

Årlig melding 2022 for Helgelandssykehuset HF

Innhold

Innledning.....	3
Rapportering på Oppdragsdokument 2022.....	4
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder.....	4
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	7
3.2 Somatikk	9
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	13
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen	15
4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	17
4.6 Klima- og miljøtiltak	18
4.7 Informasjonssikkerhet.....	19
4.8 Beredskap.....	19
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	20
7.0 Bemanning og kompetanse.....	22
7.1 Sikre gode arbeidsforhold	23
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	24
7.3 Utdanning av legespesialister	26
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	27
8.0 Forskning og innovasjon.....	27
9.2 Anskaffelsesområdet	31
10.0 Teknologi.....	32
11.0 Bygg og kapasitet	34
Oppdrag gitt i foretaksmøter:.....	35
6. april 2022:.....	35
15. august 2022:	36

Innledning

Dette er mal for helseforetakenes årlige melding for 2022 til Helse Nord RHF. Nummereringen av kravene følger av [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#).

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp oppdrag for 2022. Det skal gis en kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle kravet og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?

De fleste rapporteringskravene gjelder alle helseforetakene i Helse Nord, men foretaksspesifikke krav fremgår av Oppdragsdokumentet 2022, og i denne malen.

Krav som ikke gjelder for det enkelte foretaket kan tas bort, men nummerering på alle krav skal beholdes.

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

Forkortelser:

HoD	-	Helse- og omsorgsdepartementet
FTP	-	Foretaksprotokoll
FTM	-	Foretaksmøte
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF
RHF	-	Helse Nord RHF

Frister:

Rapportering	Frister
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 3. februar 2023. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2023

Rapportering på Oppdragsdokument 2022

Struktur for rapportering på hvert enkelt krav er som i tabellen under:

Kilde for krav	Krav nr i OD	Krav tekst i OD	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle kravet og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?</p>				

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

HoD	1	Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Mål ikke oppnådd. Noen fagområder har oppfylt kravet, men flere fagområder har kapasitetsutfordringer grunnet mangel på spesialister/LIS. Likevel jobbes det med tiltak for å bedre effektiviteten, rydding i ventelister, og kvelds- og helgepoliklinikk innenfor noen av fagområdene. Oppgaveglidning fra lege til sykepleier innenfor enkelte fagområder gir også effekt. Det ses på om det er tilbud vi kan redusere/ slutte med, bl.a. tar vi ikke lenger i mot pasienter til vaskektomi da dette opptar kapasitet som må benyttes til pasienter med andre behov/ sykdommer. Det jobbes også med å få mer restriktiv vurderings- og kontrollpraksis, i tillegg til bedre koordinering av venteliste/timeoppsett.</p>				

HoD	2	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Mål ikke oppnådd. HSYK totalt 10,3 %. Stor variasjon innenfor fagområdene. Det jobbes med tiltak i klinikkene med mål om å nå minst 15 %. Nye tiltak som er satt i gang er øremerkede timer i timebøker, erfaringsdeling fra leger/behandlere som har lyktes med å nå mål. Kirurgisk klinikk har utnevnt to enheter som får ekstra fokus og oppfølging i samarbeid med felles inntakskontor.</p>				

RHF	3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Tiltaket selvbetjeningsløsning er nå åpnet for bruk. Løsingen benyttes i liten grad, (7 %) av rekvisisjonene. Det er ikke mulig å påvise målbare gevinster.</p>				

<i>RHF</i>	<i>4</i>	<i>Benytte nasjonale serviceparametere for pasientreiser fra disse tas i bruk høsten 2022.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	----------	--	---	----------------------

Rapporteringstekst:

Måling av Nasjonale serviceparameter har vært i pilot og forventes satt i ordinær produksjon fra årsskifte 2023.

<i>RHF</i>	<i>5</i>	<i>Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
------------	----------	--	---	------------------------------------

Rapporteringstekst:

Prosjektet «Nasjonale retningslinjer for avviksmelding» er forsinket. Den skisserte løsningen samsvarer med den som vi i HSYK i dag allerede benytter. Det vil være enkelt å konvertere vår

RHF	6	Fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	---	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Vi vil ta i bruk og nyttiggjøre oss alle nasjonale løsninger straks disse gjøres tilgjengelig.

RHF	7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:

Trapez, nytt nasjonalt samordningsverktøy ble vedtatt avsluttet 2021. Det har påløpt kostnader knyttet til prosjektet over flere år. Også arbeidsinnsats lokalt til testing og planlegging. Prosjektet har ikke gitt gevinst. Kun kostnader.

Tiltaket med selvbetjeningsløsning for å bekrefte, endre eller avbestille reiser er implementert, men brukes i liten grad av pasientene og gir ingen målbare gevinster. Ref pkt 3.

Neste trinn i prosjektet er forsinket. Full implementering forventes 2024. Da åpner løsningen for at pasienter med «langvarige behov» gis anledning til selv å bestille sine reiser basert på en tidsbegrenset attest fra ansvarlig rekvisient. Det er stort usikkerhet om løsningen vil gi reel gevinst. Det er i stedet en mulighet at dette vil overføre oppgaver fra primærhelsetjenesten til Pasientreiser, og at dette vil kreve økning av bemanning.

RHF	8	Skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	---	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Implementering er utsatt og ikke forventet før årsskifte 2023-2024

HoD	9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:

HSYK har vurdert konkret en del operasjoner der det er ventelister i regionen og ved de store sykehusene. En liste over denne ledige kapasiteten er levert til Helse Nord RHF og til Nordlandssykehuset. HSYK har signalisert til Helse Nord at det er ønskelig at det regionale nivået

bidrar i å få til en slik flytting av aktivitet som kan bedre utnyttelse av den totale kapasiteten.

Klinikk psykisk helse og rus er i gang med å ta over en del pasienter som tidligere har blitt henvist til Autismeteam i ved NLSH og pasienter som tidligere har blitt henvist til Barnehabiliteringen ved NLSH.

HSYK vil i det videre vurdere mulighetene også innenfor andre fagområder der det kan være mulig og hensiktsmessig å flytte aktivitet fra større til mindre sykehus.

HoD	10	<i>Påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Det er ikke rapportert om særskilte utfordringer knyttet til dette. Samhandlingsavdelingen har heller ikke mottatt ønsker om bistand til arbeidet fra klinikkene.</p>				

FTP	11	<i>Følge opp arbeidet med å videreutvikle spesialisthelsetjenester ved Klinikk Alta. Departementet ber om status for arbeidet innen utgangen av 2022.</i>	FIN	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

FTP	12	<i>Sørge for døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Tromsø.</i>	UNN	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

HoD	13	<i>Sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.</i>	UNN	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

RHF	14	<i>Ta i bruk nye pasientbrevmalen. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Krav til nye publiserte behandlingsbeskrivelser: - HSYK 20 - NLSH 100 - UNN 150 - FIN 20 (bokmål) og 30 (nordsamisk)</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Prosjektet er utsatt på grunn av dårlig tilgang på testmiljø, samt flere tekniske årsaker. HSYK planlegger å ta i bruk digitale brev så snart løsningen tester tilfredsstillende</p>				

--

<i>RHF</i>	<i>15</i>	<i>I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH</i>	<i>Årlig melding</i>
<i>Rapporteringstekst:</i>				

<i>RHF</i>	<i>16</i>	<i>I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH</i>	<i>Årlig melding</i>
<i>Rapporteringstekst:</i>				

<i>RHF</i>	<i>17</i>	<i>I samarbeid med brukerutvalget utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.</i>	<i>HSYK, SANO</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	-----------	---	-----------------------	----------------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset deltar i det regionale samarbeidet for å utvikle prosedyrer for brukermedvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter. Frem til en felles regional prosedyre er etablert, stiller brukerutvalgets representanter til medvirkning i prosjekter. I forbindelse med endringen i tjenestetilbudet på Helgeland har brukerutvalget blitt orientert gjennom sekretariatet og prosjektledelsen.

<i>RHF</i>	<i>18</i>	<i>I samarbeid med brukerutvalget kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.</i>	<i>HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	-----------	--	-------------	----------------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset har i samarbeid med brukerutvalget forsøkt å rekruttere til ungdomsrådet gjennom frivillige organisasjoner. Brukerutvalsrepresentantene har diskutert samarbeidet med de frivillige organisasjonene, men responsen fra disse er lav. Det er sekretariatets oppfatning at dialogen er åpen og at organisasjonene er kjent med brukerutvalgets funksjon og kanaler for kontakt.

3.2 Somatikk

<i>HoD</i>	<i>19</i>	<i>Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	-----------	--	---	----------------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset har økt sine ventetider både for ventende og avviklede fra 2021 til 2022. Ventetid for ventende var 77 dager og for avviklede 70 dager. Det skiller seg ut noen fagområder som har særdeles lang ventetid (øye, plastikkirurgi), mens andre fagområder med et veldig høyt antall ventende har moderat høye ventetider (ortopedi, ØNH), noe som gir store utslag grunnet volumet av ventende.

Tiltakene er sammenfallende med øvrige tiltak knyttet til passert planlagt tid. I tillegg er det satt inn tiltak som å rydde ventelister, strengere kontrollpraksis, strengere vurderingspraksis.

Opphør av avtalespesialist innenfor øyefaget har også medført økning i antall henviste til HSYK.

<i>HoD</i>	<i>20</i>	<i>Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	-----------	--	---	----------------------

Rapporteringstekst:

Total andel gjennomført innen standard forløpstid var 54 %.

Pakkeforløp for de tre største områdene (Prostata, tykk- og endetarm, lunge) :

Prostatakreft: Økning i andel, skyldes nytt tilbud i HSYK om fusjonsbiopsi. Mange pasienter venter likevel på behandling/ operasjon ved andre sykehus, og dermed reduseres andelen.

Tykk-og endetarmskreft: Etter gjeninnføring av disse operasjonene hos oss har vi hatt en stor økning i andel, og kravet om 70 % er nådd i siste halvdel av året.

Lungekreft: Lav måloppnåelse på dette fagområdet. Skyldes både liten egen kapasitet og/eller ventetid hos UNN / NLSH. Det er noe ventetid på ulike undersøkelser v NLSH/UNN. På grunn av liten kapasitet/ ikke tilgjengelig spesialist i lungesykdommer i HSYK er veldig mange pasienter henvist til NLSH. Det er etablert ukentlig internt lungemøte mellom LIS 2 på lokasjonene i HSYK og lungespesialist i SSJ for å sikre riktige vurderinger.

Innleie lege, fokus på rydding av ventelister, og økt andel telefon-/videokonsultasjoner

Vi har LIS3 i lunge under utdanning ved St Olav, og forventes tilbake som ferdig spesialist høsten 2023.

Vi har også hatt avklaringsmøter med NLSH i fht oppfølging av kreftpasienter, herunder lungekreft.

--	--	--	--	--

<i>HoD</i>	<i>21</i>	<i>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Krav ikke innfridd. Ulike årsaker til at krav ikke oppnås er avdekket, og det jobbes i samarbeid med merkantile tjenester for å få en bedre måloppnåelse. I tillegg ansvarliggjøring av ledere slik at blant annet vikarleger følges særskilt opp.</p>				

<i>RHF</i>	<i>22</i>	<i>Bidra til oppfølging av anbefalinger og lukking av avvik etter Helsetilsynets rapport Tilsyn med ambulanseflytjenesten – Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester datert 14. juni 2021. Helse Nord RHF koordinerer oppfølgingen.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Helgelandssykehuset bidrar aktivt med levering av helseforetakets egne virksomhetstall til tilsynet. Helseforetaket jobber aktivt og kontinuerlig med å forbedre pasientforløpet i luftambulansetjenesten. Vi stiller med representanter i «kvalitetsutvalget for AMK sentraler i Helse Nord» og i arbeidsgruppen «Transport av psykisk syke med ambulansefly» Helsetilsynet (06.12.22) registrerer at Helgeland HF har gjennomført et forbedringsarbeid som gjør at foretaket i praksis har nådd kvalitetsmålet for transport av denne pasientgruppen. Forbedringsarbeidet som er gjennomført på Helgeland er bra, og viser at det er mulig å gjøre store og nødvendige forbedringer for denne pasientgruppen.</p>				

<i>RHF</i>	<i>23</i>	<i>Ta i bruk felles prosedyreverk for ambulansetjenesten gjennom deltagelse i FRAM-samarbeidet.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Helgelandssykehuset har allerede i flere år deltatt i FRAM-samarbeidet.</p>				

--

<i>HoD</i>	24	<i>Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK og SANO</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	----	--	-------------------------------------	----------------------

Rapporteringstekst:

HSYK hadde en økning i forbruk av bredspektret antibiotika på 7% sammenliknet med 2012 (egne tall).

På grunn av den negative utviklingen over tid er det iverksatt forbedringsprosjekt med fokus på bredspektret antibiotika. Vi har hatt fokus på antibiotikanotat som verktøy i antibiotikastyringen, og har hatt en betydelig økning i bruk av antibiotikanotat i 2022 (fra ca 300 til ca 835 notat). Dette kan være et godt verktøy for videre forbedringsarbeid innen antibiotikafeltet. Bruk av Piperacillin-Tazobactam og Cefotaxim er fokusområder for a-team 2023.

<i>RHF</i>	25	<i>Delta i et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Foretaket skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefelleskapene. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.</i>	<i>FIN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	----	--	------------------------	----------------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset hadde i 2022 ennå ikke etablert helsefelleskap, men OSO vedtok 9.3 og 15.6.2022 etableringen av et eget Trygg Akuttmedisin-FSU med Helgelandssykehuset, Hattfjelldal og Leirfjord kommuner, som pilotprosjekt. Der pågår det et arbeid mht samkjøring av behandlingsprosedyrer, avklaring av ansvarsforhold, rollefordeling m.v. Dette arbeidet er en forutsetning for en meningsfull samtredning på et seinere tidspunkt. Prosedyrene som er presentert i prosjektet Trygg Akuttmedisin samsvarer ikke helt med våre prosedyrer i FRAM-samarbeidet og heller ikke med primærlegenes prosedyrer i NEL. Arbeidet inkluderer et forbedringsprosjekt i Helgelandssykehuset som innebærer å gå gjennom hele verdikjeden, herunder sykehuslegenes rutiner for EKG-tolkning og deres kommunikasjon med ambulanspersonell og primærlege. Alle tidstyver må identifiseres og minimeres, ref. resultatene fra i-Tide-undersøkelsen. I tillegg har dr. Hege Sjøvik hos oss blitt tildelt plass på fellowship-program hos NHS Scotland for å utvikle en forbedringsmetode knyttet nettopp til dette pasientforløpet.

Vår fagsjef deltar i styringsgruppen til prosjekt Trygg Akuttmedisin.

Samhandlingsavdelingen har deltatt i det regionale forbedringsprosjektet v. samhandlingssjef med involvering fra klinikkjefene, kommuneoverlegene og enkelte kliniske fasilitatorer.

Vi gjennomførte ifbm. Samhandlingskonferansen -22 et introduksjonskurs i Trygg Akuttmedisin for kommunalt ansatte leger samt. sykehusets ambulanspersonell med bistand fra fagmiljøet v. UNN

RHF	26	<p>Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefelleskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.</p>	UNN	<p>Tertialrapporter og Årlig melding</p>
<p>Rapporteringstekst:</p>				

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

FTP	27	Følge opp rapportene «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» og «Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse».	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Rapportene er gjennomgått i ledermøter i klinikken. Det har vært fokus på å sikre at vi har tilstrekkelig kompetanse i BUP'ene knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det har i noen tilfeller vært utfordrende å kunne ta i bruk nye metoder eller kunnskap. Som eksempel kan nevnes e-Meistring som det har vært regional styring på. Når det gjelder tilgangen på psykisk helsetjenester i kommunene er den ulik, som rapporten oppsummerer. Dette gjør at våre virksomheter i relativt mange tilfeller tar på seg ansvar som skulle vært ivaretatt i kommunal virksomhet. Klinikken har etablert interne revisjonsteam for å bidra til arbeid med systematisk kvalitetsforbedring. Når det gjelder barn og unge med funksjonsnedsettelse ivaretas de i stor grad innen habilitering. Vi har styrket tjenesten de senere år med spesialister innen pediatri og psykologi.

FTP	28	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

PHV 41 dager, PHBU 57 dager, TSB 29 dager. Den største utfordringen er innen PHBU der vi mangler sentrale fagfolk som kan bidra til bedre flyt i behandlinga.

HoD	29	Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Aktiviteten i psykisk helsevern er noe lavere enn i 2021. Innen PHBU har vi hatt en meget høy aktivitet tidligere som vi ikke ønsker å videreføre på samme høye nivå.

HoD	30	Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Ikke i mål med dette kravet, TSB 45%, PHV 52% PHBU 46%.

HoD	31	Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

TSB 17%, PHV 36%, PHBU 36%. Behandler får ingen varsler om frist slik at dette kan være lett å overse, og vanskelig å følge opp. Dette er meldt inn flere ganger til DIPS.

<i>HoD</i>	<i>32</i>	<i>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Innen PHV er 54% og innen TSB er 36% av epikrisene godkjent innen 1 dag. I Virksomhetsportalen er det oppgitt at krav i OD 2022 er minst 60% skal være sendt innen 1 dag. Som tidligere meldt rapporterer vi på andel godkjent.</p>				

HoD	33	<i>I tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: TSB har hatt tett samarbeid med somatikk og samarbeidsrutiner er utarbeidet. I tillegg har vi styrket TSB-området for økt fokus både innen voksen- og barneområdet.</p>				

HoD	34	<i>Innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Dette området er ikke arbeidet med lokalt ettersom det regionale forarbeidet ikke er sluttført.</p>				

HoD	35	<i>Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset tilbyr vurderingssamtaler der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller behov for supplerende informasjon eller behov for rask avklaring. Dette brukes i større grad innen PHBU.</p>				

RHF	36	<i>Sikre ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helse og TSB.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: En av våre lokasjoner i gang med å utrede økt ambulant virksomhet innen PHBU. Forøvrig drives det ambulant virksomhet ved alle våre enheter.</p>				

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

HoD	37	<i>Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: GTT teamene har hatt stor utskifting i løpet av året og det har vært utfordrende å finne nye ressurser til denne jobben. De nye teamene er etablert og fulltallig mot slutten av 2022, og følger opp gransking. Alle skader (G,H,I) gjennomgås/ følges opp i klinikkens kvalitetsråd og i klinikkens ledermøter.</p>				

RHF	38	<i>Sørge for god dekningsgrad og kompletthet i lovpålagt rapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Det rapporteres til de nasjonale kvalitetsregistre.

Akuttmedisinsk klinikk har dedikerte ansatte som ivaretar registreringer i flere nasjonale kvalitetsregister, herunder bl.a. traumeregister, hjertestansregister og intensivregister.

Det jobbes med å få større grad av oppgaveglidning til merkantilt personell slik at det kan ivaretas av disse der det er mulig.

RHF	39	Videreføre det regionale arbeidet med å utarbeide og innføre veiledende pleieplaner til DIPS Arena pleieplan.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Følges opp. Det er opprettet en intern styingsgruppe i HSYK for å sikre innføring av bl.a. Dips Arena pleieplan.</p>				

RHF	40	Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser skal være under 4 dager innen utgangen av 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: I HSYK er gjennomsnittlig svartid på 2 dager i 2022.</p>				

RHF	41	Andel bildediagnostiske undersøkelser gjennomført innen priodato skal være over 80% innen utgangen av 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: I HSYK er målsettingen ivaretatt</p>				

4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

RHF	42	Rapportere på innhold og samhandling i forbindelse med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde antall samarbeidsavtaler inngått, beskrivelse av aktiviteter og resultater av samarbeidsavtalen. For eventuelle manglende samarbeidsavtaler skal det beskrives utfordringer og eventuelle tiltak som er planlagt iverksatt for å få samarbeidsavtalen på plass.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset har oppdaterte avtaler med fem (5) avtalespesialister på Helgeland. Tilbakemeldingen fra øyelegene (to stykker) er at samarbeidet oppleves godt og at det er en funksjonsfordeling etter kapasitet, selv om denne oppleves presset i fagmiljøet på sykehuset og hos avtalespesialistene. Sykehuset utfører anti-VEGF og henviser kataraktoperasjoner til avtalespesialist. Det utestår fortsatt 2 (to) avtaler, en spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og en spesialist i psykiatri. Tiltak for å få på plass resterende avtaler er oppfølging av intern kommunikasjon mot de klinikkene hvor det ikke foreligger oppdaterte avtaler. Blir fulgt opp videre.</p>				

RHF	43	Beskriv samarbeid foretaket har med private institusjoner om utnyttelse av avtaler for optimalisering av pasientforløp for å hindre unødvendige ventetider og fristbrudd. I eventuelle tilfeller der samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende, skal Helse Nord RHF informeres i eget brev.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset henviser pasienter til rehabilitering v. Nordtun rehabilitering, Sømna rehabilitering og Valnesfjord rehabilitering.

4.6 Klima- og miljøtiltak

FTP	44	Dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar.	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Her er innrapporteringsfrist 10.02.23, status vil bli registrert.</p>				

FTP	45	Følge opp Riksrevisjonens rapport om Svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer.	UNN	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

4.7 Informasjonssikkerhet

RHF	46	Innen 30.9.2022 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: - status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter, - beskrivelse av trusselbildet, - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntregningstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner, - oppsummering fra avviksrapportering, - beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Status på informasjonssikkerhet er forelagt styret i ledelsens gjennomgang april 2022</p>				

4.8 Beredskap

RHF	47	Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset deltar i de regionale fora vedrørende beredskap, og følger videre opp anbefalinger.</p>				

FTP	48	Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Evaluering etter pandemi er gjennomført, inkl. ROS analyse. Dette følges opp. Helgelandssykehuset har igangsatt et større arbeid rundt revidering av beredskapsplaner – dette arbeidet pågår.</p>				

RHF	49	Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter.	Alle	2. tertial og Årlig melding
-----	----	--	------	-----------------------------

Rapporteringstekst:

Det er gjennomført spørreundersøkelse vedrørende evaluering av arbeidet med pandemien. Undersøkelsen ble sendt ut til alle ledere og FTV. ROS analyse utarbeidet i etterkant og følges videre opp.

RHF	50	Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Øvelsen er utsatt

FTP	51	Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.	UNN, NLSH	Årlig melding
-----	----	--	--------------	---------------

Rapporteringstekst:

FTP	52	Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022	UNN, NLSH	Årlig melding
-----	----	---	--------------	---------------

Rapporteringstekst:

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

RHF	53	<p>"Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefelleskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivaretatt i eget helseforetak. • I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem. • Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen • Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene" 		
<p>Rapporteringstekst: Helsefelleskap Helgeland vil bli etablert innen mai- 2023. 17 kommuner på Helgeland har vedtatt saken og de har ansatt interkommunal samhandlingssjef fra 1.2.23. Helsefelleskap Helgeland vil legge føringer som skal ivareta de prioriterte pasientgruppene samt felles arbeid for kompetanse, rekruttering, stabilisering, fremme innovasjon og bruk av moderne teknologi med fokus på helhetlige pasientforløp. Selv om Helsefelleskapet Helgeland ikke er etablert har vi ivaretatt de 4 prioriterte pasientgruppene ved å ha igangsatt flere nye tilbud på tvers av begge nivåer og klinikker.</p> <p>Samhandlingsavdelingen har prosjektledelse i et FoU prosjekt med stort fokus på samhandling på mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og bruk av teknologi. Helserom Helgeland, lokal helsehjelp med avstandsoppfølging skal implementeres i Helsefelleskap Helgeland når dette er etablert.</p> <p>Psykisk helse og rus: FACT og FACT ung: samarbeid med Rana og Hemnes kommune Driftes med prosjektmidler Sømløs behandling: samarbeid med Vefsn kommune. Driftes med prosjektmidler AAT (akutt ambulans team)</p> <p>Akuttmedisinsk klinikk: Nytt tilbud i samarbeid med psykisk helsevern. Vi tilbyr ECT (elektrokonvulsiv behandling) til pasienter med alvorlig depresjon som er inneliggende ved krise- og akuttpsykiatrisk døgnavdeling i Mo i Rana.</p> <p>Læring- og mestringstilbud til pasienter og pårørende planlegges, gjennomføres og evalueres i et likeverdig samarbeid mellom sykehus, kommuner og brukerrepresentanter: Det arrangeres blant annet: Mestringstreff Pårørendekurs innen psykisk helse og rus</p>				

RHF	54	Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset har avtale med Hemnes kommune om oppfølging av diabetespasienter og har en faglig, økonomisk bindende samarbeidsavtale vedr. tilbudet. Helgelandssykehuset bistår også med å ivareta jordmortilbudet i 5 kommuner gjennom deling av personell</p>				

RHF	55	Invitere kommunene inn i arbeidet med utviklingsplanene på områder hvor det er relevant for å sikre at pasienter med behov for tjenester fra begge nivå får et sammenhengende tilbud.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: <ul style="list-style-type: none"> Helgelandssykehuset deltar i læringsnettverk Gode pasientforløp sammen med 12 kommuner på Helgeland. Fokuset i arbeidet er forbedringspotensialet ved overganger </p>				

mellom tjenestenivåene. Dette vil være fokus også i 2023. Det arbeides med å opprette et faglig utvalg/nettverk for «gode pasientforløp» inn i strukturen for helsefellesskapet.

- Samhandling om Mestringstreff på Helgeland. Dette tilbudet er nå gått over fra å være et prosjekt til å bli en del av vanlig drift. Tilbudet er en del av pasientforløp innen pasient- og pårørendeopplæring/ læring og mestring. Målgruppen er pasienter og pårørende som har behov for helsepedagogisk veiledning/opplæring fra både sykehus og kommuner i sømløse pasientforløp etter at de har fått kronisk sykdom eller andre helseutfordringer.
- Felles tverrfaglig helsepedagogisk kompetanseheving for helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten og kommunene, arrangeres årlig av samhandlingsavdelingen. Dette er et tre dagers kurs der rådgivere fra samhandlingsavdelingen og brukerrepresentanter er kursledere og foredragsholdere. Målet er økt kvalitet på pasient- og pårørendeopplæring og økt samhandling om læring og mestringstilbud på tvers av fag, nivå og etat med sterk brukermedvirkning.

Det har vært møtevirksomhet med flere kommuner for å se på:

- Samarbeidsrutiner
- Bruk av PLO meldingene

Pågående prosjekter der det er deltakere fra kommuner og Helgelandssykehuset:

- Helsesrom Helgeland, lokal helsehjelp med avstandsoppfølging
- Den eldre pasient
- Helselarbeid
- FACT ung

RHF	56	<i>Styrke det desentrale tilbudet til pasientene ved samarbeid mellom små og store sykehus og kommunehelsetjenesten, digitale og ambulante tjenester og intermedisære tilbud.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Nye tilbud i DMS Sør Helgeland, samlokalisert med legevakt skal sikre befolkningen på Sør- Helgeland et desentralt spesialisthelsetjenestetilbud. Tiltak som er skissert i pkt. 55, Helsesrom Helgeland, skal også sikre større grad av digital oppfølging av pasienter i rurale strøk. For større måloppnåelse på dette området bør helseforetakene i regionen samarbeide med mål om økt grad av digital oppfølging, særskilt gjelder det kontroller til UNN Tromsø fra Helgeland.</p>				

7.0 Bemanning og kompetanse

FTP	57	<i>Videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.</i>	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset har utarbeidet en mangfoldserklæring som er en del av alle stillingsutlysninger og forplikter å kalle inn kvalifiserte søkere uavhengig av kjønn, alder, funksjonshemming, nasjonal eller etnisk bakgrunn eller har hatt et lengre opphold fra arbeidslivet. Helgelandssykehuset har også utarbeidet veileder for å redusere feilkilder ig diskriminering i forbindelse med rekrutteringsprosesser. Videre er det utarbeidet mal for strukturerte</p>				

kompetansebaserte intervju, Metoden har god prediktiv validitet samtidig som den bidrar til å redusere bevisst og ubevisst diskriminering.
 HR har 2 sertifiserte ansatte i evne- og personlighetstesting for å øke bruken av anerkjent metodikk som bidrar til redusert diskriminering.
 Det er innført positiv særbehandling i forhold til Samiskspråklig kompetanse.

<i>RHF</i>	<i>58</i>	<i>Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for ledelse- og lederutvikling og utarbeide oppdatert handlingsplan.</i>	<i>UNN</i>	<i>Årlig melding</i>
<i>Rapporteringstekst:</i>				

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

<i>FTP</i>	<i>59</i>	<i>Videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur.</i>	<i>Alle</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	-----------	---	-------------	----------------------

Rapporteringstekst:

Stillinger på sengeposter lyses ut som 100 % stilling på tross av ledighet i deltidsstillinger. Vikariater lyses ut som 100 % faste stillinger ut fra rekrutteringssituasjonen. I tillegg gjøres det vurderinger i forhold til deltidsansatte som over en periode på 12 måneder har jobbet ut over sin stillingsstørrelse. Disse får økt opp stilling tilsvarende variabel jobbing de siste 12 måneder.

FTP	60	Redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i foretaket er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Rapporteringstekst:

Foretaket har i dag sykehusdrift på tre lokalisasjoner (Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana). I tillegg DMS i Brønnøysund. Helgelandssykehuset innførte klinikkstruktur og klinisk gjennomgående organisering august 2021. Klinikksjef har overordnet lederansvar på tvers av lokalisasjoner. Stedlig ledelse ivaretas av avdelingsleder og enhetsleder. De aller fleste ansatte har sin nærmeste leder stedlig på den lokasjon der de har sin jobb, men noen har leder lokalisert på en annen geografisk enhet. Ledere med ansatte på flere lokalisasjoner har krav om å jevnlig være til stede på alle lokalisasjoner og tilrettelegge for å fysisk kunne møte sine ansatte. Prehospital klinikk har leder fysisk tilstede ved enhetene Pasientreiser og AMK/legevaktsentralen. Bil- og båtmambulansetjenesten er delt i fire soner, og enhetslederne er lokalisert ved hovedstasjonen i hver av sonene (Sandnessjøen, Mo i Rana, Mosjøen og Brønnøysund). Hver sone/enhet har 3-4 ambulansestasjoner. Den daglige stedlige ledelsen ved de perifere stasjonene ivaretas av vakthavende fartøysjef. Luftambulansenheten i Brønnøysund har stedlig enhetsleder, men denne pendler og har ikke kontinuerlig fysisk tilstedeværelse.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

RHF	61	Øke antallet helsefagarbeiderlæringer sammenlignet med 2021. Økningen i perioden 2019-2023 skal være på minimum 20%.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Opptrappingsplanen for antall lærlinger følges.

FTP	62	Iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Helgelandssykehuset har jobbet systematisk med utdanningsplaner og etablert samarbeidsavtaler med flere av de større sykehusene for å sikre gode og smidige utdanningsløp. Vi har i 2022 ansatt utdanningskoordinerende overlege, utdanningsansvarlige overleger innenfor hvert fag, og etablert overordnet utdanningsutvalg. Det er etablert felles stipendavtale for LIS2/3 for å sikre bedre rekruttering spesielt av kandidater som har lokal tilknytning til Helgeland. Employer branding – rekrutteringsprosjekt i regi av HR avdelingen. Annonsering nasjonalt og lokalt.

RHF	63	Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: GAT gjenspeiler all planlagt og faktisk arbeidstid for faste ansatte. Noen klinikker mangler registrering på vikarer fra vikarbyrå, men dette har man som mål skal komme på plass innen kort tid.</p>				

RHF	64	Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Her er vi kommet langt. Flere klinikker er allerede innenfor kravet. Ved kirurgisk klinikk har man startet et prosjekt med oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider ved kirurgisk sengepost i Sandnessjøen, skal deretter implementeres i øvrige avdelinger. Oppgaveglidning fra lege til sykepleier er gjort innenfor øye, hud, ortopedi, urologi. Det er også igangsatt ytterligere oppgavedeling fra lege til sykepleier innenfor ortopedi innenfor frakturbehandling. Dette er et samarbeid mellom ortopeder, sykepleiere i akuttmottak og poliklinikker ved alle sykehusets lokasjoner. (frakturklinikk, samarbeid mellom akuttmottak, ortopeder, poliklinikker alle lokalisasjoner). Alle tre operasjonsavdelingene har ansatt helsefagarbeider som får tilpasset opplæring og de er en ressurs som bidrar med å forbedre logistikken i avdelingene. På kreftpoliklinikkene er det ansatt helsefagarbeidere og helsesekretærer som bidrar med bla. med administrative oppgaver og frigjør dermed kreftsykepleierressurser til pasientbehandlingen.</p>				

HoD	65	Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, jordmor, operasjon- og kreftsykepleie (ABIJOK) skal økes til følgende (Se tabell i OD): - UNN 80 - NLSH 40	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

		-FIN 15 -HSYK 15		
<p>Rapporteringstekst: Det er vedtatt 16 utdanningsstillinger (helårseffekt) i 2022 innen spesialsykepleie ABIOKJ i Helgelandssykehuset HF og foretatt tilsetning i tråd med dette. Kravet er innfridd.</p>				

HoD	66	Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Det er utarbeidet oversikt over egne ansatte jordmødre; antall, alder, antall ledige stillinger og antall under utdanning. Denne oppdateres årlig slik at det sikres kontinuerlig oversikt over tilgang og behov</p>				

RHF	67	Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset deltar i prosjektet Godt Planlagt. Medisinske leger ved Mo i Rana er plukket ut som pilotavdeling. Helgelandssykehuset har deltaker både i prosjektgruppen og i styringsgruppen.</p>				

RHF	68	Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningscenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.	FIN, UNN, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset startet opp jobben med utredning av foretaksinternt bemanningscenter. Prosjektet ligger i praksis på vent. Fokuset er for tiden først og fremst på «Bemanningsprosjektet», som skal strukturere arbeidstidsplanleggingen med et lengre perspektiv. Alle legeleie frå byrå er sentralisert.</p>				

RHF	69	Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningscenter.	NLSH	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

7.3 Utdanning av legespesialister

RHF	70	Tilby øremerkede utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (ALIS) i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022-2026. Se tabell i OD.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Vi har samarbeidsavtale om ALIS med kommuner på Helgeland, som skal sikre at læringsmål for disse legene oppnås.</p>				

HoD	71	Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Det har vært jobbet aktivt med rekruttering av LIS3 i psykiatri, men man har ikke lyktes å komme i mål. Helgelandssykehuset har fått 1 ekstra øremerket stilling for LIS1 som binder seg opp mot spesialisering innenfor psykiatri.</p>				

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

RHF	72	ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.	Alle	2. tertial og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Oppfølging hadde i fjor en foretaksscore på 66, dette skyldes i hovedsak lav score på «Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedringskartleggingen». Det er laget rapporteringskjematikk som alle enheter skal fylle ut status på, samt at det er understreket i foretaksledergruppemøter at klinikkjefene skal følge opp dette punktet i egen klinikk. I tillegg skal AMR på hver klinikk være tett på i oppfølgingen av ForBedring på klinikkens enheter.</p>				

RHF	73	ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.	Alle	2. tertial og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Sikkerhetsklima; I 62,4% av enhetene har 80% av medarbeiderne scoret «litt enig» eller «helt enig» Teamarbeidsklima; I 74,4% av enhetene har 80% av medarbeiderne scoret «litt enig» eller «helt enig». Fra disse temaene regnes det en faktor for «Modent Sikkerhetsklima» i foretaket basert på enheter med pasientbehandling, hvor enheten må ha over 75 i score for å kan sies å ha et modent klima. Psykososialt Arbeidsmiljø: har en gjennomsnittsscore i foretaket på 80,4. Foretaket hadde i fjor en svarprosent på 69,9%</p>				

HoD	74	Videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: HR har laget et lederutviklingsprogram for alle ledere i HSYK i samråd med AD. I dette arbeidet har vi trukket inn kvalitetsstaben i foretaket og brukt ForBedringsundersøkelses resultatet aktivt. Sentrale tema i programmet er: Foretakskultur, Psykologisk Trygghet og målinger av dette, «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», det er også blitt lagt fram ulike kvalitetsforbedringer utført på enhetene.</p>				

RHF	75	Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for sykefraværsoppfølging og utarbeide oppdatert handlingsplan.	NLSH	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p>				

8.0 Forskning og innovasjon

RHF	76	Redegjøre for hvordan strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 følges opp innen hhv. forskning og innovasjon.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Rapporteringstekst: Strategien for forskning og innovasjon 2021-2025 i RHFet ble brukt som utgangspunkt for å lage en strategi- og handlingsplan for Helgelandssykehuset for 2022-2026. Vår handlingsplan støtter den helhetlige prioriteringen ut fra overordnede føringer og inneholder konkrete handlinger som angir hvordan det skal arbeides for å realisere RHF strategiens innsatsområder. Prosessen med å lage handlingsplan har vært drevet av HFets innovasjonsutvalg og forskningsutvalg og har vært på høringer til alle ansatte, i klinikker og avdelinger og i brukerutvalg. Videre har denne blitt behandlet i stabsledermøte, i sykehusledelsen og tilslutt vedtatt i styresak 107-2021 i Helgelandssykehuset. Målet er mer og bedre forskning som svarer på pasientenes og tjenestenes behov, også for å bygge forsknings- og innovasjonskultur i den daglige driften i HFet. Aktiviteter er tidsfastsatt på tre trinn. Disse som planlegges gjennomført i 2022, i perioden 2023-2024, og aktiviteter som kommer i perioden 2025-2026. Vi har også gitt ansvar til fagfunksjonene for å gjennomføre og rapportere status. Strategi- og handlingsplanen fokuserer på å legge en større del av forskning og innovasjon som en del av den daglige driften på sykehuset. Ledere må f.eks. sette av tid og ressurser til forskning og innovasjon. Et første trinn var å bruke klinikkforankrede innovasjonsambassadører og forskningsutvalgsmedlemmer som kulturbærere. Vi vil bygge bedre infrastruktur til forskerne og gi finansiell støtte (på sikt) til forskere og forskningsgrupper, og vi legger forskning inn som mulig karrierevei. Vi krever mer aktiv deltakelse fra klinikkene på forskning, innovasjon, nettverksbygging, brukermedvirkning og samarbeid. Vi vil ha forskning jevnlig på agendaen på ledelsesarenaer (inkl. toppledelsen og styrene). Sykehusledelsen har fulgt opp handlingsplanen i løpet av 2022 ved å følge opp og vedta nye klinikknære aktiviteter fra handlingsplanen. Status på handlingsplanen skal evalueres og revideres årlig i forsknings- og innovasjonsutvalgene, hos fag- og klinikkjefene. Første gang vil bli i løpet av Q1 2023. Evalueringen bringes videre til sykehusledelsen og styret.

RHF	77	<i>Systematisk registrere (i Induct) og følge opp innovasjonsprosjekter.</i>	Alle	Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Bruk av innovasjonsplattformen, Induct, har økt gradvis i Helgelandssykehuset siden innføringsåret 2020. Vi fikk nær fordoblet antall ideer og innovasjonspoeng i 2021 forhold til 2020, fra 2 til 4 poeng. Dette økte videre, med en nesten firedobling av innovasjonspoeng fra 2021 til 2022, til 15 poeng. Et team fra Innovasjonsutvalget med 3 medlemmer og fagsjef skal evaluere og godkjenne nye ideer på Induct. Prosjektledere blir regelmessig fulgt opp av Forsknings- og innovasjonssjef (Fol sjef), for å legge til rette for forankring i klinikken. Vi deler ut innovasjonsmidler til nye ideer, gir veiledning til idehavere for å søke etter midler og gir finansiell støtte for adopsjon av nye ideer fra andre HF til Helgelandssykehuset. Vi publiserer lenker til innovasjonsverktøy på våre internettsider som innovatører kan bruke, og oppdaterte DocMap innovasjonsprosedyrer på intranett, med lenker til disse prosedyrene, for å lettere starte opp prosjekter. Disse DocMap rutinene går for eksempel på roller til innovasjonsutvalget og oppdatert policy for samarbeid med næringslivet. Vi holder også på å lage en IPR strategi for HFet, men som er forsinket fordi vi har ikke ennå rekruttert en jurist til HFet. Vi veileder i å skrive innovasjonssøknader og bygge nettverk/kontakter. Vi har i 2022 blitt medlem av Norwegian Smart Care Cluster og får tilgang til et godt faglig nettverk der og ansatte kan følge med på relevante webinarer. Vi lager egne internettsider for aktuelle innovasjonsprosjekter, pressemeldinger for nye prosjekter, og utdeler en innovasjonspris hvert annet år. Vi arrangerer hvert år på våren ukentlige forsknings- og innovasjonsforelesninger. Produktideer fra ansatte får egne kommersialiseringsløp. Vi har fortsatt flere innovasjoner med ekstern finansiering.</p>				

RHF	78	<i>Delta i og understøtte RHF-initierte arbeidsgrupper (radiologi mv) innen KI-feltet.</i>	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Rapporteringstekst:

Her er vi involvert som testsykehus i prosjektet Improving Stroke Care in North-Norway through Artificial Intelligence med Agnethe Eltoft (UNN) og Radiologi i Mosjøen. Vi deltar i prosjektet med ressurser (radiolog og nevrolog) og får tilgang til softwareløsningen. En samarbeidskontrakt har blitt underskrevet og prosjektet har fått publisitet i lokalpressen og på våre nettsider. Fol sjef på HSYK har vært med å lage KI strategien for Helse Nord og deltar i regelmessige Webinarer med Senter for Pasientnær Kunstig Intelligens. Klinikker blir oppfordret til å delta avhengig av tema på forelesningene som holdes. Vi har tidligere (med vår fagsjef Ida Bukholm) også vært med på arbeidsgruppen i personlig medisin (m/Rune Sundset, UNN).

HoD	79	<i>Legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.</i>	<i>Alle</i>	<i>Årlig melding</i>
-----	----	--	-------------	----------------------

Rapporteringstekst:

Oppstarten av erfaringsbasert masterutdannelse i e-Helse på Helgeland i august 2022 sammen med Norges arktiske universitet UiT virker som en god arena for å øke helsetjenesteforskningen, også for å lokalt spre kunnskap og kultur om helsetjenesteforskning og innovasjon. Vi holder på å behandle flere innovasjonsprosjekter, bl.a. på helsetjenesteforskning i prosjektet Helserom Helgeland der en ny tjenestemodell vil bli utviklet sammen med SINTEF for et lokalt helserom i rurale strøk. Vi har etablert et helserom på Lovund i Lurøy kommune sammen med bedriften Olaisen, for behandling innen psykisk helse og rus. Utvikling av nye verktøy som Hololens som et middel for å betjene helsetjenestene ble støttet av innovasjonsmidler fra Helse Nord RHF i 2022. Vi har en dialog med klinikkene og kommunene for å opprette hjemmesykehus (digital hjemmeoppfølging, DHO). Det finnes allerede prosjekter i sykehuset på hjemmeoppfølging, f.eks. mot søvnapne pasienter eller diabetespasienter. Vi skal kartlegge, forankre og videreutvikle mot en digital løsning. Prosessen med å søke etter midler fra HDIR for DHO startet i Nov 2022. Intensjonsavtale med kommunene er laget, og søknad sendes inn primo 2023. Vi er også i prosessen med å ansette en forsker med professorkompetanse i e-Helse i en 20 % stilling på Helgelandssykehuset som kan bidra til å forske og utvikle nye måter for å levere digitale løsninger og helsetjenester. Her er målet at vi skal søke etter flere eksterne forsknings- og innovasjonsmidler. Som tidligere nevnt deler vi også ut årlige interne innovasjonsmidler. Siden vi har i 2022 blitt medlem av Norwegian Smart Care Cluster, får vi tilgang på gode innovasjonsråd, -nettverk og -forelesinger for å utvikle våre fremtidige digitale helsetjenester. Vi har også startet opp kvalitetsprosjekter for å øke kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen, f.eks. et prosjekt mot postoperative komplikasjoner etter laparoskopi operasjoner.

HoD	80	<i>Øke antallet kliniske studier jf nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 %, sammenlignet med 2021.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO</i>	<i>Årlig melding</i>
-----	----	--	---	----------------------

Rapporteringstekst:

NOR-SPRINT studien, en klinisk behandlingsstudie (KBS) innen psoriasis artritt startet opp i 2022. HFet har nylig fått støtte fra Helse Nord til en 50 % forskningsstudiesykepleier, for å øke gjennomstrømmingen av kliniske studier. Det er flere nye KBS som planlegges fra 2023 og utover. En av disse er Psoriasisartritt blant samer som en KBS, samt prosjektet Efficacy of fecal microbiota transplantation in A spondyloarthritis. Et annet prosjekt er HIA-NOR (Helse i Arbeid - Nudging av klinikers oppmerksomhet) søkes om å bli en KBS fra 2021. Denne har ikke vært registrert ennå. Formålet er å evaluere effekten av individtiltaket Helse i Arbeid, og forskjellige komponenter ved dette helsetilbudet gjennom 10 arbeidspakker der 3300 pasienter fra to randomiserte kontrollerte studier og registerdata på pasienter inngår i disse.

RHF	81	Øke antallet pasienter inn i kliniske studier.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p> <p>Vi har utvidet vår eksisterende kliniske behandlingsstudie Dialektisk atferdsterapi og suicidalitet/selvskading (v/Prof. Lars Mehlum UiO) fra Sandnessjøen til VOP Mo i Rana. En foreløpig rapport for 2022 viser at antall pasienter for dette prosjektet i 2022 er 10 i forhold til 11 pasienter i 2021. Dette er faktisk en nedgang på 10% for dette prosjektet, til tross for utvidelse av studien. Det er gitt melding fra prosjektleder at HIA-NOR prosjektet (se punkt 80) vil søke om å få etterregistrert studien som en klinisk behandlingsstudie. Hvis dette prosjektet blir godkjent av OuS som en klinisk behandlingsstudie, vil det gi en massiv økning av antall pasienter som kan inkluderes i kliniske studier for Helgelandssykehuset, også retrospektivt fra 2021. Det er snakk om opptil flere hundre pasienter i perioden 2021-2024. Totalt antall pasienter for alle våre KBS i 2022 rapporteres fortløpende først i løpet av våren.</p>				

FTP	82	Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p> <p>Handlingspunkter mot dette er satt inn i vår handlingsplanen for Forskning og innovasjon frem mot 2026. Først punkt i undersøkelsen var at pasientenes tilgang til KBS er ikke god nok. Vi har inkludert i vår handlingsplan om å gi pasienter tilgang til kliniske behandlingsstudier. Vi samarbeider aktive med brukerutvalg og ønsker at brukere komme med nye forskningsideer og definere forskningsspørsmål. Vi har også som et punkt å bruke brukerne også aktivt i formidling av forskningsresultater, for å nå ut til pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende skal i størst mulig grad delta i alle faser i innovasjonsprosjekter (planlegging, utvelgelse, vurdering, formidling). Vi ber også prosjektledere om å publisere og oppdatere kliniske behandlingsstudier på Helgelandssykehusets egne nettsider, helsenorge.no og på Cristin.no. Det nevnes også i undersøkelsen at KBS er ikke tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen og styrer i HF/RHF har lite oppmerksomhet mot forskning. Vi har et mål i handlingsplanen om å integrere pasienter i kliniske behandlingsstudier og øke oppmerksomheten i styrer og RHF mot forskning. I forhold til 2020 og 2021 der vi hadde noen styresaker vedrørende forskning og innovasjon, har det ikke vært noen styresaker mot forskning i 2022. Til gjengjeld har det vært flere saker som har blitt behandlet internt i sykehusledelsen (handlingsplan for likestilling for forskning og innovasjon, oppnevning av medlemmer til forskningsutvalg og innovasjonsutvalg, policy for samarbeid med næringslivet, statutter for forskning- og innovasjonspriser, oppnevning av råd for behandling av personopplysninger). Vi har sagt i vår handlingsplan: Å ha forskning jevnlig på agendaen på ledelsesarenaer (inkl. toppledelsen og styrene). Hvert år rapporteres det status på forskning i sykehusledelsen og styret. Forskning tas inn under vanlig sykehusdrift. Organiseres på alle klinikkene. Klinikksjefer er med på å bygge kultur for forskning. Dette skal følges opp med en årsberetning av helseforetakets samlede bidrag mot forskning til foretaksledelsen og styret. Det er gitt fire spesifikke råd av riksrevisjonen at det er spesielt viktig at å legge til rette på klinikknivå og avdelingsnivå for at helsepersonell skal kunne drive med klinisk studier. (1) Skjermet tid til kliniske studier. Her har vi sagt i handlingsplanen at: klinikksjefer er med på å bygge kultur for forskning og skal godkjenne bruk av tid og ressurser til forskning og innovasjon på de enkelte klinikkene. Forskning tas inn under vanlig sykehusdrift og organiseres på alle klinikkene. Forskningsaktivitet – tid avsatt til forskning for hver person registreres i GAT. Vi skal etablere en pilot på dette i 2023 (kirurgisk klinikk). Forskning skal være på agendaen regelmessig i relevante interne fagmøter (f.eks. klinikkemøter/ avdelingsmøter). Det innføres årlige planer for å øke relevant forskning på klinikker –</p>				

også sammen med eksterne partnere. Legge til rette for frikjøp av arbeidstid for helsearbeidere som vil forske med fordeling i drift/forskning som f.eks. 80:20 til 50:50. Legge til rette for frikjøp av arbeidstid for helsearbeidere som vil innovere. (2) Forskningsstøtte i form av støttepersonell som kan gi råd og avlaste. Våre prosjektledere har blitt oppfordret til å delta på GCP kurs. I vår handlingsplan for forskning og innovasjon sier vi at i perioden 2022- 2024 bør det legges til rette for å utdanne lokale kliniske studiesykepleiere som kan hjelpe til med forskning. Det bør være flere som er utdannet studiesykepleier eller prosjektmedarbeidere på hver klinikk/lokasjon. Vi har nylig fått innvilget en 50 % forskningsstudiesykepleierstilling fra Helse Nord RHF for klinisk utprøving og testing, og denne personen har blitt opplært via Norcrin sitt kurs i studiesykepleie. Studiesykepleieren har også deltatt i gjennomføringen av to kliniske forskningsprosjekter høsten 2022 og fortsetter på den ene KBS NOR-SPRINT våren 2023, eventuelt på et nytt KBS prosjekt etter sommeren 2023. Vi har optimalisert våre interne prosesser ved å formalisere hvordan vi driver forsknings-, kvalitets- og innovasjonsprosjekter. Vi har adoptert relevante Norcrin SOPer som en del av vårt interne DocMap prosedyrer for klinisk forskning og gjort disse tilgjengelig på våre intranettsider. Vi har også blitt med Nortrials publiserte oversikt over hvilke terapiområder vi kan delta i med hensyn til KBS, og vi har oppgitt kontaktperson fra foretaket til dem. Vi får jevnlig tilbud om å være med i nye kliniske behandlingsstudier. Disse tilbudene videresendes fra forskningssjef til relevant klinikk/sjef med kopi til medisinsk direktør. Vi deltar regelmessig i møter om nye desentraliserte kliniske studier. (3) God nok tilgang til rom og nødvendig utstyr. Her er bygningsmassen per i dag uforandret, men dette er med i planen til nye Helgelandssykehuset. Vi er med på en kunstig intelligens prosjekt for å bedre vår billeddiagnostikk og får tilgang til ny software. (4) Ledere som ser verdien av og prioriterer forskning. Ved at vi gir klinikkssjefer mer fullmakt til å drive forskning fra klinikken sine, er det viktig at de hyppigere ser og prioritere forskning. Ledere må være villige til å gi opplæring av klinikere innen klinisk forskning (f.eks. delta på GCP kurs), og la klinikere delta i studier og inkludere pasienter i større grad i kliniske behandlingsstudier. Det er oppløftende at forskning er mer fremhevet i sykehusledelsens saker. I vår handlingsplan har vi sagt at Avdelingsledere må identifisere hvem som har interesse i å forske på avdelingene, og ta det med som et punkt i medarbeidersamtalene.

Riksrevisjonen sier videre: Helgelandssykehuset HF hadde i 2017 som mål å komme opp på 0,8 % andelen av totale driftskostnader mot forskning som en del av totale driftskostnader innen 2021, men i 2019 var andelen totale driftskostnader mot forskning kun på 0,2 %. Det oppdaterte fokuset på forskning og innovasjon på sykehuset vil sikkert ha positive ringvirkninger på større andel av driftskostnader brukt på forskning og innovasjon.

9.2 Anskaffelsesområdet

RHF	83	Legge til rette for interne prosesser som på en forutsigbar måte sikrer involvering av interessenter i forbindelse med felles anskaffelser, nasjonalt og regionalt.	Alle	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Innkjøp har dedikert ressurs som følger opp kliniske og tekniske fag for etablering og oppfølging av arbeidsgrupper i anskaffelsene.</p> <p>Innkjøp evaluerer alle anskaffelsene individuelt for hvilken oppfølging som kreves; type kompetanse, sammensetning av faglig kompetanse og bruk av referansegruppe.</p> <p>Innkjøp har satt opp faste ukentlige arbeidsmøter med implementering av avtaler med sluttbrukere.</p>				

RHF	84	Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: Oppgavene er prioritert og det arbeides kontinuerlig med for å sikre leveranse.</p>				

RHF	85	I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: HSYK bidrar med ressurser og kompetanse i alle relevante fora</p>				

RHF	86	Bidra til rullering av regionalt beredskapslager ved å gjøre uttak av definert sortiment fra beredskapslageret til forbruk i sine sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: HSYK jobber kontinuerlig med dette.</p>				

10.0 Teknologi

RHF	87	Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Rapporteringstekst: HSYK benytter HNIKT til innføring gjennom bl.a. "Felles Innboks»</p>				

RHF	88	Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteaftaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	--	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:
 HSYK jobber kontinuerlig med oppdatering av nødvendige avtaler. Det avdekkes likevel stadig systemer uten avtaledekning.

RHF	89	Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:
 HSYK deltar i styringsgruppen for RAF-prosjektet. Prosjektet ledes av HNIKT og er fortsatt i konseptfase. Kravet er således ikke ferdigstilt.

RHF	90	Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:
 Forslag til drifts- og forvaltningsmodell av MTU revideres etter erfaringsutveksling med de andre helseregionene i begynnelsen av 2023. Overtakelse av MTU-applikasjoner til HNIKT er satt på vent til disse modellene er revidert, samt at tjenestetteam har fått på plass nødvendige ressurser for drift og forvaltning av disse.

RHF	91	Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:
 HSYK samarbeider og deltar i alle infrastrukturprosjekter forbundet med oppdraget (MODI, HIS). Alle oppgavene er imidlertid ikke overført og vil nok ta flere år å fullføre.

RHF	92	Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:

Kravet er ikke ferdigstilt siden applikasjoner ikke er en del av løsningen "Asset Management". HSYK følger prosjektet "Asset Management" gjennom HIS2-programmet, og p.t er klienter registrert i løysinga.

RHF	93	Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	--	------	-----------------------------------

Rapporteringstekst:

Oversikt er oversendt til helse Nord innen 1/9 og oppdatert ved flere anledninger i samråd med HNIKT.

RHF	94	På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nord's infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).	HN IKT	Årlig melding
-----	----	--	-----------	---------------

Rapporteringstekst:

11.0 Bygg og kapasitet

FTP	95	Utarbeide verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

Vedlikeholdsplan revideres årlig, med bakgrunn i tilstandsanalyser og årlige kontroller på bygningsdeler der vi prioriterer dynamisk i forhold til akutte behov. Måloppnåelse, fastsatte mål, vil alltid være basert på tildelinger av midler. Situasjonen i dag er slik at vi har et vedlikeholdsetterslep på mer enn 700 millioner. Dette for å oppnå en akseptabel tilstandsgrad.

FTP	96	Anvende oversikt over tilstanden på medisinsk-teknisk utstyr som grunnlag for å følge opp planer for utskifting.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Rapporteringstekst:

MTA benytter aktivt MEDUSA for å kartlegge gammelt utstyr, gjøre levetidsvurderinger sammen med erfarings og bruksvurderinger fra ingeniører og teknikere ved MTA og brukererfaringer. Disse danner grunnlag for investeringsbehov til PRIU.

Oppdrag gitt i foretaksmøter:

6. april 2022:

Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF bes om å:

FTM	a)	forberede seg på en stor flykningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse blant annet sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Rapporteringstekst: Helgelandssykehuset har vært forberedt på dette, og har sikret kapasitet til tuberkulosescreening				

FTM	b)	etablere mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina og sørge for behandling og oppfølging av disse pasientene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Rapporteringstekst: HSYK har vært forberedt på å kunne ta i mot slike pasienter dersom det skulle bli behov. Retningslinjer er gjennomgått.				

For å oppnå resultatkravet i 2022 skal Helse Nord IKT HF:

FTM	a)	Innen 10. mai 2022 gjennomgå og begrunne endring i egen bemanning siden 1. januar 2019 til 31. desember 2021, samt forespeilet bemanningsøkning frem t.o.m. 2023. Oversikten skal synliggjøre effekt av ferdigstilling av arbeidet med FRESK.	HN IKT	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

FTM	b)	Foreslå tiltak som kan redusere ressursbruk innenfor drift, forvaltning og prosjektgjennomføring, med virkning fra 2022. Tiltakene innenfor Regional plan for informasjonssikkerhet skal skjermes.	HN IKT	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

FTM	c)	Sikre at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.	HN IKT	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

For å oppnå resultatkravet i 2022 skal Sykehusapotek Nord HF:

FTM	a)	Innen 10. mai 2022 gjennomgå og begrunne endring i egen bemanning siden 1. januar 2019 til 31. desember 2021.	SANO	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

FTM	b)	Foreslå tiltak som kan redusere med virkning fra 2022.	SANO	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

FTM	c)	Sikre at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.	SANO	Årlig melding
Rapporteringstekst:				

15. august 2022:**Reviderte/nye oppdrag for 2022:**

FTM	1	Rapportere på bruk av vikarer i ambulansetjenesten i årlig melding for 2022. Rapporteringen skal vise utviklingen i bruk av vikarer fra tidspunktet akuttmedisinforskriften trådte i kraft og fram til utgangen av 2022. Rapporteringen skal også inneholde helseforetaket vurdering av bruk av vikarer i ambulansetjenesten.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Rapporteringstekst:</p> <p>Vikarer benyttet i ambulansetjenesten i perioden 1. mai – 31. desember 2022 har tilhørt følgende kategorier:</p> <p>Autorisert ambulansarbeider antall: 19</p> <p>Autorisert paramedisiner antall: 6</p> <p>Annet autorisert helsepersonell (ikke ambulansarbeider/paramedisiner) antall: 7 (sykepleiere, fysioterapeuter med vikarkurs)</p> <p>Andre års lærling i ambulansesfag antall: 8</p> <p>Paramedisinstudent som har fullført og bestått andre studieår av fulltidsstudiet eller tredje år av deltidsstudiet antall: 4</p> <p>Andre (spesifiser bakgrunn og antall): legestudent 5 året med vikarkurs: 3</p> <p>Endring i Akuttmedisinforskriften har ikke medført at Helgelandssykehuset har endret praksis med hensyn til krav til vikarenes helsefaglige kompetanse. En utfordring har imidlertid vært at begge ambulansarbeiderne på bilen skal ha førerkort for kjøretøyklassen. De fleste av våre ambulanser krever C1-førerkort (opp til 7500 kg), og det er det ikke alle vikarene som har. Vi har tatt opp med utdanningsinstitusjonene betydningen av at studentene erverver seg C1-førerkort, slik at de kan benyttes som vikarer når de har oppnådd det helsefaglige kompetansekravet.</p>				

FTM	2	<i>Rapportere erfaringer med de lovpålagte ordningene for koordinering og med forløpskoordinator, samt å komme med innspill til forbedringsmuligheter slik at intensjonene med ordningene kan realiseres. Frist for oppdraget er 1. november 2022.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Intensjonen med ordningen pakkeforløp kreft/forløpskoordinatorer var god. Etter innføringen har det utvilsomt blitt et økt fokus på raske forløp for kreftpasienter. Det finnes likevel mange forbedringsområder med ordningen. En intern gjennomgang/ evaluering viser at ved oppstart av ordningen ble det gitt dårlig opplæring, og forløpskoordinatorer har i stor grad måttet lære seg oppgavene på egen hånd. Det er viktig ved implementering av nye funksjoner at det følger med klare mål og instruksjoner for arbeidsoppgaver. Forløpskoordinatorer angir at de har hatt for lite kontakt med de aktuelle fagmiljøene; de har ikke hatt god nok oversikt over planer, aktivitet etc. i klinikkene. Forløpskoordinatorer er ansatt i ulike klinikker (medisin og kirurgi), og koordineringen dem imellom har heller ikke vært god nok. Informasjonsflyten har ikke vært tilstrekkelig, og informasjon fra f.eks. HOD har dermed heller ikke vært formidlet på en god nok måte. Uklarheter rundt registreringspraksis, kodeverk etc. har vært vanskelig å få entydig tilbakemelding på. Helgelandssykehuset har til sammen 3 stillinger forløpskoordinatorer kreft. Vi ser mange forbedringsområder som vi kan løse internt, bl.a. tettere samarbeid og koordinering med inntakskontor, tettere samarbeid med aktuelle fagmiljø og bedre koordinering mellom forløpskoordinatorer. Det er allerede igangsatt møteserier mellom fagstab og forløpskoordinatorer, der også klinikkledelse tas med ved behov</p>				

FTM	3	<i>Oppsummere hvordan det legges til rette for desentralisering av spesialisthelsetjenester. Frist for oppdraget er 1. desember 2022. Det innebærer at frist for oppdraget om flytting av elektiv aktivitet framskyndes.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>HSYK har vurdert konkret en del operasjoner der det er ventelister i regionen og ved de store sykehusene. En liste over denne ledige kapasiteten er levert til Helse Nord RHF og til Nordlandssykehuset. HSYK har signalisert til Helse Nord at det er ønskelig at det regionale nivået bidrar i å få til en slik flytting av aktivitet som kan bedre utnyttelse av den totale kapasiteten.</p> <p>Klinikk psykisk helse og rus er i gang med å ta over en del pasienter som tidligere har blitt henvist til Autismeteam i ved NLSH og pasienter som tidligere har blitt henvist til Barnehabiliteringen ved NLSH.</p> <p>HSYK vil i det videre vurdere mulighetene også innenfor andre fagområder der det kan være mulig og hensiktsmessig å flytte aktivitet fra større til mindre sykehus.</p> <p>I tillegg til dette har Helgelandssykehuset etablert DMS i Brønnøysund som skal sikre desentrale spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen på Sør-Helgeland. DMS er fortsatt under videreutvikling i forhold til tjenestetilbudet. Det jobbes også med utredning av det framtidige tjenestetilbudet i Mosjøen ihht. vedtak om framtidig sykehusstruktur på Helgeland.</p>				

--

<i>FTM</i>	4	<i>Det vises til overordnede føringer i oppdragsdokumentet for 2022 hvor det står at kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefellesskapene. Kommuneoverlegene har samfunnsmedisinsk kompetanse som vil være av stor verdi for helsefellesskapene. Det er imidlertid opp til de samarbeidende kommunene om, og i så fall på hvilke arenaer, de vil involvere kommuneoverlegene i helsefellesskapene.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding</i>
------------	---	---	---	----------------------

Rapporteringstekst:
 Etablering av Helsefellesskap Helgeland er planlagt til 4. mai 2023. Kommuneoverlegene inviteres inn via interkommunal samhandlingsleder.