

Møtedato: 26. oktober 2022
Vår ref.:
2022/998-12

Saksbehandler:
Lillevoll/Holand

Dato:
20.10.2022

Styresak 142-2022

Tertialrapport nr. 2-2022

Saksdokumentene var ettersendt

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Tertialrapport nr. 2-2022* til orientering.

Bodø, 20. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Formål

Denne styresaken vil redegjøre for status pr. 2. tertial 2022 på krav i oppdragsdokument for 2022 og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Det redegjøres også for utviklingen i årsdata for utvalgte kvalitetsindikatorer.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Helse Nord RHF sine kjerneverdier, *kvalitet, trygghet, respekt og lagspill*, er fundamentet for at foretaksgruppen i Helse Nord skal levere tjenester i tråd med overordnede mål og føringer. Tertialrapport nr. 2-2022 viser status i arbeidet og skal sette oss i stand til å vurdere utviklingen mot gjeldende målkrav ved at helseforetakene redegjør for sine resultater og arbeidet som gjøres med å forbedre dem. Utarbeidelse av tertialrapporten er et *lagspill* på alle nivåer i foretaksgruppen, og bidrar til at vi lærer av hverandre for å heve *kvaliteten* og graden av måloppnåelse.

Beslutningsgrunnlag

Styret i Helse Nord RHF har i styremøtet 28. september 2022 behandlet *styresak 122-2022 Virksomhetsrapport nr. 8-2022* som redegjør for status på ventetider, fristbrudd, økonomi, bemanning og sykefravær i foretaksgruppen Helse Nord etter utgangen av august 2022. Økonomi, aktivitetsdata og bemanning har derfor begrenset plass i denne tertialrapporten.

I det følgende presenteres noen av områdene som er omhandlet i tertialrapport nr. 2-2022 (vedlegg).

Krav i oppdragsdokumentet

Vurdere flytting av elektiv aktivitet

Helse Nord RHF's vurdering er at helseforetakene i stor grad har fordelt aktivitet mellom sykehusene, ut fra tilgjengelige fagfolk, utstyr, støttepersonell og øvrige ressurser. Samtidig er det sannsynlig at det fortsatt er områder hvor elektiv aktivitet kan overføres.

Øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist

Det er utarbeidet mandat og prosjektplan, og arbeid med å rekruttere prosjektleder og involvere helsefelleskapene pågår. Arbeidet med å implementere *Trygg akuttmedisin* er omfattende, og det er ikke forventet å gi målbare effekter før i 2023 eller 2024.

Tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern

Helseforetakene har i varierende grad lagt til rette for vurderingssamtaler. Generelt tilbys vurderingssamtale hyppigere i barne- og ungdomspsykiatri (BUP) enn i voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Kombinasjonen av henvisningsmengde, ventelister, fristbrudd og få spesialister skaper utfordringer med å kunne tilby vurderingssamtaler til alle henviste pasienter.

Helse Nord RHF vil igjennom arbeid med ny *Delstrategi for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2023-2030* vurdere mulighetene for å kunne tilby vurderingssamtaler ved alle helseforetakene.

Beredskap

Alle helseforetak har gjennomført evalueringer av ansattes erfaringer i pandemien. Noen rapporter er ikke ferdigstilt ennå og vil oversendes senere i høst. Ett helseforetak har kun gjennomført evalueringen blant ledere og foretakstillitsvalgte etterfulgt av en ROS-analyse som følges opp i forhold til beredskapsledelsen. Ut fra meldinger vil alle rapportene foreligge ferdig utarbeidet innen utgangen av 2022.

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Sykehusforetakene jobber godt med å få GAT¹ til å gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid. Ved UNN er dette på plass for de fleste, men de ikke forventer å være i mål innen utgangen av 2022. Finnmarkssykehuset rapporterer at de vil være i mål i god tid før årsskiftet 2022/23. Det gjenstår noe ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, men arbeidet er satt i prosess for å få resterende enheter i mål.

Andel helsefagarbeidere utgjør 3,5 % i foretaksgruppen per tertial nr. 2-2022 og har vært uendret siden 2019. Sykehusforetakene har prosjekter pågående med fokus på endring i oppgavedeling mellom flere yrkesgrupper. Så langt har det gitt mindre endringer i andel helsefagarbeidere.

Prosjektet «AOP» (avansert oppgaveplanlegging) har endret navn til «GODT planlagt». Å etablere ni måneders planleggingshorisont er kulturelt betinget og det er vurdert som krevende å legge om praksis. Det må bli påberegnet noe tid for å få dette på plass. Den tekniske systemstøtten via integrasjonen mellom GAT og DIPS er under utvikling og har foreløpig ikke noe ferdig løsningsdesign.

Utdanning av helsepersonell

For *Forbedring*² og faktorene «*oppfølging*» og «*psykososialt arbeidsmiljø*» har helseforetakene laget handlingsplaner innen fristen 1. juli 2022, og kravene for dette er innfridd.

Anskaffelsesområdet

Det er etablert rutiner i foretaksgruppen for samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork skal gjennomføres, men det vil være en terskel som må overstiges for å komme i mål. Den samlede kapasiteten i foretaksgruppen til å opprettholde momentumet synes ikke å være på plass, og det pekes på at RHF-et (REFIL³) ikke har kapasitet til den tilretteleggingen som er forutsetningen for jobben som skal gjøres i foretaksgruppen. Vi er således ikke der vi ønsker å være på dette området.

Utvalgte kvalitetsresultater

Administrasjonen i Helse Nord RHF har gått gjennom årsdata fra nasjonale medisinske kvalitetsregister for 2021, og redegjør i tertialrapporten for utviklingen på utvalgte prioriterte områder. Områdene som er valgt ut er fulgt opp over tid i oppfølgingsdialogen med helseforetakene. Det henvises til Tertialrapport nr. 2-2022 for detaljer vedrørende redegjørelse for utvalgte kvalitetsresultater.

¹ GAT: Visma Gat Ressursstyring er en komplett løsning for bemanningsplanlegging og personalstyring

² Årlig medarbeiderundersøkelse om arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS

³ Regional forvaltningsenhet for innkjøp og logistikk

Risikovurderinger

For å oppdatere og styrke grunnlaget for risikovurderingene, ba Helse Nord RHF helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer. Det er fortsatt slik at helseforetakene gjennomfører risikovurderingene ulikt, og dette gjør at vurderingene ikke kan oppsummeres til regionalt nivå.

Helse Nord RHF reviderer regionale retningslinjer for risikostyring. Et mer planmessig og systematisk arbeid med risiko skal skaffe til veie en bedre oversikt over regionens samlede risikoområder. Det regionale nettverket for risikostyring er startet opp igjen.

Gjennom virksomhetsrapportene og andre styresaker er styret fortløpende oppdatert på status på risiko. Den økonomiske utviklingen har vært svært negativ siste tertial, og det er usikkert i hvilken grad helseforetakenes tiltaksarbeid er tilstrekkelig til å gjenvinne kontroll på driften i 2023. På grunn av den høye risikoen har styret vedtatt å etablere et *Regionalt innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord*, jf. mandat i *styresak 134-2022 Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022* behandlet i ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022.

Medbestemmelse

Tertialrapport nr. 2-2022 vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 25. oktober 2022 og drøftingsprotokollen ettersendes.

Brukermedvirkning

Det Regionale brukerutvalget fikk *Tertialrapport nr. 2-2022* til orientering den 17. oktober 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Tertialrapport nr. 2-2022 legges frem for styret i Helse Nord RHF. Helseforetakene står i en krevende situasjon, og det pågår omfattende arbeid for å møte krav til omstilling. Til tross for dette ser vi at helseforetakene i stort har aktiviteter på alle områder som inngår i tertialrapportering for andre tertial.

Regionalt innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord er etablert jf. mandat i *styresak 134-2022 Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022* som ble vedtatt i ekstraordinært styremøte den 7. oktober 2022.

Administrasjonen i Helse Nord RHF følger opp utviklingen på kravene fra oppdragsdokumentet og sentrale indikatorer i oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

Vedlegg: *Tertialrapport nr. 2-2022*

Tertialrapport T2-2022 for Helse Nord RHF

Innhold

Om tertialrapporten	4
Krav i oppdragsdokument 2022:.....	5
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder	5
3.2 Somatikk	6
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	6
4.8 Beredskap.....	7
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	8
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	8
7.3 Utdanning av helsepersonell.....	9
9.2 Anskaffelsesområdet.....	10
10.0 Teknologi	10
13.0 Oppfølging og rapportering.....	16

Helhet

Helse Nords helhetlige styringsprosess. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig.



Om tertialrapporten

Tertialrapportene for 2022 er en del av tertial- og årlig melding for 2022. Den tertialvise rapporteringen for områdene økonomi, aktivitet og personell kommuniseres i all hovedsak til styret i Helse Nord RHF gjennom månedlige virksomhetsrapporter.

Tertialrapport T2-2022 har som mål å informere styret i Helse Nord RHF om de styringsparametere som helseforetakene skal rapporteres til eier pr. 2. tertial 2022, status på nasjonale kvalitetsindikatorer og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Helseforetakene i Helse Nord er bedt om å rapportere konkret og konsist, og rapportene skal inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Nummereringen på kravene i rapporten viser til kapittel og kravnummer slik de fremgår i oppdragsdokumentet.

Krav i oppdragsdokument 2022:

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene har foreløpig ikke noen <u>målbare</u> gevinster på delprosjektene som er implementert i programmet av effektivitets- og kvalitetsfremmende tiltak på reiser med rekvisisjon. Hittil i 2022 er noen hundre reiser avbestilt og endret av pasienter gjennom selvbetjeningsløsningen. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreiskontorene og gir ingen vesentlig økonomisk besparelse.			
5	Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Implementering i Helse Nord er utsatt til tredje tertial på grunn av forsinket leveranse fra det nasjonale prosjektet.			
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
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene og det regionale helseforetaket deltar i ulike arbeids- og kompetansegrupper i de ulike nasjonale forbedringstiltakene. Gevinstrealisering fremgår av rapportering på krav nr. 3. Forbedringsprogrammet er slik at de største gevinstene oppstår når den samlede effekten av de ulike tiltakene kommer, mot slutten av programperioden (2018-2025).			
9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helse Nord RHF's vurdering er at helseforetakene i stor grad har fordelt aktivitet mellom sykehusene, ut fra tilgjengelige fagfolk, utstyr, støttepersonell og øvrige ressurser. Samtidig er det sannsynlig at det fortsatt er områder hvor elektiv aktivitet kan overføres.			

3.2 Somatikk

26	<i>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.</i>	UNN	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det er utarbeidet mandat og prosjektplan, og arbeid med å rekruttere prosjektleder og involvere helsefelleskapene pågår. Arbeidet med å implementere Trygg akuttmedisin er omfattende, og det er ikke forventet å gi målbare effekter før i 2023 eller 2024.			

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene har i varierende grad lagt til rette for vurderingssamtaler. Ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling på UNN er det etablert fast tilbud om vurderingssamtale til alle henviste, en arbeidsform de har jobbet etter siden 2015. I de andre klinikkene er det varierende grad av tilbud om vurderingssamtaler. Generelt tilbys vurderingssamtale hyppigere i BUP enn i voksenpsykiatri og TSB. I tilfeller der det er behov for ytterligere avklaringer eller at det mangler opplysninger for å kunne vurdere om pasient har rett til helsehjelp gjennomføres det oftere vurderingssamtaler. Kombinasjonen av henvisningsmengde, ventelister, fristbrudd og få spesialister skaper utfordringer med å kunne tilby vurderingssamtaler til alle henviste pasienter. Helse Nord RHF vil igjennom arbeid med ny <i>Delstrategi for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2023-2030</i> vurdere mulighetene for å kunne tilby vurderingssamtaler ved alle helseforetakene.			

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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Alle HF har gjennomført evalueringer av ansattes erfaringer i pandemien. Noen rapporter er ikke ferdigstilt ennå og vil oversendes seinere i høst. Ett foretak har kun gjennomført evalueringen blant ledere og FTV etterfulgt av en ROS-analyse som følges opp i forhold til beredskapsledelsen.</p> <p>KTV og KVO har understreket viktigheten av å involvere dem når evalueringer til de ansatte planlegges. Evalueringer bekrefter viktigheten av å sikre involvering særlig i beredskapssituasjoner som står over lang tid.</p> <p>Det er ønskelig at man har ferdige spørsmål i f.eks medarbeiderundersøkelsene når det gjelder å kunne evaluere påvirkning av de ansattes situasjon ved forskjellige beredskapshendelser som f.eks. pandemi.</p> <p>Tema som går igjen er:</p> <ul style="list-style-type: none">- Behovet for kvalitetssikret og koordinert informasjonsflyt.- Behov for å kjenne til beredskapsplanverk og ha øvd dette.- ROS-analyser som var utført i noen driftsområder var ikke kjent for de ansatte.- Tilgang på og opplæring i bruk av smittevernutstyr og smittevern varierer mellom sykehus.- Behov for god opplæring i forhold til spesifikke forhold vedrørende covid-19 viruset og smittevern (særlig i starten).- Prosedyre for bruk av hjemmekontor som kom på plass var nyttig for ledelse og ansatte.- Opplæring til omplassert personell er kommentert som svært viktig. Noen fornøyd, andre mindre fornøyd med tilbudet som ble gitt.- Noen opplevde at relevant avklaring rundt funksjoner i håndtering av pandemien ikke var utført. <p>Evaluering utført blant ansatte i HN RHF ultimo mai 2020 ga følgende forbedringspunkter i forhold til bruk av hjemmekontor:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bedre tilrettelegge for at kollegaer treffes oftere i mer uformelle fora, både fysisk og virtuelt.2. Bedre struktur og regelmessighet i arbeidsdagen med faste tidspunkt for både møter, eget arbeid, pauser og et tydeligere skille mellom jobb og fritid.3. Etablere felles tidspunkt for «lunsj med kolleger».4. Videreføre digital deltakelse i møter i den «nye normalen» <p>Disse tiltak ble tidlig fokusert og implementert i et samarbeid mellom ledelse og ansatte i RHF.</p> <p>Alle unntatt ett HF har gjennomført undersøkelser ut til alle eller et bredt utvalg ansatte. Ut fra meldinger vil alle rapportene foreligge ferdig utarbeidet innen utgangen av 2022. Det ene HF som ikke har utført en evaluering ut til alle ansatte fokuserte kun på ledelse og FTV i sin evaluering.</p>			

5.0 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> <p>- 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 - I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
----	---	-------------------------------	-----------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Arbeidet med handlingsplan er fullført/godt i gang i tre av helseforetakene, og samlet vurderes måloppnåelsen til å være god. Dette blir et godt utgangspunkt for å planlegge sammen i helsefelleskapene. Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet en slik handlingsplan, noe som kan tilskrives at helsefelleskapet ikke er etablert, men har ulike tiltak for målgruppene mot enkeltkommuner.

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

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Prosesser med å inngå slike avtaler er i gang, men dette tar tid og måloppnåelsen kan samlet sett ikke sies å være på det nivå vi skulle ønske. Ikke minst fordi leveranse av tjenester på denne måten, når det er faglig mulig, er svært ønskelig sett fra pasientenes side. Det er nødvendig både å få på plass avtaler for alle områder hvor slik tjenesteleveranse skjer og det er svært ønskelig i enda større grad å få etablert slike ordninger.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

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

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Sykehusforetakene jobber godt med å få GAT til å gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid. Ved UNN er dette på plass for de fleste, men de ikke forventer å være i mål innen utgangen av 2022. Finnmarkssykehuset rapporterer at de vil være i mål i god tid før årsskiftet 2022/23. Det gjenstår

noe ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, men arbeidet er satt i prosess for å få resterende enheter i mål.

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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Andel helsefagarbeidere utgjør 3,5 % i foretaksgruppen per T2-22 og har vært uendret siden 2019. Sykehusforetakene har prosjekter pågående med fokus på endring i oppgavedeling mellom flere yrkesgrupper. Så langt har det gitt mindre endringer i andel helsefagarbeidere.</p> <p>Nordlandssykehuset er et av foretakene med positiv utvikling og har høyest andel med 4,25 %. For at dette kravet skal bli innfridd må innsatsen bli styrket ytterligere, herunder må oppgavedeling også være tematikk ved etablering av nye tilbud/enheter.</p>			

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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Sykehusforetakene deltar inn i prosjektet som har endret navn til "Godt planlagt".</p> <p>Finnmarkssykehuset er pilot, representert ved KirOrt Hammerfest. Piloter ved øvrige sykehus er forventet å bli avklart i nær framtid. Å etablere 9 måneders planleggingshorisont er kulturelt betinget og det er vurdert som krevende å legge om praksis. Det må bli påberegnet noe tid for å få dette på plass. Den tekniske systemstøtten via integrasjonen mellom GAT og Dips er under utvikling og har foreløpig ikke noe ferdig løsningsdesign.</p>			

7.3 Utdanning av helsepersonell

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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene som har en foretaksskår lavere enn 75 for faktoren "Oppfølging" i forbindelse med undersøkelsen ForBedring har laget en handlingsplan for å nå målet om 75. Kravet er innfridd.</p>			
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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene som har en foretaksskår lavere enn 80 for faktoren "Psykososialt arbeidsmiljø" har laget en handlingsplan for å nå målet om 80. Kravet er innfridd.</p>			

9.2 Anskaffelsesområdet

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
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det er etablert rutiner i foretaksgruppen for hvordan denne prosessen skal gjennomføres, men det vil være en terskel som må overstiges for å komme i mål. Den samlede kapasiteten i foretaksgruppen til å opprettholde momentumet synes ikke å være på plass, og det pekes på at RHFet (REFIL) ikke har kapasitet til den tilretteleggingen som er forutsetningen for jobben som skal gjøres i foretaksgruppen. Vi er således ikke der vi ønsker å være.			

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
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Implementering av nasjonal styringsmodell koordineres på tvers av regionene, og er noe forsinket. Selv om mye er på plass knyttet til fordeling av ansvar er det fremdeles et stykke å gå, særlig knyttet til de medisinske kategoriene. Modellen baserer seg på å fordele et regionalt ansvar og foreløpig tilbakemelding er at det vil være utfordrende for foretakene å ta på seg dette ansvaret gitt ressursituasjonen. Gjennom oppdragsdokumentet de siste årene er det stilt krav om interessentkartlegging som skal ligge til grunn for samhandlingene som vil være et fundament i denne styringsmodell. Her er det fremdeles store hull. Vi er heller ikke her kommet dit vi ønsker å være.			

10.0 Teknologi

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
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Alle sykehusforetak melder at dette er OK. NLSH har i samarbeid med HN IKT benyttet eksterne leverandører der ressurser ikke har vært tilgjengelig i HN IKT. Arbeidet vil fortsette inn i 2023.			

88	Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det vises til Tertialrapport T1-2022. Arbeidet har tatt lenger tid enn forutsatt. Forventes ferdig innen 31.12.2022. Avtale med prosjektleder er forlenget til samme dato. Tjenesteavtaler gjennomgås når ny driftsavtale er på plass, og får også mye oppmerksomhet i oppdrag 89. NLSH melder at de har mål om å signere driftsavtale innen 1.11.2022.			

Arbeidet med underliggende tjenesteavtaler vil fortsette inn i 2023.

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	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HN IKT har etablert applikasjonforvaltningsprosjektet for å sikre fremdrift og oppfølging av kravet. Prosjektgruppen ble etablert i mai. Alle kliniske helseforetakene er invitert til deltakelse i styringsgruppen. Alle sykehusforetak melder tilbake at arbeidet pågår.</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</p> <p>SANO har teknisk og merkantil forvaltning hos FarmaPro. Denne skal fases ut. For nytt interregionalt apotekfagsystem (Orion) er forvaltning ikke avklart. Dialog med HN IKT.</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 informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Forslag til drifts- og forvaltningsmodell for MTU er utarbeidet og blir i løpet av høsten testet på utvalg av MTU-programvarer. Dette betyr at HN IKT overtar teknisk drift og forvaltning av disse tjenestene i henhold til modellen. Alle sykehusforetak melder at arbeidet pågår.</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</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>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HN IKT har etablert applikasjonsforvaltningsprosjektet for å sikre fremdrift og oppfølging (ref. krav 89). NLSH melder «Rapporter fra kartlegging planlegges ferdigstilt fra prosjektet 4. desember 2022. Det er etablert dialog med Helse Nord IKT sin kundeavdeling for å jobbe videre for å etablere nødvendige tjenesteavtaler inkludert avklaring av ansvarsforhold og oppgaver.»</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</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</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	------	--

	<i>helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv.</i>		
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Fra NLSHs tertialrapport hitsettes: «Det er gjennomført en jobb i svært godt samarbeid med Helse Nord IKT sitt HIS2 Asset management team med å få registrert alle PC klienter inn i Asset Management systemet (SMAX) til Helse Nord IKT. (...) Det gjenstår fortsatt endel arbeide med å definere de dataelementer som skal inn i Asset Management for utstyr og applikasjoner og få Asset Management systemet koplet mot resterende nødvendige register/systemer. Fra vår side bidrar vi i nært samarbeid med Helse Nord IKT sitt Asset management team.».</p> <p>Utgangspunkt for felles applikasjonsoversikt blir publisert tidlig i 4. kvartal. Arbeidsgruppe under etablering. Denne skal avklare hvilke felter som skal inngå i oversikten, og avklare ansvarsforhold og rutiner for oppdatering.</p> <p>Arbeidet vil fortsette i 2023.</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>	<i>Alle</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet fortsetter i henhold til plan. Helseforetakene melder at med dagens oversikt er det ikke avdekket applikasjoner i bruk som ikke har gyldig avtale. Finnmarkssykehuset ligger bak plan.</p> <p>Arbeidet fortsetter i 2023.</p>			

Presentasjon av utvalgte kvalitetsresultater

Administrasjonen i Helse Nord RHF har gått gjennom årsdata fra nasjonale medisinske kvalitetsregister for 2021, og redegjør her for utviklingen på utvalgte prioriterte områder. Områdene som er valgt ut er fulgt opp over tid i oppfølgingsdialogen med helseforetakene.

Reperfusjonsbehandling ved STEMI

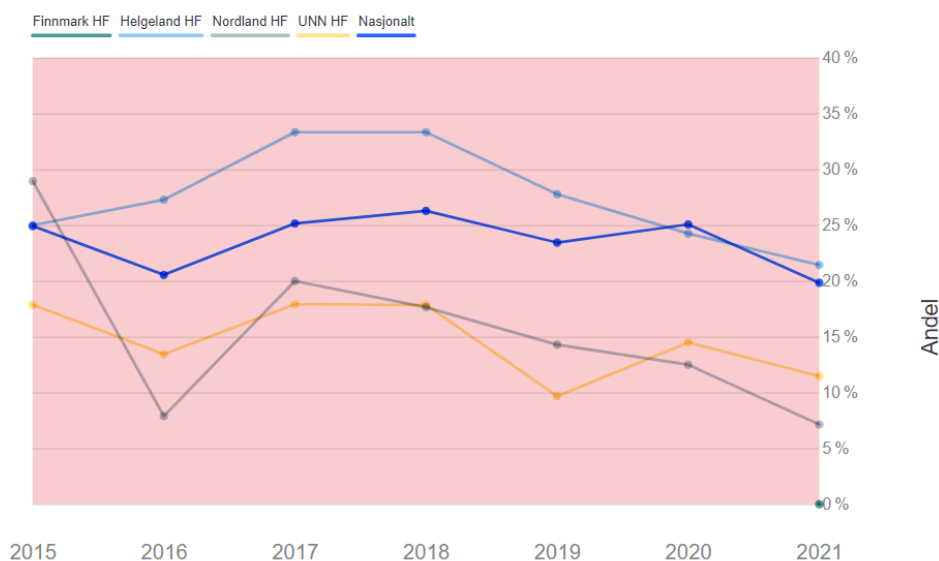
I 2021 fikk 98 % av pasientene under 85 år, blodproppløsende medisin eller utblokkning ved mistanke om tett hjerteåre. Dette er høy måloppnåelse, også når vi sammenligner med andre regioner.

Behandlingen gis imidlertid ikke raskt nok, og Helse Nord har fortsatt lavest andel pasienter som får slik behandling innen anbefalt tid (31 % mot 61 % nasjonalt).

Resultatene i Helse Nord området har vært lite tilfredsstillende over flere år. Derfor har Helse Nord RHF satt et særskilt fokus på prehospital behandling av STEMI, og foretakene har i 2022 fått i oppdrag å samarbeide i et kvalitetsforbedringsprosjekt under ledelse av UNN for å øke andelen som får behandling i rett tid.

Resultatene fra hjerteinfarktregister viser at måloppnåelsen er fallende for Helse Nord, og at bare 12 % fikk blodproppløsende behandling innen anbefalt tid i 2021.

Effekter av det regionale forbedringsprosjektet Trygg Akuttmedisin forventes først i 2023-2024.

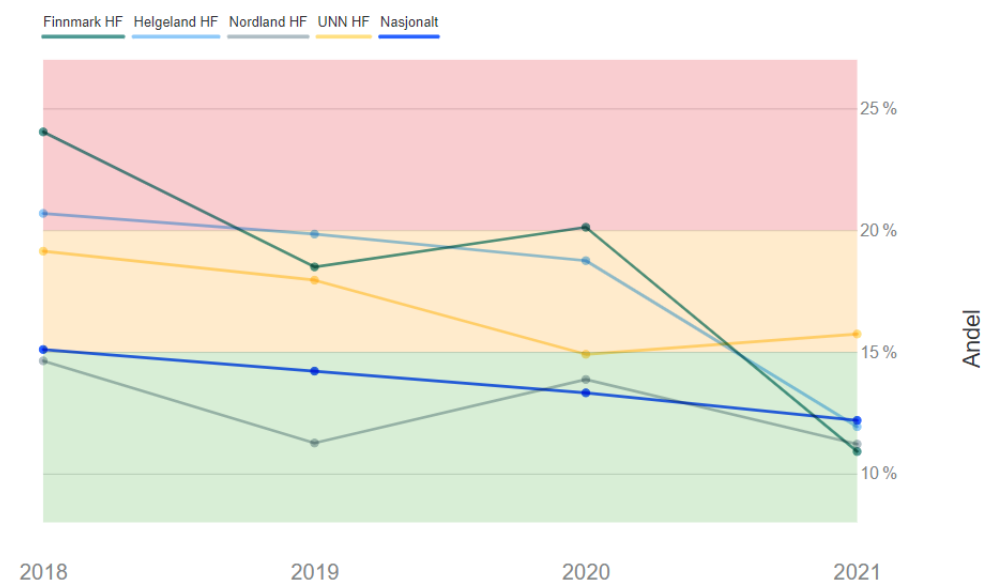


Figur 1: Andel trombolyse innen anbefalt tid ved STEMI (Kilde: Norsk hjerteinfarktregister)

Diabetes hos voksne

Andel med langtidsblodsukker under 53 mmol/mol er i tråd med ønsket målnivå, og er under 25 % ved alle helseforetak i Helse Nord.

Andelen med høyt langtidsblodsukker ($HbA1C \geq 75$ mmol/mol) er redusert for Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset fra 2020 til 2021, og ligger nå under ønsket målnivå som er lavere enn 15 %. UNN har hatt en liten økning i samme periode og ligger nå like over 15%.



Figur 2: Andel med $HbA1C \geq 75$ mmol/mol (Kilde: Norsk diabetesregister for voksne)

Hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer

Det skal tilstrebes å operere hoftebrudd innen 24 timer etter bruddtidspunktet. Foretakene i Helse Nord presterer her på linje med landsgjennomsnittet.

Det er imidlertid variasjon mellom sykehusene. For 2021 er for eksempel variasjonen stor mellom UNN Tromsø med meget lav andel (29% operert innen 24 timer) mens Harstad og Narvik har gode resultater med moderat måloppnåelse på hhv 70% og 75%. For andelen hoftebrudd operert innen 48 timer er variasjonen mellom sykehusene stor;

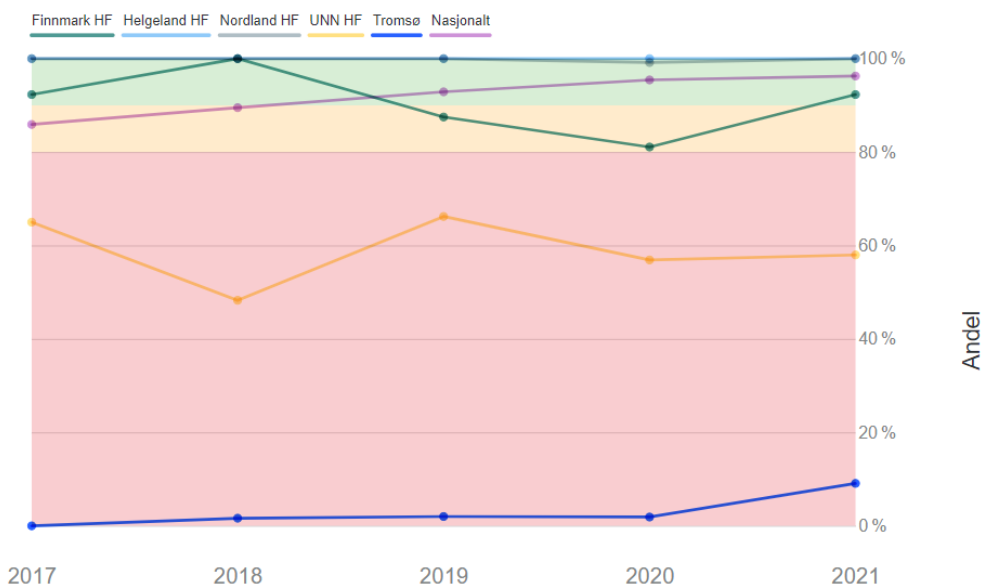


Figur 3: Andel hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer (Kilde: Nasjonalt hoftebruddregister)

Bruk av sementert stamme i protese ved hoftebrudd

Det er anbefalt at pasienter over 70 år med hoftebrudd bør få lårbensprotesen sementert. Foretakene i Helse Nord oppnår høyt målnivå, med unntak av UNN.

UNN Tromsø har ikke benyttet slik protese frem til 2021. Tallene fra Nasjonalt hoftebruddregister viser at UNN Tromsø har begynt å ta i bruk metoden fra 2021, og at andelen operert med sementert stamme var økt til 9 % - en utvikling i riktig retning.

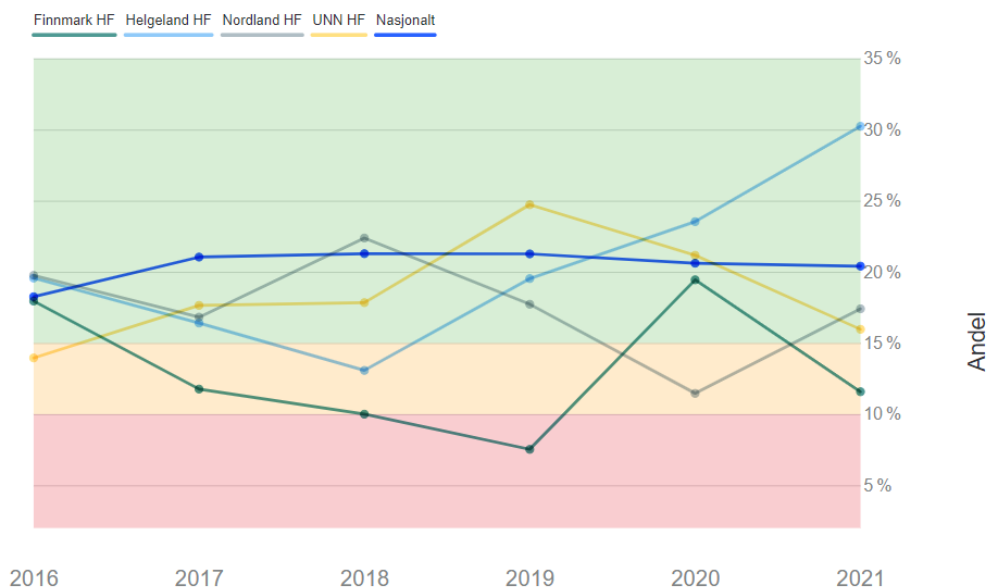


Figur 4 Andel bruk av sementert stamme i protese ved hoftebrudd (Kilde: Nasjonalt hoftebruddregister)

Hjerneslag

Andelen pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling (trombolyse) er i stort innenfor anbefalt målnivå ($\geq 15\%$) for foretakene i Helse Nord.

Finnmarkssykehuset hadde en reduksjon fra 2020 til 2021 til under anbefalt målnivå. For de små foretakene er tallene sårbare for naturlig variasjon, og må tolkes med varsomhet. Helgelandssykehuset har en tydelig positiv utvikling fra 2018.

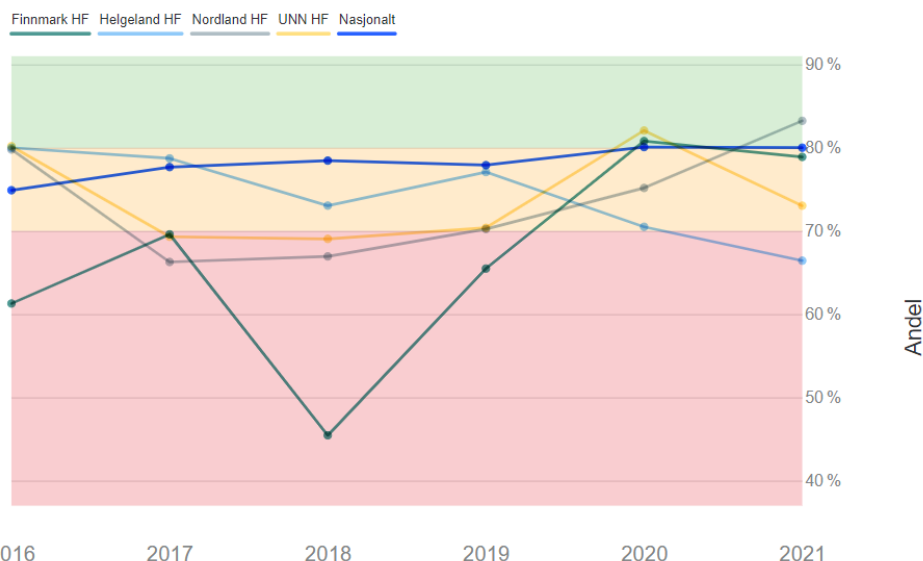


Figur 5: Andel behandlet med trombolyse (Kilde: Norsk hjerneslagsregister)

Andel med rapportert status, 3 måneder etter hjerneslaget er en indikasjon på i hvor stor grad pasienter med hjerneslag følges opp. God måloppnåelse er også en forutsetning for vurdering av kvalitet i behandlingen etter hjerneslag.

Helseforetakene i Helse Nord oppnår moderat måloppnåelse samlet sett.

Helgelandssykehuset har hatt en negativ utvikling siste to år og hadde lav måloppnåelse i 2021. Nordlandssykehuset har hatt en positiv utvikling fra 2017 og oppnår høy måloppnåelse.



Figur 6: Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget (Kilde: Norsk hjerneslagsregister)

13.0 Oppfølging og rapportering

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nords 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.

Risikovurdering

I februar ble styret orientert om risikovurdering av styringsmål for 2022, samt prioriterte tiltak for å øke sannsynligheten for å oppnå overordnede mål i 2022 og fremover, jfr styresak 15-2022. Styret ba administrerende direktør følge opp tiltakene i tråd med saksfremlegg og diskusjonen i styret, og legge frem oppdatert risikovurdering som en del av tertialrapporteringen.

I saken var det gjort risikovurdering av syv målområder:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning og innovasjon
3. Forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Sørge for rask tilgang til helsetjenester
5. Sørge for sammenhengende pasientforløp
6. Styrke kompetanse
7. Økonomisk bærekraft

For å oppdatere og styrke grunnlaget for risikovurderingene, ba Helse Nord RHF helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer. Det er fortsatt slik at helseforetakene gjennomfører risikovurderingene ulikt, og dette gjør at vurderingene ikke kan oppsummeres til regionalt nivå.

Helse Nord RHF reviderer regionale retningslinjer for risikostyring. Et mer planmessig og systematisk arbeid med risiko skal skaffe til veie en bedre oversikt over regionens samlede risikoområder. Det regionale nettverket for risikostyring er startet opp igjen.

Gjennom virksomhetsrapportene og andre styresaker er styret fortløpende oppdatert på status på risiko. Den økonomiske utviklingen har vært svært negativ siste tertial, og det er usikkert i hvilken grad helseforetakenes tiltaksarbeid er tilstrekkelig til å gjenvinne kontroll på driften i 2023. På grunn av den høye risikoen har styret vedtatt å etablere et *Regionalt innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord*, se mandat i styresak 134-2022 vedtatt i styremøte 7.oktober 2022.

Internrevisjonen har også omarbeidet sin revisjonsplan til revisjon av pågående omstillingsarbeid. Som følge av den økonomiske situasjonen er lånesøknader stoppet og investeringer utsatt. Styret vil i oktober behandle sak om utsettelse av investeringer.

Helseforetakene har store utfordringer med rekruttering i kritiske funksjoner, for eksempel innenfor radiologi. Dette skjer samtidig med en stor vekst i årsverk og innleide siden 2008. Utviklingen er ikke bærekraftig på sikt. Det startes nå et regionalt prosjekt for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i de ulike legespesialitetene. Utdanningsløpene skal også samordnes og harmoniseres for økt gjennomstrømming og færre forsinkelser. Prosjektet vil gjøre en kartlegging av dagens spesialistbemanning, vurdere fremtidige bemanningsbehov og foreslå riktig utdanningskapasitet for LIS2 og LIS3. Dette prosjektet avhjelper ikke de løpende utfordringene, men vil gi bedre innsikt i risikoen og hvilke utdanningstiltak som må iverksettes. Det jobbes med kortsiktige tiltak for å løse problemene i radiologiområdet.