

# Tertialrapport 2. 2022 for Helgelandssykehuset



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE



## **Innhold**

Krav i oppdragsdokument 2022:.....	3
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder.....	3
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	4
4.8 Beredskap .....	4
5.9 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	4
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	5
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS) .....	6
9.2 Anskaffelsesområdet.....	6
10.0 Teknologi.....	7

## Krav i oppdragsdokument 2022:

### 3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<b>Rapporteringstekst:</b> Det pågår et nasjonalt arbeide med definering av gevinststørrelser på forbedringstiltakene. Arbeidet ledes av Pasientreiser HF og Controller Roger Mathisen (fra HSYK) er HN sin representant i dette arbeidet. Straks arbeidet med å definere hva som skal beregnes som gevinst vil HSYK rapportere på dette.			

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
<b>Rapporteringstekst:</b> Arbeidet med gevinstrealisering er beskrevet i Krav 3. Det foreligger derfor ingen tall som viser status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på dette området. Avdelingsleder Arve Smedseng er HN sin representant i arbeidet med å standardisere nasjonale innkjøpsavtaler for landeveis transport (taxi). Dette er et av flere tiltak for effektivisering og kvalitetsfremming på området reiser med rekvisisjon.			

9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<b>Rapporteringstekst:</b> 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 Autismeteamb 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.			

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

35	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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilbyr vurderingssamtale der det er behov for det. Dette inkluderer også henvendelser som tilsier at det er behov for rask avklaring.</p>			

### 4.8 Beredskap

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
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          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.</p>			

### 5.9 Samhandling med primærhelsetjenesten

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"> <li>o 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.</li> <li>o 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.</li> <li>o Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen</li> <li>o Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres</li> <li>o I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene</li> </ul>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          Det er ikke etablert Helsefelleskap på Helgeland. Det kan forventes at dette etablert innen utgangen av 2022. Når Helsefelleskap er etablert vil Helgelandssykehuset gå i dialog med kommunene om punktene i kravet. 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>Psykisk helse og rus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FACT og FACT ung: samarbeid med Rana og Hemnes kommune Driftes med prosjektmidler</li> <li>• Sømløs behandling: samarbeid med Vefsn kommune. Driftes med prosjektmidler</li> <li>• AAT (akutt ambulant team)</li> </ul> <p>Akuttmedisinsk klinikk:</p>			

- 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.

Læring- og mestringstilbud:

- Mestringstreff
- Helserom Helgeland
- Pårørendekurs innen psykisk helse og rus

Deltakelse i nasjonalt læringsnettverk «Gode pasientforløp» i samarbeid med 12 kommuner på Helgeland

Prehospital klinikk:

Det er etablert et faglig samarbeidsutvalg (FSU) mellom Helgelandssykehuset og kommunene Hattfjelldal, Grane og Vefsn. Disse kommunene er pilot for samordning av rutiner og handlingsplaner knyttet til prehospital trombolyse til pasienter med STEMI, ref. prosjektet Trygg akuttmedisin.

<b>54</b>	<i>Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
-----------	---	---	------------------------------------

**Rapporteringstekst:**

Det er inngått avtale med Hemnes kommune om diabetesoppfølging nært hjemmet. Avtalen er ikke undertegnet. Dette forventes å skje i løpet av høsten -22.

## **7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell**

<b>63</b>	<i>Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
-----------	---	---	--

**Rapporteringstekst:**

Arbeidet går veldig bra, konkret status er:

- MED klinikk: Alle vikarer er registrert i gat
- KIR klinikk: Alle vikarer er registrert i gat
- PHR: Alle inne i GAT med unntak av noen innleiespesialister fra firma.
- AKM klinikk: Vil sikre at alle vikarer som er leid inn via byrå har registrert arbeidstiden sin i GAT.
- Prehosp: All arbeidstid blir registrert i GAT med unntak av ambulanshelikopterlegene, som har inngått særavtale om gjennomsnittsberegnet arbeid under hvilende vakt.

<b>64</b>	<i>Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
-----------	---	---	--

**Rapporteringstekst:**

Her er vi kommet veldig langt. Flere klinikker er allerede innenfor kravet.

Ved kirurgisk klinikk har vi 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 igangsettes nå 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.

67	<i>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.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          Prosjektet med avansert oppgaveplanlegging har vært orientert om i HR sjefsmøter tidligere i år. HSYK ble tidligere i år orientert fra HR direktør i Helse Nord om at oppstart av arbeidet i prosjektgruppen ville starte i løpet av mai/juni. Første møte i styringsgruppen ble gjennomført i august, og HSYK har en representant inn der. HSYK har også representant inn i prosjektgruppen og vil fortløpende vurdere eventuell annen kompetanse som trengs inn i dette arbeidet. Arbeidet på regionsnivå henger tett sammen med det arbeidet som gjøres med bemanningsplanlegging i foretaket, men foretaket lar ikke den interne prosessen vente på regionsprosessen. Man tenker heller at det som kommer fram i den regionale prosessen kan innarbeides i den lokale prosessen underveis.</p>			

#### **7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

72	<i>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</i>	Alle	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          Foretaket har ikke tidligere år nådd mål på minst 75; følgende plan er laget;          Det er i ledergruppa bestemt at status på enhetene når det gjelder oppfølging av Forbedringsundersøkelsen følges opp i AMR på klinikkene, og i klinikkledermøter, ved hjelp av et felles excel ark.          Det rapporteres på dette før sommerferien og tidlig høst, hvor oppfølging følges opp. Tiltaket er også en del av evalueringen av årets forbedringsundersøkelse.          Ansvarlig konsulent i HR, rapportere på dette og følger opp at tiltakene følges opp i HF'et, og klinikker med lav score blir fulgt opp.</p>			
73	<i>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.</i>	Alle	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p><b>Rapporteringstekst:</b>          Score er over målet, og handlingsplan ikke laget.</p>			

#### **9.2 Anskaffelsesområdet**

84	<i>Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Drift og eiendom har satt av ressurser og prioriterer samordning av avtaler og artikkelregister i samarbeid med REFIL.</p>			

85	<i>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</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Det pågår fortsatt arbeid med fordeling av kategoriene mellom foretakene i Helse Nord. HSYK ved Drift og eiendom deltar i arbeidet.</p>			

## 10.0 Teknologi

87	<i>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.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> HSYK deltar i prosjektet som ledes av HNIKT.</p>			

88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Dette kravet er en del av handlingsplanen til informasjonssikkerhet, og status pr. 30.08 er «grønn» – framdrift ihht. plan. Fokuset fram til nå har vært å levere versjon 1.0 av systemoversikten, som et grunnlag for kartleggingsarbeidet med dette kravet.</p>			

89	<i>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.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> HSYK deltar i prosjektet som ledes av HNIKT.</p>			

90	<i>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</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	------	-----------------------------------

	<i>informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>		
<p><i>Rapporteringstekst:</i>          Dette kravet er en del av handlingsplanen til informasjonssikkerhet, og status pr. 30.08 er «grønn» – framdrift ihht. plan. Arbeidet med kravet skal ledes av HN IKT, men informasjonssikkerhet deltar på interne bestillermøter i HSYK – som et tiltak for å ivareta dette kravet.</p>			
91	<i>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.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i>          HSYK deltar i prosjektet som ledes av HNIKT.</p>			
92	<i>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.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i>          Dette kravet er en del av handlingsplanen til informasjonssikkerhet, og status pr. 30.08 er «grønn» – framdrift ihht. plan.</p>			
93	<i>Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>Rapporteringstekst:</i>          Denne er ikke spesifisert direkte i handlingsplan for informasjonssikkerhet, men henger tett sammen med krav 88.</p>			

### **13.0 Oppfølging og rapportering**

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.»

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer.



Helse Nord RHF ber spesielt sykehusforetakene om å vedlegge oversikt over risikovurderinger tilknyttet hovedmålene angitt i Oppdragsdokumentet 2022.

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

Vedlegg:

1. Risikovurdering av styringsparameterne – 2 tertial 2022.