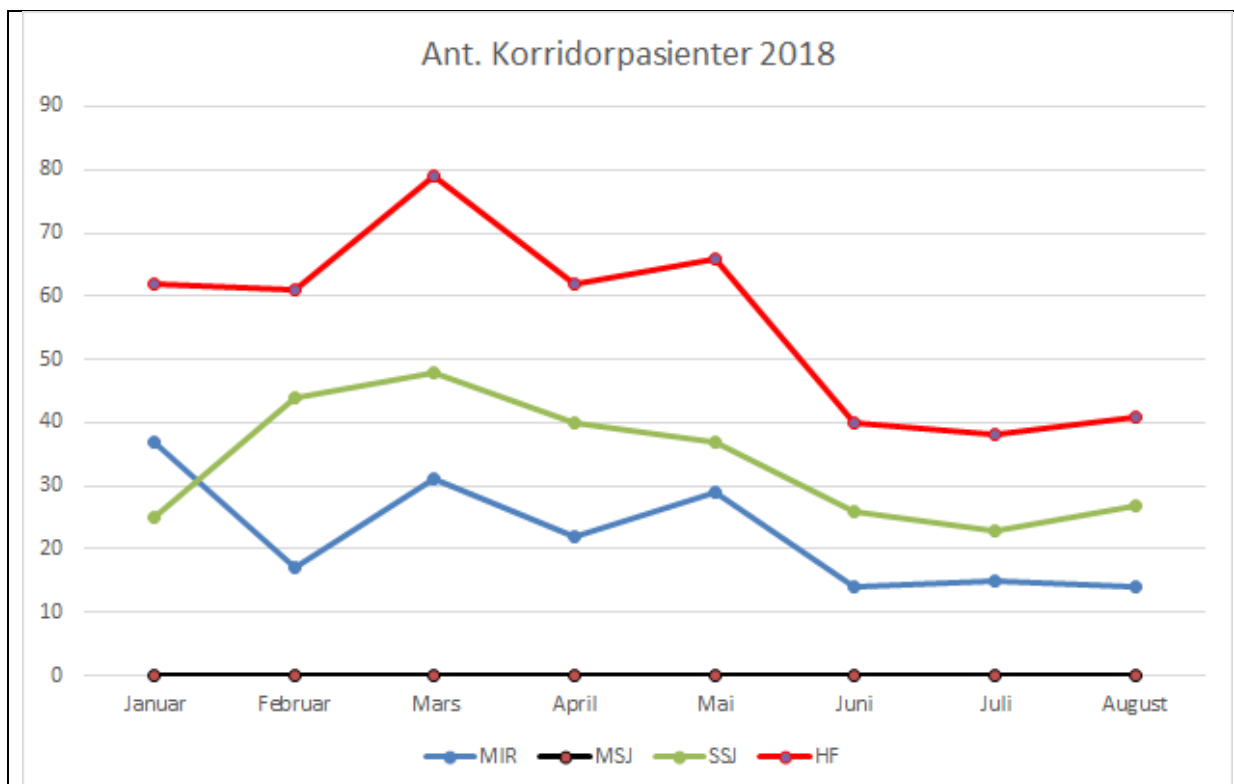
1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

Det er sendt ut avtaler til alle aktuelle avtalespesialister. 5 av 7 er signert og de øvrige 2 under avklaring.

3.6 Kvalitetsutvikling

Krav for 2018

1. Ikke ha korridorpasienter.

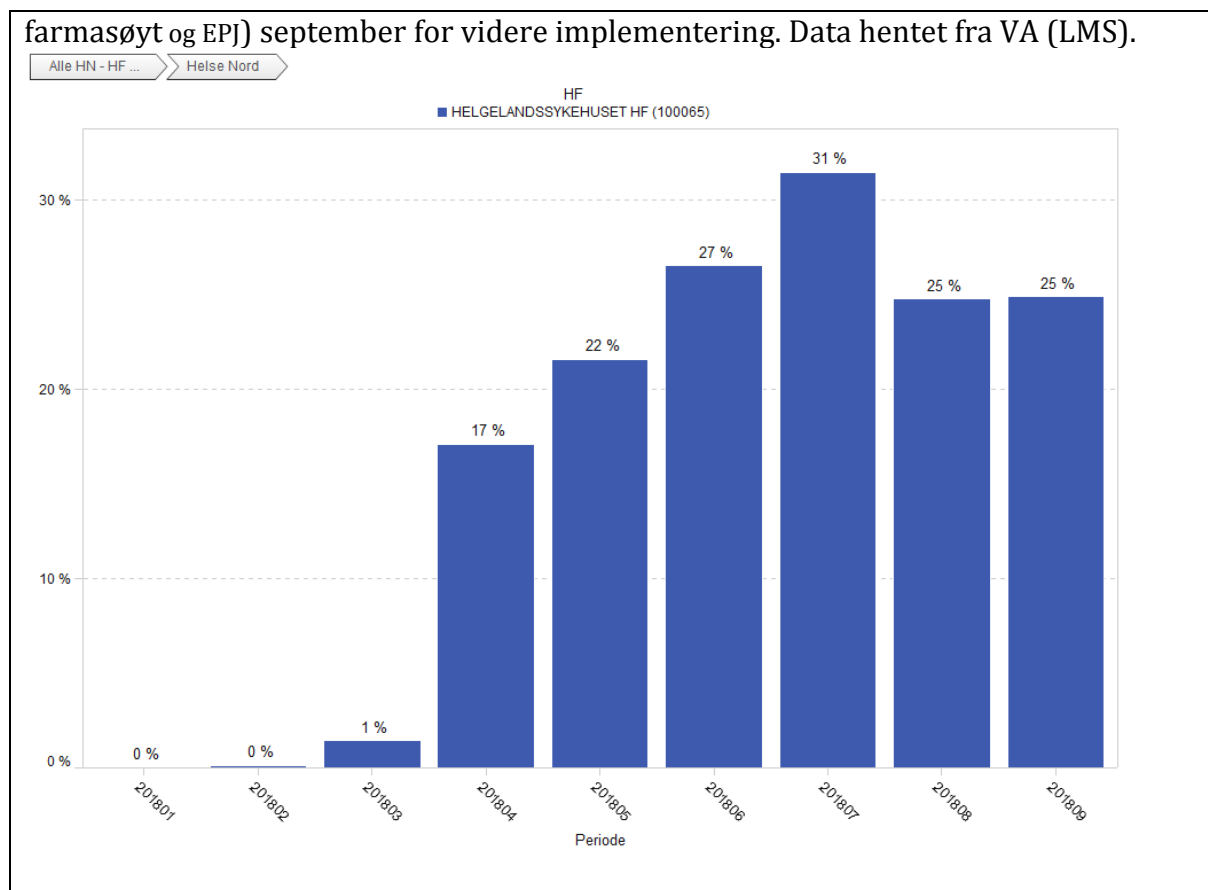


Krav er at vi ikke skal være korridorpasienter.

Utskrivningsklare pasienter er en av årsakene til korridorpasienter. Det er daglige møter mellom sykehuset og omsorgtjenesten i kommunene for å planlegge utskrivning og redusere antall utskrivningsklare pasienter

2. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Tiltak iverksatt; Opplæring leger og kontortjenesten. Pilot printkurve kirurgisk avdeling MiR. Ved sykehusenheten MiR (65% samstemt august) er det kontortjenesten som registrerer tjenestekode. Koden registreres kun dersom man har fulgt hele forløpet i ny regional prosedyre. Oppstart lokal prosjektgruppe (leger,



3.7 Pasientsikkerhet

Krav for 2018

1. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.

Status pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker

Helgelands-sykehuset	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose	Trygg kir.	Samstem	Hjerne-slag	uvi	svk	trykksår	fall	Ledelse av pas. sikkerhet	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis
Mo i Rana		1/1	1/1	6/6	1/1	2/2		2/3	2/3		2/2	1/5
Mosjøen			1/1	5/5	1/1	1/1		1/1	2/2			1/1
Sandessjøen			1/1	4/4	1/1	2/2		3/3	3/3		2/3	1/5

Fargeforklaring:

GRÅ	Tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten
RØDT	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken
GUL	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
GRØNN	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.

I løpet av høsten vil også den siste avdelingen i Sandessjøen innføre «tidlig oppdagelse»

En avdelingsleder fra sykehusenheten i Mo i Rana deltar på forbedringsutdanning som arrangeres av NLSH.

Innsatsområdet «forebygge selvmord» gjelder for akuttpsykiatriske døgnavdelinger, altså ikke døgnavdelingene i Helgelandssykehuset, men tiltak i innsatsområdene vil bli vurdert i arbeidet med gjennomgang av tilbudene innen psykiske helse i helseforetaket, jfr. pkt 3.1.5. Innsatsområdet «forebygge overdose» er bare aktuelt for rus-døgnavdelingen lokalisert i Mo i Rana.

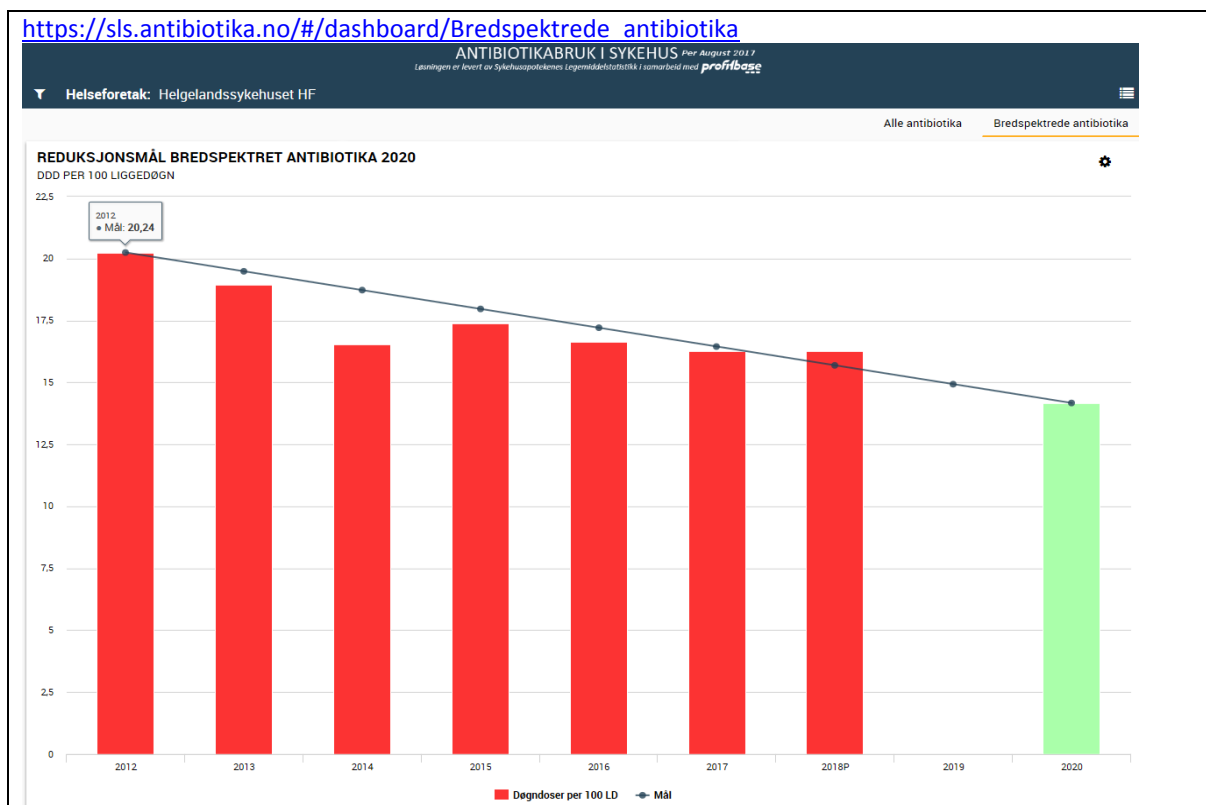
3.8 Smittevern

Krav for 2018

1. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.³

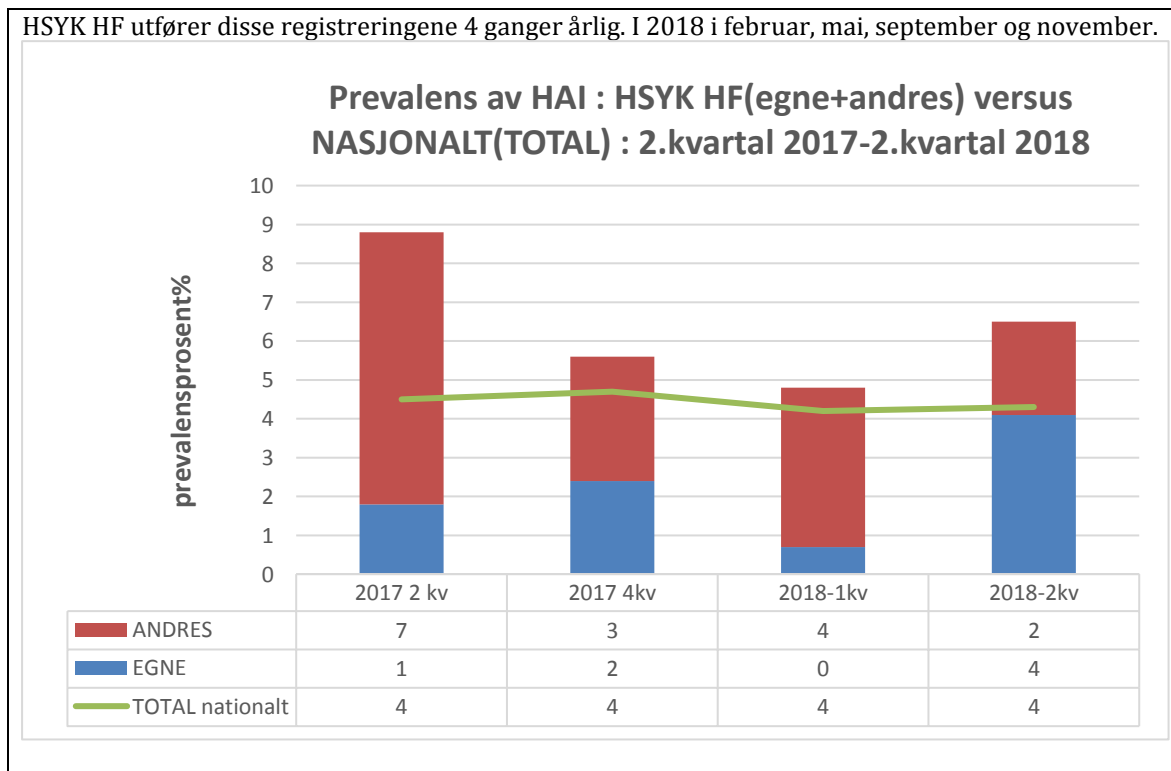
Forbruket er redusert med 19,6% sammenliknet med 2012. Tiltak iverksatt; jevnlig møter i Antibiotikateam, revidering av styringsprogram, internundervisning, utarbeidelse av prosedyrer, prevalensundersøkelser (4 gang/år), deltagelse nasjonal workshop, implementering av revurdering. Tiltaksplan oppfølging internrevisjon fra Helse Nord angående antibiotikastyring er under utarbeidelse. Data hentet fra sykehusapotekenes legemiddelstatistikk

³ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).



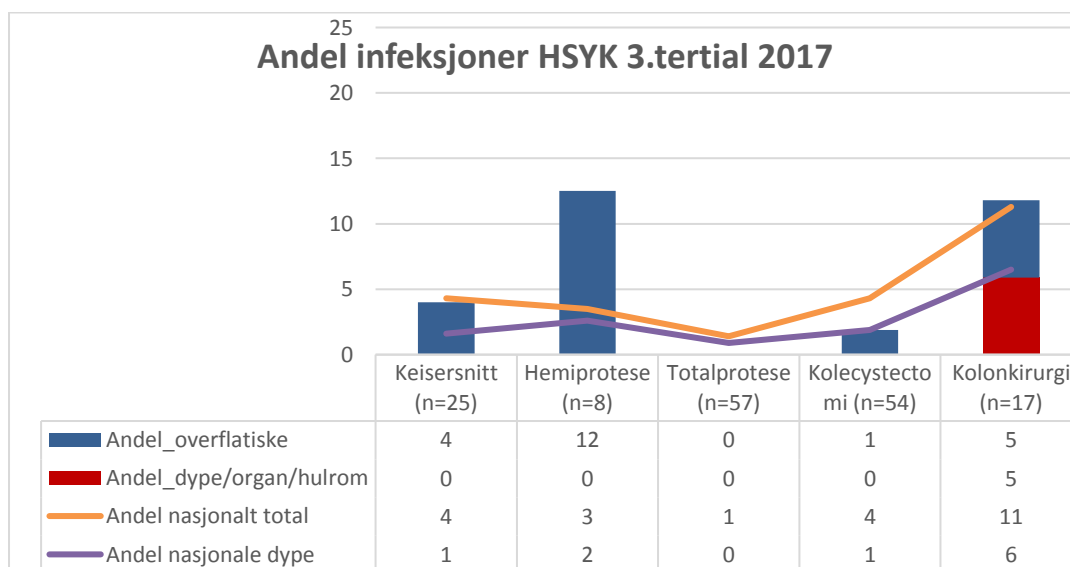
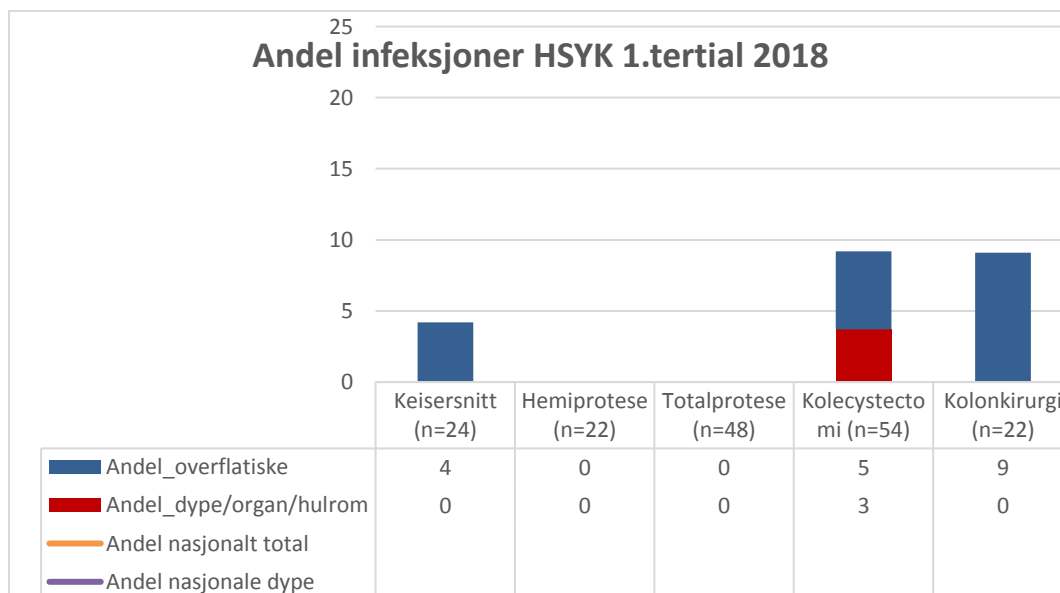
- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.

HSYK HF utfører disse registreringene 4 ganger årlig. I 2018 i februar, mai, september og november.



3. Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

HSYK HF utfører NOIS-POSI av pålagte operasjonskoder. Tallene for 2. tertial 2018 rapporteres inn til Folkehelseinstituttet 1. desember og publiseres først i mai 2019.



6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

6.1 Sikre gode arbeidsforhold

Krav for 2018

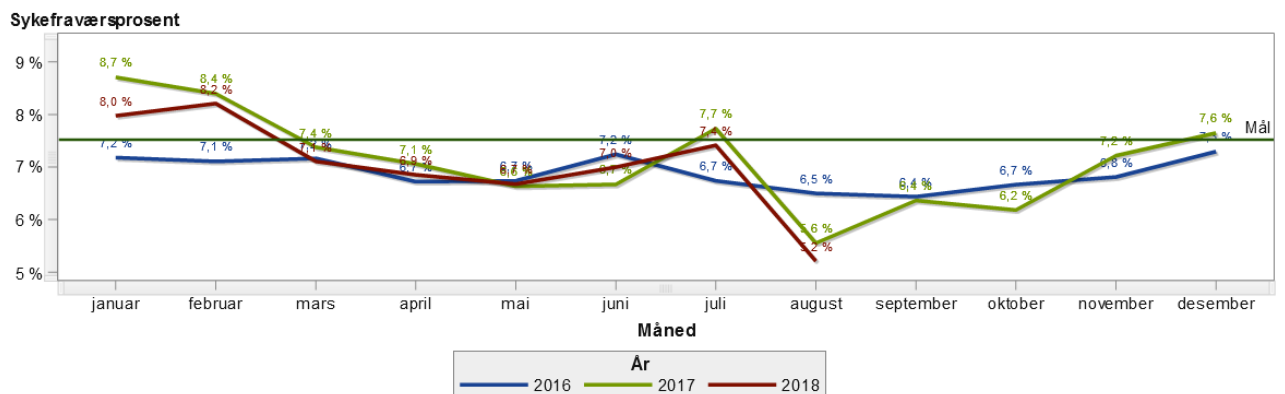
1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.

I forbindelse med innføring av pilot aktivitetsbasert bemanningsplanlegging/årsturnus vurderes grunnlaget for å tilby flere ansatte hele faste stillinger i stedet for å nytte deltidsansatte som ønsker økt stilling. i forbindelse med langtidsplanlegging av turnus vil behovet bli mer synlig enn planlegging på kortere front. Status pr d.d. er at andelen deltid i foretaket er på 34%. Utviklingen fra 2016 vil ettersendes.

Årlig mål for reduksjon av deltid må tas opp som egen sak og planlegges i løpet av høsten 2018

Formålet med å ha dette som egen sak er at foretaket må ha en felles tilnærming for hvordan nå målet om å redusere deltidsarbeidet og hva som er handlingsrommet innenfor dette området.

2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.



Gjennomsnittlig sykefravær for HF til og med juli er på 7,3%. Tar vi med foreløpige tall for august er gjennomsnittlig sykefravær 7,1%

Gjennomsnittlig korttidssykefravær for til og med juli er på 2%. Tar vi med foreløpige tall for august er gjennomsnittlig korttidssykefravær også 2%

Tiltak: Ny arbeidsmodell:

En ny arbeidsmodellmodell er under utprøving for å synliggjøre mulige rotårsaker som kan påvirke det jobbrelaterte sykefraværet i en avdeling.

- I forkant av møtet utarbeidet HR ved Team Arbeidsmiljø, et dokument, en sammenstilling av data om avdelingen som gjør det mulig å **se datagrunnlaget i en større sammenheng og helhet**. Dokumentet dannet grunnlag for dialog.
- Ved å ta tak i tilbakemeldingen fra medarbeiderne via *ForBedringsundersøkelsen*, gjennomgå innmeldte *HMS- avvik*, se på *AML brudd*, *sykefraværutvikling* samt *aktivitetstall* for avdelingen, vil det i større grad være mulig å **ta tak i mulige rotårsaker som kan påvirke det jobbrelaterte sykefraværet ved avdelingen**.
- Med dette som bakteppe, og ut fra dialog i møtet, er det noen områder som vil merke seg ut, og det kan være hensiktsmessig å iverksette tiltak: Hvert av disse temaene kan ses på som **risikofaktorer for arbeidsrelatert sykefravær**.

Det vil bli gjennomført dialogmøter i alle avdelingen som har sykefravær rundt 10% for å se på mulig forbedringstiltak.



Tiltak: Kurs/dialogmøter for ledere

Det er utarbeidet et internt opplegg, og gjennomført en kursrekke som tar opp temaene:

- Oppfølgingsplan
- Tilretteleggingstilskudd
- Foreldrepermisjon
- Fritak fra arbeidsgiverperioden
- Arbeidsavklaringspenger og egenmelding
- Verd å vite om digital sykemelding
- Nærværskultur og bistandsmuligheter



ia inkluderende arbeidsliv



Tiltak under planlegging: Kurs/dialogmøter for ledere



Kurset er under utarbeidelse i samarbeide med NAV Arbeidslivssenter. Opplegget er for ledere. Planen er å gjennomføre dette i løpet av høsten 2018 ved enheten Mo, Mosjøen og Sandnessjøen.

6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

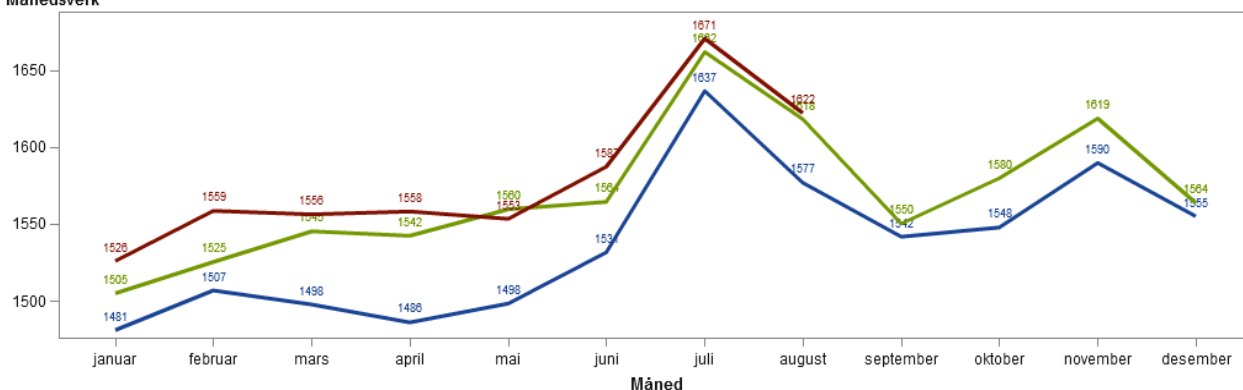
Krav for 2018

1. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.

Foretakets bemanningsbehov for 2018 er i budsjettet uttrykt i gjennomsnittlige planlagte forbrukte årsverk per måned. For at plantallene skal være mest mulig i tråd med rapporttallene er også langtidsfravær som er kjent allerede under høstens budsjettprosess inkludert i bemanningsplanen. Deretter brukes et forholdstall opp mot fastlønn for å stipulere forventet forbruk av variable årsverk.

Gjennomsnittlig forbruk per måned i årets to første tertial viser (graf sammenligner med tidligere år, tabell sammenligner med plantall for 2018):

Månedsverk



Periode: januar august

Enhet	Fastlønn			Variabellønn			Totalt		
	Budsjett	Forbruk	Avvik	Budsjett	Forbruk	Avvik	Budsjett	Forbruk	Avvik
MIR	467,27	476,96	9,69	39,37	38,19	1,18	506,64	515,15	8,5
MSJ	253,66	244,73	8,93	17,20	19,15	1,95	270,86	263,88	6,9
SSJ	368,17	374,21	6,04	30,42	38,62	8,20	398,59	412,83	14,2
Drift & eiendom	105,26	107,39	2,13	17,51	15,54	1,97	122,77	122,93	0,1
Prehospitale tje	168,78	171,05	2,27	28,69	32,27	3,58	197,47	203,32	5,8
Fellesområdet	62,69	60,61	2,08	0,65	0,32	0,33	63,34	60,93	2,4
Foretaket	1425,83	1434,95	9,12	133,84	144,09	10,25	1559,67	1579,05	19,3

Som tabellen viser har vi i første halvdel av året ligget noe under plantall for faste årsverk (ca 11 årsverk). Med økningen i juli og august snitter vi så langt vel 9 årsverk over plan for faste årsverk, samt vel 10 variable årsverk over plan – til sammen ca 19 årsverk mer enn budsjettet.

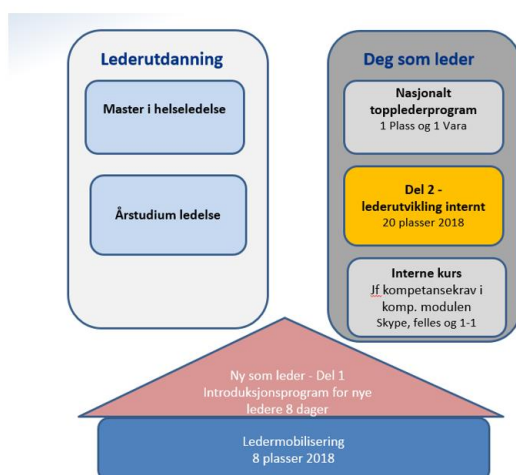
I tillegg til kurs og fagsamlinger utarbeider Helgelandssykehuset en årlig plan for videreutdanning. Tabellen under viser et øyeblikksbilde pr august 2018 for status pågående videreutdanning som er startet før 2018, utdanning som ble planlagt for 2018 (foretakets årlige kompetanseplan), og status for gjennomføring av denne:

Status videreutdanning.			
	Antall deltakere på utdanning nå, som har startet opp før 2018	Planlagt antall deltakere på videreutdanning med oppstart høst 2018	Faktisk antall deltakere på videreutdanning som startet høsten 2018
ABIOK (Spesialutdanning av sykepleiere)		10	12
Nyresykepleier		3	2
Øyesykepleier	1		
Lungesykepleier		1	
Gastro		1	
Sårsykepleier		2	
Urosykepleier		1	
Stomisykepleier		1	
Testtekniker		1	
<u>Mentaliseringsbasert terapi</u>			2
Psykisk helse og rus	4	1	
CT- røntgen		1	
MR- røntgen		1	1
MR-røntgen Master	1		
Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser		1	1
IGA gruppeveiledning	1		

2. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling.

HR har utarbeidet ramme for lederutvikling i Helgelandssykehuset som er vedtatt i ledergruppen.

Rammer for lederutvikling i Helgelandssykehuset



To av programkonseptene er utviklet internt. Disse er:

Del 1, Ny som leder.

Gjennomføres årlig over 8 dagssamlinger i perioden januar til mai.
Omfatter: Systemopplæring, organisasjonsforståelse og forventninger til lederrollen.

Del 2, LeDeSe

Et lederutviklingsprogram som går over 6 dagssamlinger over 1 år, med oppstart 30. oktober 2018. Ledere som deltar i programmet arbeider samtidig med et forbedringsprosjekt/tiltak i egne avdeling. Programformen vil kunne gi støtte til leder underveis i eget forbedringsarbeidet.



Programinnhold:

Dag1: Administrerende direktørs forventninger til ledere i Helgelandssykehuset
Innføring og refleksjon – forbedringsarbeid ved Merete Postmyr, RO

- Dag2: Verktøy i forbedringsarbeid, Merete Postmyr, RO
- Dag 3: Mitt handlingsrom som leder ved Spekter
- Dag 4: Utviklingssamtalen ved HR og ledere i foretaket
- Dag 5: Styrkebasert tenkning, ved Lisa Vivoll Straum, MIND
- Dag6: Konfliktforebygging og håndtering ved HR/Team Arbeidsmiljø, Eva Sørdal og Heidi Lysfjord

Når programmet er gjennomført tilbys gruppene å fortsette i nettverksgrupper som HR/Team Arbeidsmiljø tilrettelegger for, og følger. Det er planlagt 3-4 nettverksmøter pr år, ca 4 timer pr gang. I nettverksgruppen vil det bl.a. gis innføring i kollegaveiledning



7 Innfri økonomiske mål i perioden

7.1 Resultatkrav

Krav for 2018:

1. Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:
 - Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.
 - Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.
 - Satsing på klinisk farmasi.
 - Innkjøp.
 - Innføring av nytt sak-/arkivsystem.
 - Innføring av kompetansemodule i personalportalen.

På grunn av økte kostnader til lønnsoppgjør og foreløpig prognose fra resultatene har det vært nødvendig å ha en ordentlig gjennomgang i forhold til måloppnåelse på resultatkravet. Dette har resultert i ekstra tiltak som skal gjennomføres i høst slik at prognosen med et overskudd lik resultatkrav på 20,0 mill.kr opprettholdes. Tiltakene iverksettes umiddelbart og det forventes positiv effekt av disse i høst. Tiltakseffekten på de øvrige tiltakene er pr. august er på 15,2 mill.kr. Dette gir et tiltakseffekt på 50 %.

- **Innføring av felles kliniske system**
Deleffekter:
 - SMS-varslings: 0,8 % reduksjon i «Ikke møtt» til polikliniske konsultasjoner ift tilsvarende periode i 2016, tilsvarer ca. 1.000 konsultasjoner
 - Innføring av innsjekk/utsjekk oktober 2018
 - Omfattende bruk av felles og delte prosedyrer for EPJ
 - Kvalitetshevning pga
 - Felles EPJ
 - Medikamentmodul og e-resept
 - Kjernejournal
 - Røntgen: Felles Sectra muliggjorde etablering av felles vaktordning fra mars 2016, der også NLSH deltar.
 - EPJ-kvalitetsindikatorer «Åpne dokumenter < 14 dager» og «Åpne henvisningsperioder»: God oversikt og regelmessige rapporter til linjeledere, men fortsatt for mange restanser.
 - God HF-oversikt over ventetider, fristbrudd og andre kvalitets- og pasientrettighetsindikatorer.
 - Standardisering av brevmalen – videreutvikling gjennom «Klart språk»
 - God erfaring med bruk av «Min pasientjournal» - pasientenes tilgang til egen journal via Helsenorge.no.
- **Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon:**
Pr. dags dato er ikke prosjektets forventede økonomiske gevinster realisert. Kostandene til saksbehandling av reiser uten rekvisisjon har økt til tross for at foretaket har digitaliseringsgrad i henhold til målsettingen.

- **Satsing på klinisk farmasi:** I hht opptrappingsplanen for klinisk farmasi har HSYK fått fordelt 1 stillingshjemmel til klinisk farmasi. Per i dag er det 1,7 stillingshjemler fordelt til klinisk farmasi, fordelt på de tre enhetene.
- **Innkjøpsprosjektet** som resulterte i en strategi og plan for Innkjøp 2021 er kun i startfasen. Foreløpig er det mye ressurser som benyttes til møtevirksomhet og det er få konkrete resultater som kan karakteriseres som gevinstrealisering/nytteverdier. Samtidig ser vi at oppmerksomheten er rette på området fra alle nivåer og dette vil i seg selv bidra til å kunne forankre arbeidet i organisasjonen.
- **Innføring av nytt sak-/arkivsystem:** 1. Mer effektiv administrativ saksbehandling (reduert ressursbruk). 2. Økt dokumentfangst i henhold til lov og forskrift. 3. Høyere kvalitet på saksbehandling.
Innføring av kompetansemodule i personalportalen: Med få unntak har alle ledere på avdelingsleder- og områdesjefnivå deltatt på opplæring i bruk av kompetansemodule. I hvor stor grad kompetansemodule er tatt i bruk varierer fra avdeling til avdeling. Enhet Sandnessjøen har flest brukere, og i de avdelingene systemet er tatt i bruk har vi fått økt kvalitet i dokumentasjon av gjennomførte obligatoriske opplæringer.

7.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Krav for 2018:

1. Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.

Helgelandssykehuset deltar i prosjektet integrasjon av Medusa og Clockwork. Medusa er implementert både for medisinteknisk utstyr og på Behandlingshjelpemidler. Det er imidlertid gitt beskjed til Helse Nord at det er ikke lenge tilgjengelig koordinerende ressurs for Medusa og Helse Nord er dermed ikke delaktig i de nasjonale forvaltningsrådet for Medusa.

7.3 Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

Krav for 2018:

1. Samordning
 - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
 - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
 - Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Helgelandssykehuset har utarbeidet en behovsliste som skisserer investeringsbehovene på MTU. Denne vil danne grunnlag for investeringsplan og anskaffelsesplan for investeringsanskaffelser for Helgelandssykehuset. Denne vil bli

sendt innen 1. oktober. Investeringsplanen inngår i anskaffelsesplanen i tillegg til at det meldes inn kontinuerlig behov for rammeavtaler på områder hvor det ikke er avtaledekning i dag, eller avtaler utgår. Utarbeidelse av fireårig handlingsplan på anskaffelsesområdet har vi ikke hatt ressurser å prioritere, men gjennom systematisk behovskartlegging vil vi trolig kunne innfri denne innen 31.12.2018.

Oppfølgingsspørsmål:

1) I hvilken grad er Helgelandssykehuset i stand til å synliggjøre sine anskaffelsesbehov for 2019 utover det som fremkommer av investeringsplan på et tidspunkt som gjør det mulig for Sykehusinnkjøp å levere en plan tilbake til oss innen 1.12.2019? Svar: Ledermøtesak vedrørende anskaffelsesplan er meldt inn til ledergruppa og vil bli behandlet 9.10.2018. Arbeidet med å ferdigstille prioriteringslisten pågår og neste møte i arbeidsgruppen er planlagt 10.10

2) Systembruk: Helgelandssykehuset har utarbeidet en plan som synligjør aktiviteter og prioriteringer av avdelinger for implementering av CW. **Helse Nord RHF ber om at denne planen oversendes som en del av tertialrapporteringen. vedlegges**

2. Systembruk

- Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
- Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.
- Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

Finnmarkssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Helgelandssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Helse Nord IKT

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Nordlandssykehuset

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Sykehusapotek Nord

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

Helgelandssykehuset har utarbeidet en plan som synligjør aktiviteter og prioriteringer av avdelinger for implementering av CW. Det er fokus på implementering fra ledergruppe og enheten for Drift og eiendom vil i neste tertial gjennomføre aktiviteter for å sikre implementering av systemet med fokus på områdene: renhold, kantine/kjøkken og tekniske tjenester

Helgelandssykehuset status foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset

1. Varekjøp 50 % av scope = Resultat 61,7% av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope = Resultat 1,7% av scope

3. Samhandling internt

- Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
- Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
 - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

Helgelandssykehuset bidrar i all hovedsak med fagkompetanse til relevante anskaffelsesprosjekter

4. Samhandling eksternt

- Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1.juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.

Midlertidig samarbeidsavtale er ikke inngått og etablering av permanent avtale er ikke planlagt i 2. kvartal. Det gjennomføres sporadiske oppfølgingsmøter med fagansvarlig for divisjon Nord. Det er fortsatt ikke etablert system for oppfølging av prosjekter

Plan for etablering av samarbeidsavtale/strategisk samhandlingsarena.

8 Risikostyring og internkontroll

Krav for 2018:

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2
- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
- Informasjonssikkerhet
- Klima og miljø
- Beredskap
- Risikostyring

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter

HSYK skal 02.10.2018 gjennomføre ledelsens gjennomgang/risikostyring innen alle de ovennevnte områdene.

Forøvrig har Helgelandssykehuset fokus på 10 definerte risikoområder der status og behov for tiltak gjennomgås tertialvis:

1. Ikke fristbudd
2. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
3. Økonomisk resultat i tråd med plan
4. Rekruttering
5. Akuttfunksjon psykisk Helse
6. EPJ indikatorene
7. Gjennomføring av investeringsplan MTU
8. Implementering av teknologi og IKT-prosjekter
9. Oppfyllelse av den gylne regel
10. Spesialistutdanning for leger (LIS 2 og LIS 3)

Rapport med ledelsens gjennomgang oversendt Helse Nord 05.10.2018