

Møtedato: 24 mars 2020
Arkivnr: 20/26

Saksbeh/tlf:
Fred A. Mürer / 75125127

Mo i Rana, 17.03.2020

Styresak 18 - 2020 Årlig melding 2019 Helgelandssykehuset HF

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret viser til den vedlagte rapporten med vedlegg, og vedtar denne som Årlig melding fra Helgelandssykehuset HF til Helse Nord RHF for 2019.

Formål:

I denne saken presenteres Årlig melding 2019 fra Helgelandssykehuset HF til Helse Nord RHF, (vedlegg 1 - 3).

I saken er det også lagt til en oversikt over gjennomførte tilsyn fra eksterne tilsynsmyndigheter og internrevisjonen i Helse Nord i 2019, (vedlegg 4). Der er også lagt til en oversikt over saker fra Helgelandssykehuset meldt til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), i 2019, (vedlegg 5).

Bakgrunn/Sammendrag:

Årlig melding gis i en excel-mal fra Helse Nord RHF som er dekkende for den rapporteringen som skal gis. Malen følger rapporteringspunktene i oppdragsdokumentet samt en del av punktene i vedleggene til dokumentet, og helseforetakets rapportering på de enkelte punktene er satt inn i rapporten på hvert enkelt punkt. For de aller fleste punktene er det angitt helseforetakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for hele året.

Rapporten ble oversendt administrativt til Helse Nord RHF i tråd med fristen 06.02.2020. Det er ikke kommet tillegsspørsmål fra Helse Nord etter over oversendelsen.

Årlig melding er ikke underlagt drøftingsplikt med foretakstillitsvalgte (FTV), men FTV ble orientert om innholdet i meldingen i FTV-møte 10.02.2020.

Gjennomsnittlig ventetid ble redusert fra 51 dager i 2018 til 49 dager i 2019. Helseforetaket oppfyller den gyldne regel for aktivitet, ventetider, og kostnader.

Helseforetaket oppfyller styringsmål for andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp, mens andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid i 2019 er under kravet på 70 % (63 %). Dette er en bedring fra 2018 da resultatet var 58 %. Noe av manglende måloppnåelse skyldtes flaskehals i forbindelse med undersøkelser som må foretas ved andre helseforetak i regionen, og det er iverksatt tiltak for å løse disse utfordringene.

Generelt leverer Helgelandssykehuset godt i forhold til kravene i Oppdragsdokumentet. Krav med restanser vil bli fulgt opp i 2019. Av 89 krav er måloppnåelsen høy for 35 av kravene, middels for 39 og lav for 11. 4 av kravene var ikke aktuelle i 2019.

Eksterne tilsyn og internrevisjoner fra Helse Nord 2019

Det er i 2019 utført til sammen 24 internrevisjoner fra Helse Nord og tilsyn fra eksterne tilsynsmyndigheter. 9 av dem er lukket/avsluttet, mens 156 fortsatt er under behandling. Det vises til summarisk oversikt i vedlegg 3.

Norsk Pasientskadeerstatning - saker fra Helgelandssykehuset 2019

Det var 48 nye saker fra Helgelandssykehuset hos Norsk Pasientskadeerstatning i 2019. 54 % av disse var innen ortopedi. Dette er fordeling som i de andre helseforetakene i landet. 11 saker er ferdigbehandlet pr 09.03.2020. Av disse er det gitt medhold i 6, mens i 5 saker er det gitt avslag.

Mo i Rana, 17. mars 2020

Hulda Gunnlaugsdottir
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årlig melding 2019
2. Årlig melding 2019 - grafer og tabeller
3. Årlig melding 2019 - skjema punkt 4.4.2
4. Eksterne tilsyn, og internrevisjoner fra Helse Nord
5. NPE-saker 2019

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Styresak 18/ 2020 Vedlegg 1	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
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	De prosjektene/programmene Helgelandssykehuset deltar i er normalt regionalt forankret (noen nasjonalt). Disse prosjektene/program er initiert av Helse Nord RHF og/eller Helse Nord IKT og forutsettes kvalitetssikret i tråd med regionale og nasjonale prinsipper for arkitekturstyring, samhandling og standarder. Av lokale innføringer er dette knyttet opp mot anskaffelser, oftest med tekniske behov, hvor utstyr/system skal kommunisere mot allerede etablerte standarder.	Høy	
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 måletsetningen om å overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Se resultater i Grafer og tabeller (tall fra VA). Man ser altså en økning i "passert planlagt tid" sammenliknet med 2018. Det er forskjeller mellom sykehusenhetene. For 2017 overholdt man i snitt 88% av avtalene. Det arbeides systematisk med å redusere fristbrudd. Heriblant rydding og oppfølging av ventelistene slik at disse til en hver tid er reel. Det har også vært arbeidet med felles forståelse av hva indikatoren innebærer slik at registreringer blir riktig og lik. Enkelttiltak vil være fokus på inntak, prioritering av operasjoner, avklaringer rundt fravær, sikre drift på poliklinikk og unngå å måtte avbestille pasienter. Her har bl.a med.området Mo i Rana startet "prosjekt venteliste 2021" fra nov. 2019, hvor en egen arbeidsgruppe blant annet rydder og prioriterer i listene. Det må også videre arbeides med å redusere variasjonen, både internt på enhetene og mellom enhetene. I dag ryddes ventelistene på 3 enheter. Sannsynlighet for at variasjoner opprettholdes anses dermed som sannsynlig. Avklaringer mellom fagmiljøene kan dog bidra til redusert variasjon. Sentrale tema videre arbeid kan være: hvordan henvisninger vurderes? Hvilke pasienter skal kontrolleres? Hvordan skal ventelistene organiseres? Det pågår et arbeid med etablering av felles inntakskontor der disse punktene inngår i arbeidet.	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	For 1. og 2 tertial har Helgelandssykehuset redusert median tid til tjenestestart sammenliknet med 2018. Og sammenliknet med de andre HF-ene i Helse Nord kommer HSYK best ut på denne variabelen. 1. tertial; 2019; 41 . 2018; 47 2.tertial; 2019; 41 . 2018; 45 3.tertial; 2019; (ikke tilgang til tall for perioden). 2018; 38 (Tall fra Helsedirektoratet) HSYK deltar i regionalt prosjekt "variasjonsteam".	Høy	
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	Følgeteam er opprettet i Brønnøysund. Følgeteam planlegges opprettet i Mo i Rana 2020. På grunn av lang ventetid på fly for denne pasientgruppen ser prehospital enhet på mulighet for opprettelse av dedikert bilteneste for å redusere ventetid og transporttid.	Høy	
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	5	Sette egne mål for vesentlig økt antall e-helsekonsultasjoner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Det er foreløpig ikke satt egne mål for økt antall e-helsekonsultasjoner, men e-helsekonsultasjoner innpår som en del av innovasjonssamarbeid med kommunene og andre eksterne parter.	Lav	
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	6	Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Prisinformasjon og anbefalinger er gjort kjent for aktuelle ansatte. Det er opprettet nytt meny punkt på intranett med link til divisjon legemidler sin nettside (med til enhver tid gjeldende avtaler og anbefalinger om førstevalg) samt intern kontaktinformasjon ved spørsmål om kostbare legemidler. Det er opprettet egen prosjektgruppe for oppfølging av kostbare legemidler. Det er fortsatt besparelsesforbedringspotensial for enkelte virkestoff.	Middels	
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	7	Sikre god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	En forsøker å ha fokus på overgangene fra BUP til VOP, i de tilfeller BUP ikke selv følger pasienten utover fylte 18 år. Det samme fokus gjelder innen somatikk.	Middels	
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	8	Tilrettelegge for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det, er en forutsetning for å ivareta reell medvirkning. Samiske pasienters rett til og behov for tilretteleggede tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandssykehusets retningslinjer/prosedyrer for tolketjenester er utarbeidet fra Helse Nord-avtalen med Salita, tolke og translatørtjeneste. Prosedyren PR 45135 beskriver bruk av nordsamisk tolk. Helgelandssykehuset har henvendt seg til Finnmarkssykehuset, som har ansvar for samisk tolketjeneste, vedr. status på arbeidet med å sikre den sørsamiske befolkningen kvalifisert tolketjeneste. Vi har ikke mottatt svar og vil følge dette opp.	Høy	
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	9	Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding	Helgelandssykehuset deltar med ressurser i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester. Så langt planlegges det for å ta i bruk dialogtjenester med pasient om timer. Når prosjektet er klart vil vi også ta i bruk dialogtjenester mellom allmennleger og avtalespesialister. Tidspunkt for innføring avhenger også av andre store prosjekt (DIPS Arena og Elektronisk kurve, EK).	Høy	

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	10	Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding	Erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester; Helgelandssykehuset benytter Skype som en digital videoplattform. Her kan nevnes at vi bl.a. har ortoperer som bruker Skype/Video som kommunikasjonsverktøy mellom leger og pasienter. I tillegg benyttes avstandsoppfølging av pasienter med Obstruktivt Søvnapnoesyndrom (OSAS) som behandles med CPAP. Lungesykepleier ved Helgelandssykehuset Mosjøen tilbyr denne avstandsoppfølgingen, og fra medio februar -19 til og med medio oktober -19 er 70% av kontrollene tatt vha. avstandsoppfølging.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	1	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet 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	For resultater Grafer og tabeller (tall fra VA). Gjennomsnittlig ventetid alle områder: 2019: 49 dager, 2018: 51 dager. Etablering av felles inntakskontor vil kunne bidra til bedre utnyttelse av ressursene og redusert ventetid for pasientene. 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	2	Utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	En regional redaksjonskomite, med representanter fra de kliniske miljøene ved foretakene, og ledet fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen, har utarbeidet forslag til sjekklister, jfr. oppdraget. Sjekklister ble sendt på høring til alle sykehusene i Helse Nord. I etterkant av høringen ble listene ferdigstilte og oversendt Helse Nord. Det oppfordres til at sjekklister formaliseres på RHF-nivå og anbefales brukt som veiledende i sykehusenes kvalitetsarbeid i akuttmottakene.	Høy
RHF	3.2 Somatikk	3	Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Se tekst i Grafer og tabeller	Lav
RHF	3.2 Somatikk	4	Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlas, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skuldeoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Det er ikke uønsket variasjon når det gjelder skuldeoperasjoner eller meniskoperasjoner totalt for pasienter fra Helgelandssykehuset. Meniskoperererte > 50 år: Data for 2019 vil bli kontrollert. Fjerning av mandler: Pga høyt forbruk 2015 - 2017 er det foretatt en revisjon mht indikasjon, og data for 2019 vil bli oppsummert mtp om de iverksatte tiltak er tilstrekkelige.	Middels
RHF	3.2 Somatikk	5	Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlas, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Prosedyrer er gjennomgått ved sykehusene, men resultater fra 2019 foreligger ikke enda. Dette vil bli fulgt opp i 1. tertial 2020. Det er ikke avtalespesialister i gynekologi i opptaksområdet for Helgelandssykehuset.	Lav
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	Helgelandssykehuset har ikke nådd målsetning om 70% gjennomført innen standard forløpstid for alle kreftformene. Men man ser en bedring fra 2018. Tall for 2019 hentet fra Helsedirektoratet, 2018-tall oppgis i parentes. Alle behandlingsformer: 63% (59%) - Tykk-og endetarm; 73% (68%) - Lunge 59% (41%) - Blærekreft 94% (89%) - Prostata 48% (41%) - Føflekkreft 100% (84%) Grunnet små tall oppgis ikke resultater for resterende pakkeforløp. Forløpskoordinatorer rapporterer at tiltak for å nå målet om forløpstid bl.a. innebærer avviksrapportering ved fristbrudd. Man leverer også månedlig rapport til områdesjefer med oversikt over fristbrudd, oversikten inkluderer også årsak til fristbrudd. For noen av pasientforløpene skyldes manglende måloppnåelse ventetid i samarbeidende helseforetak bl.a. grunnnet ventetid prøveanalyser og ventetid bildediagnostikk.	Middels
OD HOD	3.2 Somatikk	7	Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysbehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	40 % av hjerneslag pasientene i Helgelandssykehuset får trombolysbehandling 40 minutter etter innleggelse. Forbedring av resultatet vil ha fokus i 2020.	Lav
OD HOD	3.2 Somatikk	8	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Se graf i Grafer og tabeller. Flere tiltak er utprøvd og flere er under arbeid: • Bedre planlegging av utreise, sette tentativ dato. • Kommunikasjon med kommunene, forberede de på utskrivningsklare pasienter • Selektere bedre i akuttmottak. Må pasienten legges inn? Hvis lang reisevei, kan pasienten ta inn på hotell og komme poliklinisk dagen etterpå? • Det jobbes med kartlegging av innleggelses rutiner. Vi har sett på liggetid – dette skiller seg ikke ut fra gjennomsnittlig liggetid innad i Helse Nord eller på landsbasis. Det er mer omfattende å kartlegge pasientgrupper / fagområder for seg, og sammenligne nasjonalt. • Samarbeidsmøter på tvers av avdelingene, både for å benytte kompetanse på tvers og få brukt eventuelle ledig kapasitet på andre avdelinger.	Middels
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	Gj.snitt for Mo i Rana: 42.5%, Mosjøen: 37.9% og Sandnessjøen: 36.4%. Tot. gj.snitt for Helgelandssykehuset: 39.2%. Flaskehals kartlegges mtp. bedring i 2020. Se graf i Grafer og tabeller.	Lav

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
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	For utfyllende rapportering se tekst i Grafer og tabeller.	Høy
OD HOD	3.2 Somatikk	11	Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Slik behandling utføres ikke i Helgelandssykehuset, og det er heller ikke registrert dekning av utgifter til slik behandling for pasienter fra Helgeland foretatt i regi av andre HF'er i 2019.	Høy
OD HOD	3.2 Somatikk	12	Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Ansatte i Helgelandssykehuset arbeider målrettet for å registrere skadedata. Det er foreslått forbedringstiltak til DIPS for å kvalitetsikre registreringsprosessen. Helgelandssykehuset deltar i regionale møter om pasientskaderegistering.	Høy
FTP HOD	3.2 Somatikk	13	Planlegge å ta i bruk ny melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for eHelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding	DIPS har dette som en prioritert oppgave, men funksjonaliteten ligger i en fremtidig versjon og er ikke tilgjengelig enda.. Mest sannsynlig lanseres dette i versjon 20.1, som er planlagt tatt i bruk sept.2020 eller versjon 20.2 som lanseres i januar 2021.	
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	Kostnadene er høyere innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk, det meste av dette skyldes nok økning i gjestepasientutgifter. Aktivitet er høyere for psykisk helsevern og TSB hver for seg, enn for somatikk. Når det gjelder ventetider har psykisk helsevern for voksne og TSB kortere ventetid enn somatikk, mens psykisk helsevern for barn og unge har lik ventetid. Se tabell for gyldige regler i Grafer og tabeller.	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	Gjennomsnittlig ventetid i 2019 hentet fra Virksomhetsportalen: psykisk helsevern for voksne 42 dager, psykisk helsevern for barn og unge 48 dager, TSB 35 dager.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 80%.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 80%.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 80%.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 80%.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 80%.	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	Det er ikke mulig å ta ut rapport på andel gjennomført innen forløpstid, men vi mener å være innenfor krav på minst 60%.	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	32,3% av epikrisene er sendt innen 1 dag. Arbeidet med å eliminere flaskehals vil bli prioritert i 2020.	Lav
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10	Redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandssykehuset har ikke pasienter med tvangsmiddelvedtak innlagt i DPS-avdelingene.	
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	Helgelandssykehuset har oppnevnt forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innen områdene BUP, VOP og TSB. Disse arbeider i tett kontakt med den enkelte avdelingsleder. Det er ansatt forløpskoordinatorer ved alle geografiske lokasjoner.	Høy

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
RHF	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	13	Innen 1. juni 2019 etablere døgnkontinuerlige akutttjenester.	HSYK	2. tertial og Årlig melding	Helgelandspsykehuset har ikke etablert døgnkontinuerlige tjenester slik som planlagt. Helseforetaket har telefonordning gjennom døgnet, men det er ikke mulig med spesialistvurdering utover ordinær arbeidstid. Det gjennomføres nå forhandlinger med Legeföreningen ifht turnus, kjøp av utvidet arbeidstid (UTA), og avklaring av andre avtalemessige forhold. Døgnkontinuerlig vaktordning etableres ila første halvår 2020.	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 har vært samarbeidsmøter mellom Helgelandspsykehuset og Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS). Det skal også lages ny samarbeidsavtale om dekning av relevant spesialistkompetanse fra Helgelandspsykehuset. Det har også vært samarbeidsmøte med Valesnesfjord Helseportsenter.	Høy
RHF	3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	2	Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Pt ikke deltakelse i pilotprosjekter. Svært få avtalespesialister i opptaksområdet i Helgelandspsykehuset. Deltakelse i relevante prosjekter vurderes i 2020.	Lav
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	1	Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Årlig melding	Planlagt gjennomført i 2019, men er utsatt til mars 2020, noe som vil inkludere nytt styre.	Middels
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	2	Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring	Alle	Årlig melding	Planlagt gjennomført i 2019 men er utsatt til mars 2020, noe som vil inkludere nytt styre.	Middels
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. 2018: 52 dager, 2019: 49 dager Faktorer som har bidratt: Lav andel brudd på vurderingsgarantien og rask vurdering av henvisninger. I gjennomsnitt blir henvisningene vurdert ila 2,0 dager etter mottak i 2019. Ryddig i ventelister og etablering av felles inntakskontor ila 2020 vil øke kapasitetsutnyttelsen, og medføre ytterligere forbedring i 2020.	Høy
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	4	Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område 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: Frisubrudd. I løpet av 2019 har Helgelandspsykehuset fristbrudd innen områdene fordøyelsesykdommer og nevrologi men har utviklet dette vha tiltaksplaner. Ved årsskiftet var det fristbrudd innen øyesykdommer, men det er laget tiltaksplan for å bringe dette under kontroll. Område 2: Korridorpasienter. Helgelandspsykehuset har høyest andel korridorpasienter i Helse Nord og ligger over landsgjennomsnittet. Dette skyldes en kombinasjon av høyt sykehusforbruk og utskrivingsklare 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 utskrivingsklare pasienter, jfr. 3.5.4.	Middels
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	5	Delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og bruke resultatene i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	I Helgelandspsykehuset oppfordres det til deltakelse/medvirkning i PasOpp. I Sandnessjøen er det opprettet en arbeidsgruppe med representanter på tvers av fagområder fra spesialisthelsetjenesten samt representanter fra primærhelsetjenesten. Det er utarbeidet en veileder for utskrivingsamtale med pasient. (PR28973). I Mo i Rana er det i tillegg til tillegg til PasOpp i regi av kir.pol. gjennomført en lignende kartlegging/brukerundersøkelse (PREMS) av ortopediske pasienter (hofte) etter at de har vært gjennom operasjon Fra 2020 har Helgelandspsykehuset iverksatt ett tiltak der alle innlagte pasienter, ved utskrivelse, gir tilbakemelding vedr sitt opphold på våre sengeposter. For psykisk helsevern og rus er løsningen enda ikke klar og implementert, men vil bli tatt i bruk så snart den foreligger.	Middels
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	6	I en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTI-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, 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	Årlig melding	Helgelandspsykehuset har jobbet målrettet og tverrfaglig for å få ned bruken av bredspektrert antibiotika med 30%. Legemiddelrelaterte GTT funn er bruk i forbedringsarbeidet. Helgelandspsykehuset er et av 3 helseforetak som har nådd det nasjonale målet.	Høy
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	7	Med utgangspunkt i analyser av samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. Det skal eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	EPJ-kvalitetsindikatorerne åpne dokumenter eldre enn 30 dager og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt har vært utfordringer i hele 2019. Bedring mot slutten av året, men fortsatt utfordringer. Tiltak: Forankring i lederlinjen / individuell oppfølging fra lokal leder Hyppige rapporter Bruk av vedtatt handlingsplan Gjentatt opplæring/kvalitetssikring Rapportering til styret gjennom virksomhetsrapportene Operasjonsstrykninger er en annen kvalitetsindikator som er høy på en av sykehusenhetene i HSYK. Det er etablert et felles prosjekt som ser på den totale operasjonsstue kapasiteten, oppgavedeling mellom personellgrupper og samarbeid på tvers av sykehusenhetene.	Middels
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 2019 er andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre 69%. Det er interne forskjeller mellom de ulike fagområdene og det jobbes opp mot de som har svake resultater. Det gjennomføres internundervisning med praktisk øving for alle nye LIS1 og medisinstudenter. Regionale prosedyrer er kjent og implementert. Se også egen figur i Grafer og tabeller.	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
OD HOD	3.6 Pasientsikkerhet	2	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2017.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandspsykehuset arbeider målrettet med å kvalitetssikre registrering av pasientskader. HSYK deltar i regionalt samarbeid og opplæring i pasientskaderegistrering.	Middels
OD HOD/RHF	3.6 Pasientsikkerhet	3	Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding	Helgelandspsykehuset har besluttet å videreføre arbeidet med spesis, ernæring og forebygging av selvmord	Middels
RHF	3.7 Smittevern	1	Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Mosjøen: Ingen dype POSI. Mo i Rana: 11 gjennomganger utført. Tiltak vurdert og igangsatt. Timing av antibiotika har vært fellesnevner på noen. Sandnessjøen: 2 gjennomganger utført. 2 dype POSI fra 2019 gjennomgås i januar 2020.	Middels
OD HOD	3.7 Smittevern	2	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enymhemmer og kinolonler).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Siste nasjonale tall på forbruk av antibiotika er kun tom 2. tertial 2019. Per da var målet om 30% reduksjon oppnådd. Se også egen figur i Grafer og tabeller.	Høy
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	3	Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandspsykehuset vil arbeide for og informere klinikere i helseforetaket for å øke kliniske behandlingsstudier relativt til 2017. Vi stimulerer til samarbeid for å utvikle protokoller med andre foretak/helse Nord RHF og ved å dele ut forskningsmidler. Vi har 10 kliniske forskningsprosjekter registrert i Cristin, men vi har hatt ingen nye aktive kliniske behandlingsstudier de to siste årene. HSYK var tidligere involvert i to kliniske behandlingsstudier frem til 2019. En ble aldri startet opp og den andre ble overført til Diakonhjemmet sykehus (REK-nr. 2012/2285) siden forskerne flyttet. I 2019 er det ingen registrerte kliniske behandlingsstudier ved foretaket.	Lav
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	4	Helseforetakene skal rapportere på kliniske behandlingsstudier i helseforetakene for 2017, 2018 og 2019, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandspsykehuset publiserer alle kliniske studier på sin nettside og rapporterer disse (og evt. innrullerte pasienter) til relevante organer, som kliniskestudier.helsenorge.no og til Cristin. Vi har også innrapportert dette til UNN.	Høy
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	6	I samarbeid med Helse Nord RHF legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, jf veileder fra Norges forskningsråd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding	Liste over all artikler som er publisert av forskere ved Helgelandspsykehuset fra 2005 til og med 2018 er tilgjengelige på nettsidene til HSYK. Vi belønnet 9 publiserte kliniske artikler i 2019. Videre gjorde vi det mulig å publisere artikler gjennom Open Access ved å dekke utgifter for disse.	Høy
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	7	Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding	For alle artiklene som ligger listet ut på nettsidene, er det nevnt for hver artikkel hvilke helseforetak som har bidratt med innspill til disse. Et nyopprettet redelighetutvalg vil behandle saker om uredelighet vdr publikasjonspraksis.	Høy
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	Målene er ivarettatt gjennom miljøpolitikken, aspektene og miljømålene målene som fremkommer i vårt miljøstyringssystemet. Helgelandspsykehuset har utarbeidet handlingsplaner ihht krav. Tallene i nasjonal database er registrert innen frist for 2019 og det er utarbeidet plan for innmelding av disse innen fristen også for 2020.	Høy
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	1	Sikre at HN LIS har tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosessen gjennomføres i samarbeid med lokal forvaltningsansvarlig for HN LIS, forankres i eget foretak og involverer relevante ressurser (for eksempel personvernombud og jurist).	Alle	Årlig melding	Det gjennomføres et kontinuerlig arbeid i helseforetakene hvor Personvernforordningen (GDPR) har høy prioritering i forbindelse med HN LIS. Dette arbeidet utføres med Helse Nord RHF som koordinator. Det er utarbeidet en personvernkonsekvensutredning (DPIA) og gjort nødvendige tiltak for å sikre informasjonssikkerhet. Det vil også bli gjennomført ytterligere tiltak for å sikre data mellom foretakene i løpet av året. Data som er å anse som sensitive er sikret med begrensede datamarter som kun utvalgte analytikere har tilgang til. For egne manuelle opplastede data skal det gjøres en egen vurdering i forhold til GDPR	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	5	Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord	Alle	Årlig melding	For arbeidet med å implementere styringssystem for informasjonssikkerhet har det blitt utarbeidet en liste med områder innenfor informasjonssikkerhet som ansatte og ledere i Helgelandsykehuset bør kjenne godt til. Dette er områder som det har blitt og skal fokuseres ekstra på, for å gi god opplæring og informasjon rundt. På listen er det tatt med 10 punkter, hvor det blant annet fokuseres på bruk av e-post, ansattes kompetanse, melding av avvik, og bruk av sosiale media for å nevne noen. For ledere er det oppfølging av tilganger, kompetanse på informasjonssikkerhet, ROS-analyser som er hovedområdene. Der det har vært endringer av nye eller eksisterende dokumenter i styringssystemet. For eksempel retningslinjer eller prosedyrer, har de blitt gjennomgått og informert rundt for å innføre eventuelle endringer som har hatt betydning for de aktuelle avdelinger. Mer informasjon rundt informasjonssikkerhet og styringssystemet er det på en egen intranettside for informasjonssikkerhet. Her vil det bli publisert oppdateringer i styringssystem og viktig informasjon rundt informasjonssikkerhet, både internt og i nyhetsbildest. For videre arbeid med implementering av styringssystemet planlegges det å delta på fag- og kvalitetsdager for avdelinger i HSYK. På fag- og kvalitetsdager vil det typisk holdes en presentasjon om generell informasjonssikkerhet som hovedtema, og andre undertemaer som er aktuell for avdelinger. På samme måte vil det også bli forespurt avdelinger om å ha informasjonssikkerhet på agendaen på avdelingsmøter, hvor det også er anledning å komme med ønsker på tema innenfor informasjonssikkerhet.	Middels
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 tilsend mal, innen 1. mars. 2019	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	Helgelandsykehuset har hatt en dialog både med Norsk helsearkiv og Helse Nord RHF om at HSYK er forsinket i forhold til dette arbeidet, da vi mangler ressurser til å gjøre det.	Middels
FTP HOD	4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	1	i samarbeid med Norsk Helsenett SF iverksette tiltak for redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding	MTA kjenner ikke til at det foregår spesifikke prosjekter rundt dette med tanke på MTU. Det er også uklart hva som omfattes av punktet. Oppkobling av MTU mot sentrale systemer skjer alltid i samarbeid med HNIKT og/eller NHN	
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	Risiko og sårbarhetsanalyser for MTU baserer seg på veiledere i NORMEN. Disse er pr i dag ikke ferdig utarbeidet og implementert i MEDUSA, som er forvaltningsverktøyet for MTU. Å gjøre en ROS-analyse uten dette verktøyet kan føre til at det ikke knyttes opp mot veilederne og scenarioene der på rett måte, og dermed står man i fare for å gjøre en dårlig ROS-analyse og må evt. gjøre denne på nytt når verktøyet er tilgjengelig. Det som er gjort til nå er at man har fått registrert ROS for en del av utstyret som IKKE på noen måte registrerer personopplysninger, samt at man har arvet noen ROS-analyser fra St.Olav som er implementert i vår database. Disse må også gås gjennom når korrekt verktøy er på plass. Det er antydnet at verktøyet vil være på plass i løpet av 2020, og vi vil da sette inn ressurser for å ferdigstille arbeidet.	Middels
RHF	4.4 Beredskap	1	Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser.	Alle	Årlig melding	Helgelandsykehuset deltar i REBU og i øvelser og samarbeid også med HN-IKT.	Høy
RHF	4.4 Beredskap	2	Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	Se oversikt i eget vedlegg	Middels
FTP HOD	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	1	Delta i oppfølgingen av Helseleders felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.	Alle	Årlig melding	Helgelandsykehuset har etablert et samarbeid med privat næringsliv og kommunene på Helgeland med tanke på utvikling og forbedring av E-helse og velferdsteknologiske løsninger mellom spesialisthelsetjenesten (SHT) og primærhelsetjenesten (PHT). Helgelandsykehuset bistår Helseleders felles plan for nasjonale anbefalinger, i forhold til regelverk, finansieringsordninger og infrastruktur slik at det blir lagt til rette for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i SHT, hos fastleger, i andre kommunale helsetjenester og hos private helseaktører. Helgelandsykehuset har startet med avstandsoppfølging med ortopediske pasienter og pasienter med Obstruktiv Søvnapne Syndrom (OSAS). Fra februar 2019 kunne vil tilby avstandsoppfølging hos pasienter med OSAS med CPAP som kan kobles opp mot programvaren AirView. I 2019 ble 70% av konsultasjonene tatt via avstandsoppfølging. Prosjekt «mestringstreffet» med AV1 Robot er satt i gang	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	Temaene tas opp i samarbeidsmøter mellom kommunene på Helgeland og Helgelandsykehuset der helseledere fra begge nivå deltar. Referat fra møtene distribueres tjenestevei i Helgelandsykehuset.	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	Ved sykehusenheten i Mo i Rana avholdes det samarbeidsmøter med Rana kommune vedr. utskrivningsklare pasienter som trenger oppfølging av kommunehelsetjenesten. - Ved sykehusenheten i Sandnessjøen gjennomgår en rådgiver alle pasienter som er blitt meldt utskrivningsklar og som kommunen ikke tok imot samme dag for å vurdere evt. avvik i prosedyrer/rutiner mht. PLO-meldinger/tjenesteavtale 5. De kliniske avdelingene v/ledere får tilbakemelding om avvik, og påminning om regelverket.	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
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	Helgelandssykehuset har deltatt i samhandlingsutvalget i Helse Nord. Vi har diskutert prosess og resultatmål. På grunn av kapasitetsproblem har utvalget ikke kommet frem til noen konkret formulering. Helse Nord har etablert eget fagråd for samhandling og saken vil bli fulgt opp.	Middels
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	5	Utvikle en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med OSO, innen 15. september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Det er utarbeidet en regional tiltaksplan i regi av Helse Nord's samhandlingsutvalg og HFenes samhandlingsledere. Planen er til behandling i Helse Nord og forventes oversendt foretakene. For øvrig vises det til sak 39/2019 OSO Helgeland i forbindelse med samarbeid med OSO om tiltaksplan. Samhandlingsutvalget Helse Nord ved samhandlingslederne i HF-ene lager skisse for Strategi og tiltaksplan for samhandlingsfeltet for perioden 2019 - 2022. Samhandlingsjefen orienterte OSO om arbeidet som foregår og status med strategi og tiltaksplanen for samhandlingsfeltet for 2019- 2022.	Middels
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	6	Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbud 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	Senter for samhandling i Helgelandssykehuset har samarbeidet nært med kommunene i forbindelse med lærings- og mestringkurs for stormottakere av helsetjenester, eksempelvis i kurs for parkinsonpasienter og deres pårørende, hjerneslag, sykkelig overvekt hos voksne, diabetes. - SFS i Helgelandssykehuset har initiert, koordinert og utarbeidet mandat for et prosjekt som har fått midler fra Helse – Nord. Prosjektet er et samarbeid med Rødøy, Vefsn og Brønnøy kommune og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NKLMMH). - Det foregår flere gode samhandlingsprosjekter mellom kommunene og Helgelandssykehuset. Av disse kan nevnes planlegging av pasientsentrert helsetjenesteteam, påbegynt kommunal oppfølging av innlagte pasienter, FACT (Flexible Assertive Community Treatment), samarbeid med dialysepasienter, IPS (individuell jobbstøtte) «Tidlig Inn» og annen utdrettet virksomhet hvor Helgelandssykehuset bistår primærhelsetjenesten blant annet ved å reise ut til sykehjem/ hjem for å forhindre innleggelse i sykehus.	Høy
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	Det ble i andre halvdel av 2019 gjennomført et forarbeid til et større samarbeidsprosjekt med Helgelandssykehuset og alle de 18 kommunene på Helgeland – om etablering av et lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av hepatitt C - på Helgeland. Etableringen av et slikt tilbud forventes gjennomført i første halvår av 2020.	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	Egenrapportering på samhandlingsavvik fra 01. mars til 31. desember 2019: Registrerte samhandlingsavvik fra kommunene til Helgelandssykehuset i 2019: 113 Registrerte samhandlingsavvik fra Helgelandssykehuset til kommunene i 2019: 14	Høy
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	1	Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Det ble publisert over 151 nye behandlingstekster i 2019.	Høy
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	2	Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandssykehuset har ikke etablert ungdomsråd. Det har vært kontakt mellom Helgelandssykehuset og øvrige kontaktpersoner for ungdomsråd i regionen gjennom året. Det er sett på muligheter for å organisere et ungdomsråd for Helgeland i samarbeid med Nordlandssykehuset. Dette er utsatt til 2020. Det har vært en ungdomsrepresentant i brukerutvalget som har fått tilbud til å delta på landskamp for ungdomsråd i Norge.	Lav
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3	Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukermedvirkning i forskning, publisert juni 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding	Veilederen har blitt presentert for forskerne på Helgelandssykehusets forskningskonferanse i oktober 2019. Vi har også forandret dokumenter for å søke etter forskningsmidler slik at stipendøskere må ha en plan om at brukerne blir tatt med på hele forskningsprosessen fra ide til publisering. Vi har også etablert forsknings- og innovasjonsutvalg der brukerrepresentanter er med på å vurdere kvaliteten til nye forsknings- og innovasjonssøknader.	Middels
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	Det innarbeides ny tekst i arbeidsavtalen i tillegg til at den Regionale håndboka om bierver for ledere og ansatte legges i personalhåndboka. Standardtekst arbeidsavtalen: <i>Arbeidstakeren må ikke ta annet arbeid eller ha eierskap/verv i annen virksomhet dersom dette påvirker den ansattes mulighet til å ivareta arbeidsforholdet fullt forsvarlig eller er egnet til å skape tvil om arbeidstakerens habilitet eller lojalitet.</i>	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
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	Plan for reduksjon av innleie av personell ble styrebehandlet som sak 57/2019 i styremøte 18.06.2019. Formålet med planen er å informere om hvordan Senter for HR i samråd med lederlinja i Helgelandssykehuset skal redusere innleie av personell. I hovedsak skal følgende områder redusere innleie av personell: <ul style="list-style-type: none"> •Kalenderplan •Økt stillingsandel for sykepleiere •Økt satsning på helsefagarbeidere •Rekruttering og stabilisering/ Hodet først •«Helhetsmodellen» og økt nærvær 	Høy
FTP HOD	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	3	Følg opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Tiltak som følger opp Riksrevisjonens undersøkelse: <ul style="list-style-type: none"> • SMS-varsling har medført reduksjon i antall "ikke møtt" ved poliklinikkene. • Det tilstrebes planleggingshorisont på 4 - 6 mnd for legebemanning. • Henvisningene vurderes av faste overleger, og gjennomført bruk av prioriteringsveilederne. • Oppgaveglidning ved overføring av oppgaver til annet helsepersonell, (sykepleiere, ekkoteknikere o.a.) • Utnyttelse av felles kapasitet på tvers i helseforetaket. • Planlegging av felles inntakskontor. 	Høy
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	1	Følg opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandssykehuset har de to siste årene utviklet og tatt i bruk nye veiledere for både rekruttering og onboarding. I tillegg er rekruttering fast tema på årlig lederopplæring. Vi har også satset på kompetanseheving innen rekrutteringsfaget, både gjennom formell videreutdanning og gjennom deltagelse i blant annet det regionale samarbeidet Smart annonsering. I 2019 utviklet Senter for HR og Senter for kommunikasjon et rekrutteringskonsept med målsetting om å bli bedre på proaktiv rekruttering. Hovedelementet i konseptet er drive områmmebygging av Helgelandssykehuset som arbeidsgiver gjennom å fokusere på det vi mener er unikt for vår organisasjon og region. Rekrutteringskonseptet Tid til å leve bruker egne ansatte i alt bilde- og filmmateriale. For å sikre at Helgelandssykehusets kompetanseutvikling er i tråd med de behov foretaket har for å erstatte og endre kompetanse er det i planarbeidet for 2020 benyttet en ny arbeidsflyt for utarbeidelse av årlig kompetanseplan. Kompetanseplanen for 2020 er førende for hvilke interne kurs ansatte skal tilbys i 2020. Den viser også hvilke videreutdanninger som skal prioriteres ved inngåelse av individuelle utdanningsavtaler – både for heltidsavtaler ABIOK og for desentralisert/samlingsbasert videreutdanning.	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	Helgelandssykehuset har gjennom innfasing av årsplan/kalenderplan medvirket til at økning av stilling. Dette på bakgrunn av at det i planleggingsarbeidet før oppstart av årsplan i avdelingene i noen tilfeller har hatt behov for økt grunnbemanning som har ført til høyere stillingsandel deltidansatte. Flere har blitt tilbudt høyere stillingsandel på bakgrunn av årsplan. Variabellønn på avdelingene(3) som var med i piloten har gått ned.Økning på 3,4 faste årsverk Reduksjon på 4,7 variable årsverk. Total lønn økt med 2,5 mill eller 5,7% (juli). Innleie redusert på alle avdelinger, tilsammen ca 1 million eller 42% (juli). Andelen faste heltidsansatte sykepleiere er økt med 3,0 prosentpoeng fra 2018 til 2019.	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	Andelen helsefagarbeidere i Helgelandssykehuset har i 2019 vært 4,3 %. Det er ansatt helsefagarbeidere i nye avdelinger i Helgelandssykehuset. Ved flere avdelinger er det fokus på endret oppgavedeling og opplæringsbehovet dette medfører.	Middels
OD HOD	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	4	Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding	Inntak av 6 helsefaglæringer og 5 ambulansefaglæringer. Ansatt læringskoordinator som har utarbeidet lokal opplæringsplan for å sikre god oppfølging i forhold til læreplan for vg3. Alle veilederne til helsefaglæringerne fikk tilbud om veilederkurs i regi av nfk. Planlagt veilederkurs for veiledere i ambulansen, instruktør fra OUS (arrangert januar 2020). Planlagt felles fagdag for læringer og veiledere x 2 pr år.	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 Helsedirektoratets 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 med innføring av ny spesialistutdanning for leger, med lokal prosjektleder i 40 % stilling. Fra februar 2020 vil det bli utlyst deltidsstilling som utdanningsansvarlig lege ved enhetene i Helgelandssykehuset	Middels

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Krav i Oppdragsdokument 2019	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens	Rapporteringstekst Årlig melding 2019	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse samlet for året
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	2	Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssentrene. Veilederkurs er omfattet av kravet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Helgelandspsykehuset har gjennomført 2 veilederkurs i 2019, ett med forelesere fra Nordlandssykehuset og ett med lokale forelesere(leger). Det er planlagt gjennomført 2 veilederkurs i 2020. Leger fra Helgelandspsykehuset har også anledning til å melde seg på kurs i regi av Nordlandssykehuset, eller på veilederutdanning ved UIT eller Nord universitet.	Middels
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	Helgelandspsykehuset skal legge til rette for at LIS A,S,A sikres nødvendig tjeneste i sykehuset for å oppnå læringsmålene i spesialistutdanningen. Samarbeidsavtale mellom kommunene på Helgeland og Helgelandspsykehuset som skal regulere dette samarbeidet er under arbeid. Målet er at samarbeidsavtalen skal ferdig i løpet av februar 2020.	Middels
OD HOD	7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	1	Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med moderat sikkerhetsklime" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Alle	Årlig melding	Tilbakemelding fra Helse Nord v/Haakon Eichler: Det er sjekket med nasjonal forvaltningsgruppe av ForBedring, og dette punktet skal ikke svares ut lokalt.	
RHF	8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til ombygging operasjonsstuer Mo i Rana i tråd med brev av 10.7.18	HSYK	Årlig melding	Det er engasjert ekstern revisor. Arbeidet med revisjon er startet opp.	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 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 innvolvering fra HF-ene	Høy
FTP HOD	8.3 Anskaffelsesområdet	3	Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.	Alle	Årlig melding	Miljø vektlegges i alle anskaffelser.	Høy
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	4	I alle anskaffelser skal inngåtte rammeavtaler følges,	Alle	Årlig melding	Rammeavtaler følges i alle anskaffelser	Høy
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	5	Redusere antall ad-hoc anskaffelser	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Tertialrapporter og Årlig melding	Ingen ad-hoc anskaffelser ved Helgelandspsykehuset i perioden.	Høy
		89		89	89		89
							85