

Styret i Helgelandssykehuset HF  
Adm. direktør i Helgelandssykehuset HF  
Revisor i Helgelandssykehuset HF

Deres ref:                      Vår ref:                      Saksbehandler                      Dato:  
                                         2021/1158-24                      Tina Mari Eitran/                      29.11.2022

## Foretaksmøte, den 6. desember 2022 - innkalling, Helgelandssykehuset HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Helgelandssykehuset HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF på **tirsdag, den 6. desember 2022 - kl. 08.30.**

Møtet avvikles som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet gjennomføres pr. **Teams**. Oppkoblingsinformasjon sendes i egen e-post.

Til behandling foreligger følgende saker:

- Sak 27-2022 Godkjenning av innkalling
- Sak 28-2022 Godkjenning av saksliste
- Sak 29-2022 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
- Sak 30-2022 Årlig melding 2021, Helgelandssykehuset HF
- Sak 31-2022 Nødvendig omstilling i regionen – tiltak som kan sikre bærekraft
- Sak 32-2022 Egenkapitalinnskudd, Helgelandssykehuset HF
- Sak 33-2022 Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer

Med henvisning til helseforetakslovens § 17 gjøres spesielt oppmerksom på at styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes stedfortreder. Fullmakt legges frem ved møtestart.

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/  
styreleder

Marit Lind /s/  
konst. adm. direktør

Vedlegg: Sak 30-2022 Årlig melding 2021, Helgelandssykehuset HF  
Sak 32-2022 Egenkapitalinnskudd, Helgelandssykehuset HF  
Sak 33-2022 Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 6. desember 2022

Vår ref.:  
2021/1158-24

Saksbehandler:  
Jann Hårek Lillevoll

Dato:  
29.11.2022

## Foretaksmøtesak 30-2022

## Årlig melding 2021, Helgelandssykehuset HF

Det vises til *styresak 22-2022 Årlig melding 2021 Helgelandssykehuset HF* (styremøte Helgelandssykehuset HF 21. mars 2022) og *styresak 31-2022 Årlig melding 2022* (styremøte Helse Nord RHF 24. mars 2022).

Med bakgrunn i HF-styrets vedtak 24. mars 2021 og RHF-styrets vedtak 24. mars 2022 legges *Årlig melding 2021 for Helgelandssykehuset HF* frem for foretaksmøtet til godkjenning.

Foretaksmøtet i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar *Årlig melding 2021 for Helgelandssykehuset HF*.

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind  
konst. adm. direktør

Vedlegg:

1. Årlig melding 2021 for Helgelandssykehuset HF
2. Årlig melding 2021 for Helgelandssykehuset HF, vedlegg

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	1	Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen»	Helgelandssykehuset (HSYK) har utarbeidet tiltaksplan ihht strategidokument i Helse Nord RHF (HN RHF). Her er det bl.a. besluttet å tilsette koordinator i 50% stilling for å arbeide videre med de planlagte tiltakene.	Grønn
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	2	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Rød
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	5	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	6	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. 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.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	7	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	HSYK i dialog med Nordlandssykehuset(NLSH) v/klinikk for psykisk helse og rus og barneklubben om overtakelse av oppgaver knyttet til habilitering. I den forbindelse styrkes tjenesten i foretaket med fire nye årsverk i 2022.	grønn
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	8	Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester.	Pasientreiseområdet har i flere år vært underlagt Prehospital klinikk, og områdesjef inngår i klinikkledelsen. Vi ser en rekke synergieffekter, særlig mot bilambulansetjenesten.	grønn
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	9	Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser: Helgelandssykehuset: 50 Nordlandssykehuset: 150 UNN: 200 Finnmarkssykehuset: 50	HSYK publiserte 54 behandlingstekster i 2021	grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	10	Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	Behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge er ikke eksplisitt implementert, men habiliteringvirksomheten arbeider etter nasjonale retningslinjer og har et tett samarbeid med habiliteringstjenesten ved NLSH.	Gul
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	14	Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	HSYK har pr tiden ingen erfaringskonsulenter som er fast ansatt. Målet er ikke oppnådd men konsekvens vurderes som middels.	Gul
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	15	Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	HSYK har utviklet diagnoseuavhengig LMS-kurs, Mestringstreff, i samarbeid med kommunehelsetjenesten på Helgeland. Brukerrepresentanter deltok i kompetanseheving styringsgruppe, prosjektgruppe og som med-kursledere i pilot Samhandling om Mestringstreff på Helgeland. Tilbudet var også tilpasset ungdom med varige sammensatte helseproblem. Målgruppen for første piloten var personer over 18.år. Helgelandssykehuset har gitt innspill på NLSHs utkast til ungdomskurs. Vi hadde ikke ungdomsråd i 2021, men det vil bli tilsatt koordinator for ungd.råd i 2022.	gul
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	16	Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefellesskapene.	Brukerutvalgets leder er medlem av KSU/ arbeidsgruppen for etableringa av Helsefellesskap Helgeland. Brukerutvalget blir informert fortløpende angående status i arbeidet.	grønn
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	17	Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon».	HSYK deltar aktivt i de nasjonale prosjektene sammen med de øvrige Pasientreisekontorene i Nord. Vår områdesjef for Pasientreiseområdet er Helse Nords regionale representant i Forvaltningsteam for malverk anskaffelse av pasientreiser på vei. Videre er kontorets Controller regional representant i det nasjonale analysenettverket.	grønn
Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3,1	18	Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.	Det er ansatt Samvalgs-koordinator i Helgelandssykehuset fra februar 2022.	grønn
Somatikk	3,2	20	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Rød
Somatikk	3,2	21	Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	HSYK har ikke eget barnepalliativt team. Ved behov for lindrende behandling til barn lokalt skjer dette i samarbeid med NLSH. UNN skal koordinere arbeidet og man avventer denne koordineringen.	Grønn
Somatikk	3,2	22	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	Alle kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjøre det på sykehuset, både når det gjelder medikamentell abort og kirurgisk abort. Vi anbefaler medikamentell abort fremfor kirurgisk abort. Kvinner som seinaborterer får vanligvis etterkontroll hos oss. Vi har ikke rutiner for at alle kvinner som spontanaborterer følges opp av helsepersonell i sykehuset. Alle kvinner som har 3 spontane aborter (habituelle aborter), får tilbud om utredning.	grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Somatikk	3,2	23	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	Arbeidet er ikke startet opp i påvente av avklaring mellom de regionale helseforetakene og aktuelle pasientorganisasjoner. HN RHF har 23.09.2021 meddelt at arbeidet er forsinket, og at de lokale helseforetakene foreløpig må avvente tilbakemelding fra HN RHF.	Grønn
Somatikk	3,2	24	Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: o Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. HelseDirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. oStarte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.	HSYK etablerte tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide kvinner over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk høsten 2021. .Midlertidig godkjenning for å tilby fosterdiagnostikk med tidlig ultralyd fra november 2021. Omfatter alle lokalisasjonene (Sandnessjøen, Mo i Rana, Mosjøen og Brønnøysund).	Grønn
Somatikk	3,2	25	Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	HSYK oppfyller anbefalingene i Nasjonal Traumeplan. Det jobbes kontinuerlig med forbedringarbeid for å forbedre trumemottak og traumebehandling og derav beder måloppnåelse på de parameter det ikke er full måloppnåelse, som rtg beken og thorax.	Gul
Somatikk	3,2	26	Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	Tarmscreeningskoordinator er ikke på plass, men det pågår arbeid med dette. Mål ikke oppnådd men konsekvens vurderes som middels.	Gul
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	30	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst	PHBU 65%, PHV 74%, TSB 65%. Vi ser en forbedring innen alle områdene.	Gul
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	31	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	PHBU 47%, PHV 49%, TSB 42%. Her vi usikre på årsaken og vil gå gjennom dette.	Rød
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	32	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst	PHBU 46%, PHV 34%, TSB 32%. For TSB og PHBU er det en liten bedring fra i fjor, men det er en nedgang for PHV. Det ligger uansett for lavt ifht mål.	Rød
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	33	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.	Nasjonalt mål er andel epikriser godkjent innen 1 dag, ikke andel sendt. I likhet med Finnmarksykehuset rapporterer vi andel godkjent i årlig melding: PHV 39%, TSB: 36%, PHBU 22%. Vi arbeider fortsatt med å bedre dette, og årsaken til at vi ikke har nådd målsettingen er sammensatt, men det dreier seg i hovedsak om lav spesialistdekning.	Rød
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	34	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.	Ikke aktuelt, da det ikke innlegges pasienter med tvangsmiddelvedtak i Helgelandssykehuset.	

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	35	Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.	Vi har ikke fått noen henvendelser foreløpig, visstnok ikke igangsatt enda.	Grønn
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	36	Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.	HSYK har deltakere i nettverket.	Grønn
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	37	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	Det er gitt tilbakemelding med plan for dette arbeidet i brev fra HSYK til HN RHF 29.09.2021, deres ref 2021/414. Saken er u.off.	Grønn
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	38	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.	Dette er så langt vi vet enda ikke opprettet.	Grønn
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3,3	39	I tråd med Opptreppingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	Foretaket har hatt personell fra alle fire BUP-ene på opplæring, og er knyttet til nasjonalt nettverk.	Grønn
Samhandling med leverandører av private helsetjenester	3,4	41	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: •Antall samarbeidsavtaler. •Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	HSYK har fem samarbeidsavtaler. Avtalespesialistene rapporterer ventetider månedlig til Helse Nord	Grønn
Samhandling med leverandører av private helsetjenester	3,4	42	Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	Samarbeidsavtalene inneholder informasjon om at avtalespesialist skal rapportere ventetider til HN RHF månedlig, og ellers ha oppfølgingsmøter med partene fra foretaket. Det kan vi ikke pr. nå se er blitt gjennomført. Dette vil bli fulgt opp internt. HSYK har pt. ikke spesifikke avtaler med de private institusjonene Helgeland Rehabilitering og Nordtun utover de avtalene som disse har med HN RHF.	gul
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	Regional legemiddelkomite ble oppnevnt som arbeidsgruppe for dette oppdraget. Oppdraget ble her begrenset til H-reseptlegemidler. Regional prosedyre «Forskrivning og oppfølging av H-reseptlegemidler», RL9706, ble vedtatt i fagsjefmøte i høst. I tillegg er det utarbeidet en regional prosedyre «Bruk av pasientens private legemidler i sykehus», PR20422.	Grønn
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	45	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	46	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	47	Ingen korridorpasienter.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Rød
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	48	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Gul
Kvalitet i pasientbehandlingen	4,0	49	Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.	HSYK har deltatt med 20% ressurs i Q1-Q2 og 30% i Q3-Q4 i 2021.	Grønn
Kvalitetsutvikling	4,1	50	Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.	I forbindelse med stukturprosessen, NYE Helgelandssykehuset, er det allerede utarbeidet en strategisk utviklingsplan for sykehuset. HSYK vil oppdatere sin strategiske utviklingsplan ihht.bestillinger fra HN RHF.	Grønn
Pasientsikkerhet	4,3	55	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.	Andel somatiske sykehusopphold med pasientskade, målt med GTT-metoden, økte fra 11,9 prosent i 2019 til 17,5 % i 2020. Hittil i 2021 (etter andre tertial) er andel opphold med pasientskade redusert til 12,7 %. HSYK har etablert rutine for å lære av funn ved GTT metoden.	Gul
Smittevern	4,4	56	I samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.	Felles HN prosedyre: RL2016 Varsel om alvorlige hendelser, er kjent og benyttes. Bruk av melde.no fremgår av denne prosedyren. Farmasøytene bruker melde.no når det er aktuelt og det har vært internundervisninger om løsningen. Fra farmasøytens side har det ikke vært overordnet fokus på løsningen i 2021. Fellesundervisning fra RELIS om tema var planlagt, men ble ikke gjennomført pga. smittesituasjonen med Covid-19.	Grønn
Klima- og miljøtiltak	4,6	57	Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN HF skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	HSYK bidrar med ressurser i arbeidet med felles miljøstyringssystem.	Grønn
Beredskap	4,8	58	Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	HSYK har oppdatert sine beredskapsplaner i hht klinisk gjennomgående ledele i sykehuset. Pandemiplanen er oppdatert i hht nasjonale anbefalinger og våre erfaringer under koronapandemien	Grønn



Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Samhandling med primærhelsetjenesten	5,0	63	Etablere helsefellesskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	Forslag til struktur og organisering av Helsefellesskap er godkjent av OSO. Politisk sak er sendt til alle kommuner på Helgeland. 6 av 18 kommuner har vedtatt saken. Det vil gjennomføres et seminar for etablering av Helsefellesskap Helgeland 26.januar -22 for å prøve å fremskynde etableringen av helsefellesskapet. Partnerskapsmøtet planlegges gjennomført i 2022.	Gul
Samhandling med primærhelsetjenesten	5,0	64	Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Grønn
Sikre gode arbeidsforhold	7,1	65	Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd Regional handlingsplan for koronapandemi.	HSYK har deltatt i det regionale nettverket Ivaretagelse av eget personell. Gjennomført FoBedringsundersøkelsen med spm. Relatert til pandemi.	Grønn
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	66	Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.	Etablert lokal arbeidsgruppe. Etter avtale med HN RHF det for 2021 oversendt rapportering fra arbeidet i HSYK for perioden 01.07. - 31.12.	Grønn
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	67	Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Helgelandssykehuset har gitt innspill på utkast til PUK-strategi i aktuelle regionale fagnettverk som vi er representert i. Disse arenaene er benyttet av HN RHF for å sikre helseforetakenes innspill til strategiarbeidet. AD, medisinsk direktør, HR-sjef og økonomisjef har vært med på å behandle saken i aktuelle regionale lederfora.	Grønn
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	68	Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.	Dette arebidet vli bli forsøkt ivarettatt gjennom en mulig etablering av et foretaksinntertt bemanningscenter. Jfr. Pkt 79.	Gul
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	69	Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.	Helgelandssykehuset følger jevnlig opp dette punktet gjennom beredskapsledelsen i helseforetaket.	Grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	70	<p>Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger (leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin).</p> <p>Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.</p> <p>Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1.august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall.</p> <p>Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering og ledes av UNN HF. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet.</p>	<p>HSYK deltar i det regionale samarbeidet om ALIS stillinger. HSYK og kommunene på Helgeland samarbeider om tilsetting av LIS 1. Det er etablert er "underprosjekt Helgelandslegen", der kommuner og sykehus samarbeider om bla utlysningstekst og utdanningsløpet:" For interesserte i allmenntilleggsmedisin har vi et pågående prosjekt kalt«Helgelandslegen» for rekruttering av fastleger til Helgeland, hvor målet er å skreddersy utdanningsløp fra LIS1 frem til ferdig utdannet spesialist i allmenntilleggsmedisin". HSYK jobber opp mot HN RHF for å få flere LIS 1- stillinger til HSYK/Helgelandskommunene.</p>	Grønn
Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	72	<p>Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleie (ABIOK) til minimum:                      Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: 80 stillinger                      Nordlandssykehuset HF: 40 stillinger                      Finnmarkssykehuset HF: 15 stillinger                      Helgelandssykehuset HF: 15 stillinger</p>	<p>HSYK har totalt høsten 2021/ januar 2022 opprettet 15 utdanningsstillinger for ABIOK og jordmor. Det utlyses ytterligere 4 utdanningsstillinger til jordmorutdanning med oppstart i august 2022 i løpet av januar.</p>	Grønn
Utdanning av legespesialister	7,3	73	<p>Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.</p>	<p>HSYK har nå ansatt utdanningskordinerende lege. UAO er under etablering i alle klinikker.</p>	Gul
Utdanning av legespesialister	7,3	74	<p>Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.</p>	<p>LIS-administrator og avdelingsovelegene har etablert rutiner for kvalitetsikring av dokumentasjon om LIS-løpet i Kompetansemodule. Det dokumenteres systematisk i kompetansemodule. LIS-kordinator <del>overvåker og sender påminning</del>.</p>	Grønn
Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	7,4	76	<p>Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.</p>	<p>Dette punktet følges opp gjennom regional og lokal forvaltningsgruppe for ForBedring.</p>	Grønn
Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	7,4	77	<p>Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et</p>	<p>HSYK har deltatt i dette arbeidet med representant fra HR-avdelingen.</p>	Grønn
Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	7,4	78	<p>Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av RHF-et med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019-2024).</p>	<p>HSYK har deltatt i dette arbeidet med representant fra HR-avdelingen.</p>	Grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	7,4	79	meldekultur	HR-avdelingen har et pågående prosjekt/ utredning av foretaksintern bemanningscenter. Prosjektet innbefatter heltidskultur og sentralisering av innleie av spesialister til HSYK. Prosjektet skal opp i ledergruppen første kvartal 2022	Grønn
Forskning og innovasjon	8,0	81	Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Policy for samarbeid med nærliglivet ble laget og vedtatt i sykehusledelsen 23. nov. 2021. Denne ligger også tilgjengelig på internettet til HSYK under Fanen "forskning og innovasjon"/Innovasjonsstrategi i Helgelandssykehuset".	Grønn
Forskning og innovasjon	8,0	82	Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.	Vi har informert forskerene om at HN RHF og Forskningsrådet ønsker at flere artikler publiseres i Open Access, og at HN RHF skal legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2021, i henhold til føringer i veileder fra Norges forskningsråd. HN RHF stiller krav til publisasjon i OA når de finansierer prosjekter, men til gjengjeld så refunderer de utgifter for publisering i gull OA via deres Open Access fond. Vi har også informert at forskere kan søke HSYK etter forskningsmidler for OA-publisering som ikke dekkes av Helse Nord. Dette innebærer blant annet at artikkelen kan gjøres umiddelbart åpent tilgjengelig i et vitenarkiv/lastes opp i Cristin. Oversikt over artiklene publiseres på vår nettside under Forskningsfanen.	Grønn
Forskning og innovasjon	8,0	83	Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst prosent sammenliknet med året før.	Vi har kun to klinisk behandlingstudier registrert for 2021. Ingen nye siden 2020. Året 2021 har vært preget av koronautbruddet og selv om vi har blitt med noen kliniske forskningsstudier på COVID-19, har ingen av disse vært behandlingsstudier. Vi forsøkte å bli med noen behandlingsstudier på COVID-19, men de større helseforetakene som UNN og NLSH ble foretrukket. Vår forskningsinfrastruktur vanskeliggjør slike studier for tiden, siden vi har få medisinskfaglig forskningsprosjektledere, og vi er avhengig av assistanse fra Klinisk Forskningsavdeling på UNN. Vi blir nå med på NOR-SPRINT prosjektet som er en klinisk behandlingsstudie. Kontrakten vil signeres i Januar 2022.	Gul
Forskning og innovasjon	8,0	84	Følge opp handlingsplan for kliniske studier.	Se: Vedlegg til årlig melding 2021	Grønn
Anskaffelsesområdet	9,2	89	Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp HF, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 <i>Drosjemarked, anbud og avtaler.</i>	HSYK deltar med nødvendige ressurser i anbudsprosessen.	grønn
Teknologi	10,0	90	Aktivt avvismelde IKT sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSM grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.	HSYK sin handlingsplan for informasjonssikkerhet tar utgangspunkt i NSM sine grunnprinsipper, hvor mål om økt antall meldte avvik er et tiltak. Videre arbeid, samt rapportering til ledelsen, må prioriteres i 2022.	Gul

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Teknologi	10,0	91	Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HF's ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.	Alle HF-er representert i arbeidsgruppen som jobber med å avklare nødvendige drifts- og forvaltningsmodeller, samt hvilke implikasjoner dette vil medføre for hele regionen (samhandling, infrastruktur og økonomi). Kravet er videreført i OD-22, og arbeidsgruppen forventer å ha en første modell klar til bruk ila Q1 2022 og ferdigstille arbeidet i løpet av Q2 2022	Grønn
Teknologi	10,0	92	Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.	Fra HSYK deltar både farmasøyt, kreftsykepleir og sykepleier i prosjekt Cytodose. Det regionale prosjektet er satt på vent. Internt i sykehuset jobbes det med å kartlegge arbeidsprosesser som prosjektet skal jobbe videre med	Grønn
Teknologi	10,0	93	Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.	HSYK har deltatt i styringsgruppe og kartlegging i 2021.	Grønn
Teknologi	10,0	94	Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT leveranser i foretaksgruppen.	Driftsavtale mellom HNIKT og HSYK reforhandles i 2022. Her benyttes SSA.	Gul
Teknologi	10,0	95	Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjensteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKT HF's teknisk og merkantilt ansvar og oppgaver.	Kartlegging og oppdatering av eksisterende tjenste- og databehandleravtaler er påbegynt og pågår fortsatt.	Gul
Teknologi	10,0	96	Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	P.g.a. samtidighet i flere prosjekt har HSYK forskjøvet innføring av digitale pasientbrev til Q2 2022. Prosjektet forøvrig er ressursatt.	Gul
Teknologi	10,0	97	Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	HSYK er klar til å delta i prosessen som etter vår forståelse ikke har kommet i gang. Internt har vi startet kartlegging av applikasjoner i bruk jfr. 101	Gul
Teknologi	10,0	98	Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet. •Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. •Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT.	HSYK er klar for å delta i videre prosesser knyttet til overføring av ansvar i forbindelse med nevnte tjenester.	Grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Teknologi	10,0	99	Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	HSYK deltar i aktiviteter tilhørende innføringen.	Grønn
Teknologi	10,0	100	Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	HSYK er klar til å delta i prosessen for å ta i bruk nasjonal PID når denne foreligger.	Grønn
Teknologi	10,0	101	Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. 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. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.	Arbeidet er startet i 2021, men pågår fremdeles i HSYK. Frist for ferdigstilling av behandlingsprotokoll (inkl. systemoversikt) er satt til 30.04.2022 i svar til HN RHF. Vi forstår at UNN og FIN har valgt å ikke bruke Sureway (nå Samsvar), men denne beslutningen gjenstår i HSYK.	Gul
Informasjonssikkerhet	4,7	105	Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.	Arbeidet er startet i 2021, men pågår fremdeles i HSYK. Systematisk gjennomgang, samt rapportering til ledelsen, må prioriteres i 2022.	Gul
Informasjonssikkerhet	4,7	106	Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger	Norsk Helsenett SFs årlige rapport er en av flere kilder i trusselvurderingen i HSYK	Grønn
Informasjonssikkerhet	4,7	107	Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Handlingsplan er utarbeidet i henhold til oppdraget, men må revideres i 2022	Grønn
Informasjonssikkerhet	4,7	108	Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.	Kartlegging av eksisterende sikkerhetskultur er gjennomført. Det gjenstår fortsatt å utarbeide tiltak/opplæring til enhetene.	Gul
Informasjonssikkerhet	4,7	109	Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>•status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet</li> <li>•resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner</li> <li>•oppsummering fra avviksrapportering</li> <li>•behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet</li> </ul>	Handlingsplan for informasjonssikkerhet er styrebehandlet innen fristen.	Grønn

Kap i OD-RHF	Kap nr i OD-RHF	Krav nr i OD-RHF	Kravtekst	Rapportering Årlig melding	HF-vurdert måloppnåelse
Informasjonssikkerhet	4,7	110	Med utgangspunkt i oppfølging fra Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020-2021), skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.	HSYK har i løpet av 2021 fokusert sitt arbeide på å bygge et robust miljø innen informasjonssikkerhet. Dokumentere organiseringen i HSYK gjenstår, og vil bli gjort i 2022.	Gul
84	84	84	84		84

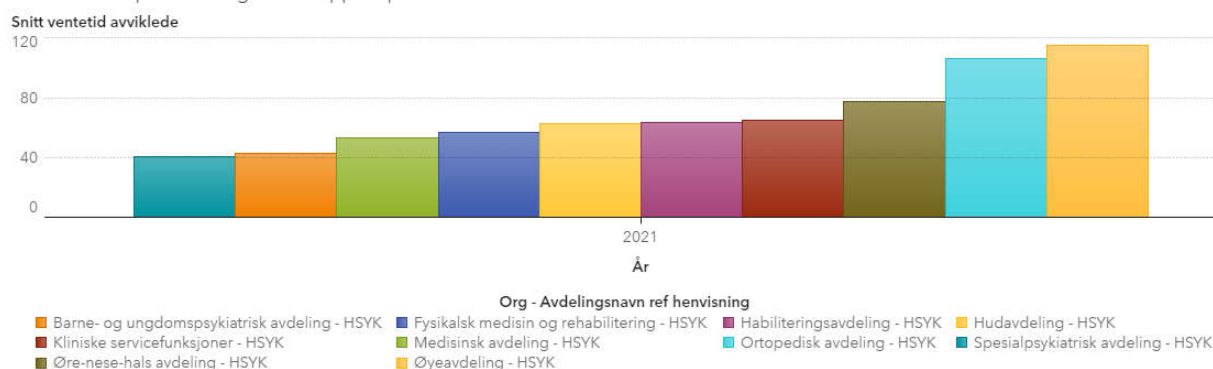
## Vedlegg til årlig melding 2021

### 2. Gjennomsnittlig ventetid (for nyhenviste)



Den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter som har påbegynt sin behandling ved Helgelandssykehuset er 61 i dager i 2021. Dette er en økning fra 58 dager i 2020 og 49 dager i 2019. Det er også en økning i gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende pasienter, fra 58 og 71 dager i hhv. 2019 og 2020, til 72 dager i 2021. Samtidig er det en økning i antallet pasienter som er ventende i øyeblikket, fra omkring 3 000 per måned før 2020, til omkring 4 400 i desember 2021.

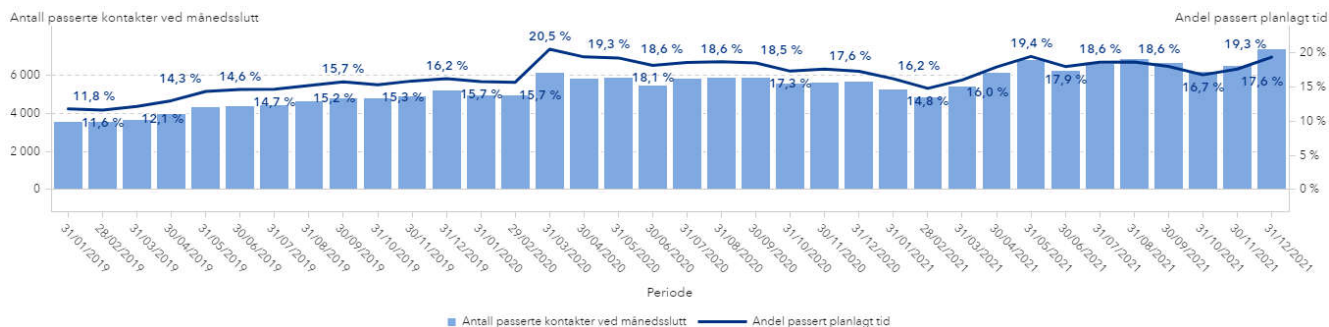
Snitt ventetid per avdeling DIPS: Topp 10 per år



De tre fagområdene som har lengst gjennomsnittlig ventetid i 2021 er øyesykdommer, ortopedi og ØNH-sykdommer. Dette er de samme fagområdene som i 2020, og mens øye har redusert sin ventetid fra 118 til 116 dager, så har ortopedi økt fra 98 til 106 dager mens ØNH har økt fra 77 til 78 dager for nyhenviste pasienter.

Foretaket har fokus på å redusere ventetiden og nå målkravet på 50 dager i 2022, og har lyktes med reduksjon for noen fagområder. For de fagområdene med lengst ventetid er det satt inn tiltak som økt innleie og kveldspoliklinikk, samt oppgaveglidning fra spesialist til sykepleier. Foretaket vil fortsette med tiltak for å redusere ventetiden også i 2022.

### 3. Passert planlagt tid:



Andelen passert planlagt tid som viser i hvilken grad HSYK ikke overholder pasientavtalene har en økende trend i 2021 fra mars 2021 og utover, og er på om lag samme nivå som i starten av covid 19-pandemien. Gjennom året varierer andelen mellom 16-19 %, og det er et høyt nivå sammenlignet med målkravet på 5 %. Fagområdene med størst utfordringer mot slutten av 2021 er ØNH-sykdommer, øyesykdommer og hjertesykdommer som har mer enn dobbelt så mange kontakter passert planlagt tid enn de neste fagområdene.

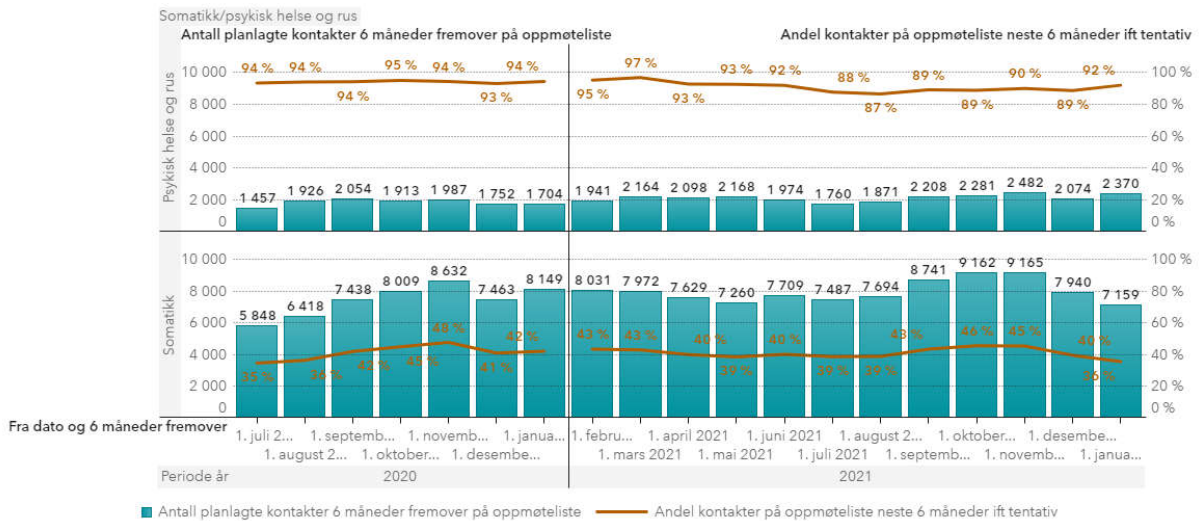
Høsten 2020 startet foretaket et målrettet arbeid med å redusere andelen kontakter passert planlagt tid, og dette inngår i et pågående kvalitetsprosjekt som allerede har gitt gode resultater for fagområder som lungesykdommer og hjertesykdommer der metodikken også vil benyttes i 2022. Fagområder som vil prioriteres er bl.a. hjertesykdommer.

Samtidig som vi ser en økning i andelen passert planlagt tid, ser vi at en betydelig andel av denne økningen er pasienter som har mottatt tid for oppmøte, og økningen starter etter innføringen av DIPS Arena. Det kan indikere at disse pasientene ikke er reelle ventende, og foretaket skal kvalitetssikre registreringsrutinene etter innføring av nytt pasientadministrativt system.



#### 4. Planleggingshorisont:

##### Andelen planlagte kontakter med fastsatt dato og tid i forhold til tentativ dato



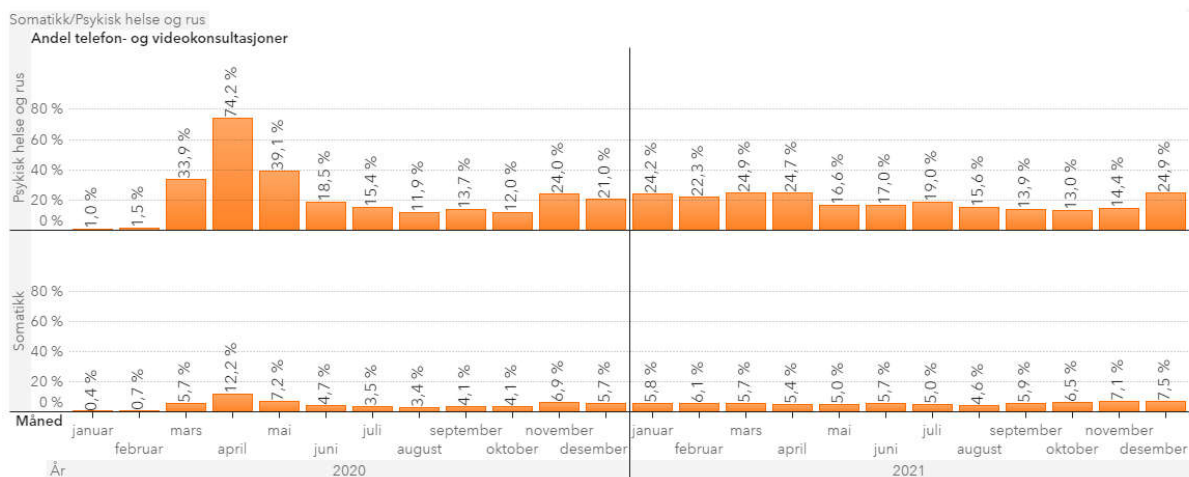
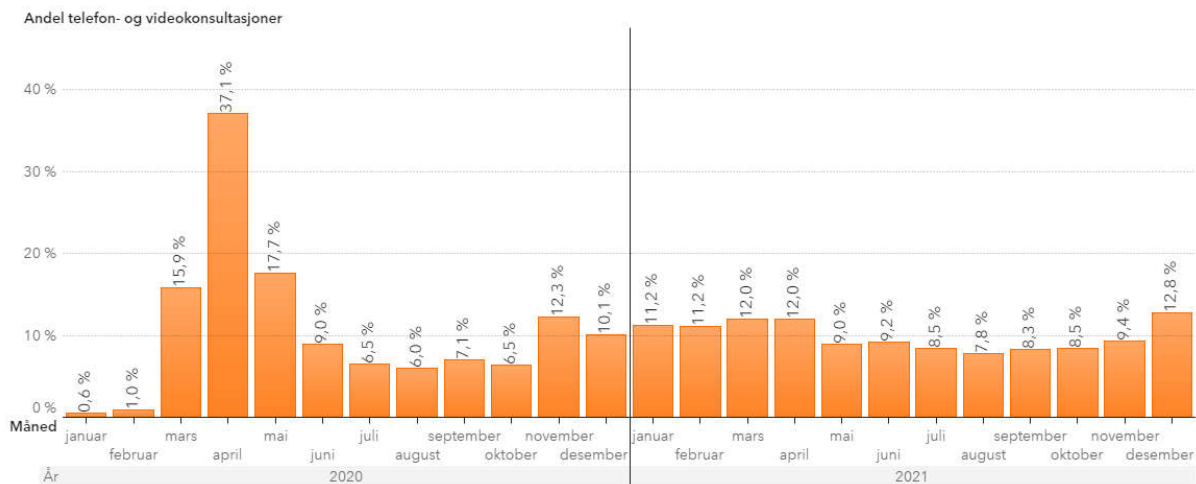
Andre halvår 2020 varierte andelen kontakter med tildelt dato og tid mellom 40-53 % per måned med et snitt på 46 %. I 2021 var snittet for andelen kontakter med tildelt dato og tid 47 %, som dermed er svakt høyere enn andre halvår 2020.

Det er stor forskjell innen somatikk og psykisk helsevern og TSB. Innen psykisk helsevern er andelen med tildelt dato og tid høy og i overkant av 90 %, mens antallet kontakter som er planlagt frem i tid både tentativt og med tildelt dato og tid er relativt lavt. I somatikk planlegges det et betydelig høyere antall kontakter frem i tid, mens her er snittet for andel med tildelt dato og tid 42 % i 2021, som er en svak økning fra andre halvår i 2020.

Foretaket har i 2022 besluttet å innføre 6 måneders planleggingshorisont for leger, som innebærer at alt kjent fravær skal kartlegges 6 måneder frem i tid. Målet er å forlenge planleggingshorisonten for aktivitet, og dermed forventes en økning i planleggingshorisonten fremover i 2022.

## 5. Digitale konsultasjoner:

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	5	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.
------------------------------------------------------------	-----	---	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



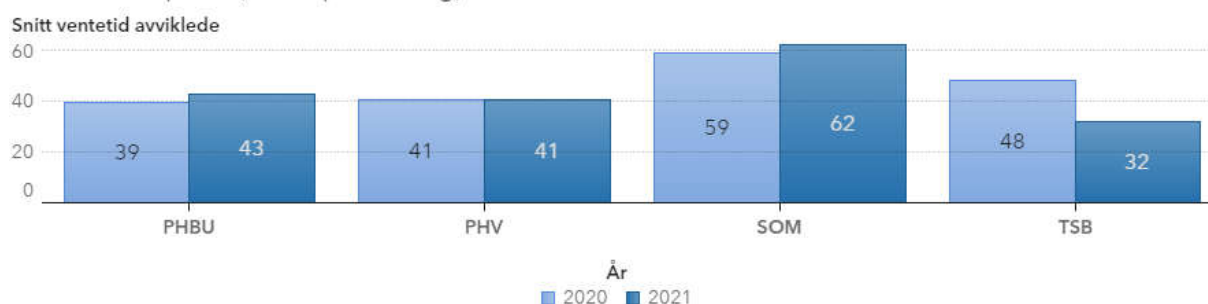
Andelen digitale konsultasjoner var tidlig i 2021 omkring 11-12 % per måned, mens resten av året ble andelen redusert til omkring 9 %. Som figuren viser er det stor forskjell på psykisk helsevern/TSB og somatikk, der førstnevnte hadde en høy andel på om lag 25 % i 1. tertial, men også redusert noe utover året. I somatikk var imidlertid andelen lavere, og lå stabilt på om lag 5-7 %.

I 2022 har foretaket lagt konkrete planer for å oppfylle kravet til 15 % digitale konsultasjoner også for somatikk, og arbeidet vil dreie seg om å definere konsultasjonstyper som hovedregel skal gjennomføres digitalt, samt gi behandlere økt opplæring og støtte i gjennomføringen av digitale konsultasjoner. Per nå har fagområdene ØNH-sykdommer, nevrologi, ortopedi og barnesykdommer høyest antall, men man undersøker også mulighetene innenfor blant annet områdene endokrinologi og diabetes, lungesykdommer og og fordøyelsessykdommer.

## 6. Gylne regel

2021	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Ventetid*	62	41	43	32
Funksjonsregnskapet**	8,3 %	-1,1 %	1,7 %	3,1 %
Aktivitet poliklinikk***	12 %	-2,1 %	22,9 %	10,1 %
* Gjennomsnittlig ventetid i perioden, målt i dager				
** Korrigerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon, sammenlignet med i fjor (per november)				
*** Aggregert ISF-berettiget poliklinisk aktivitet, sammenlignet med i fjor				

Snitt ventetid per år (basert på avdeling)



Ventetidene i PHR skal være 40 dager for PHV, 35 dager for PHBU og 30 dager for TSB. I 2021 var både PHV og TSB relativt nært målkravet med hhv. 1 og 2 dager over, mens PHBU var 8 dager over målkravet i gjennomsnitt. Mens TSB hadde en reduksjon sammenlignet med 2020, ser man en økning i PHBU og dette kan relateres til den betydelige økningen i aktivitet i poliklinikk som i 2021 var på et høyere nivå enn tidligere år.

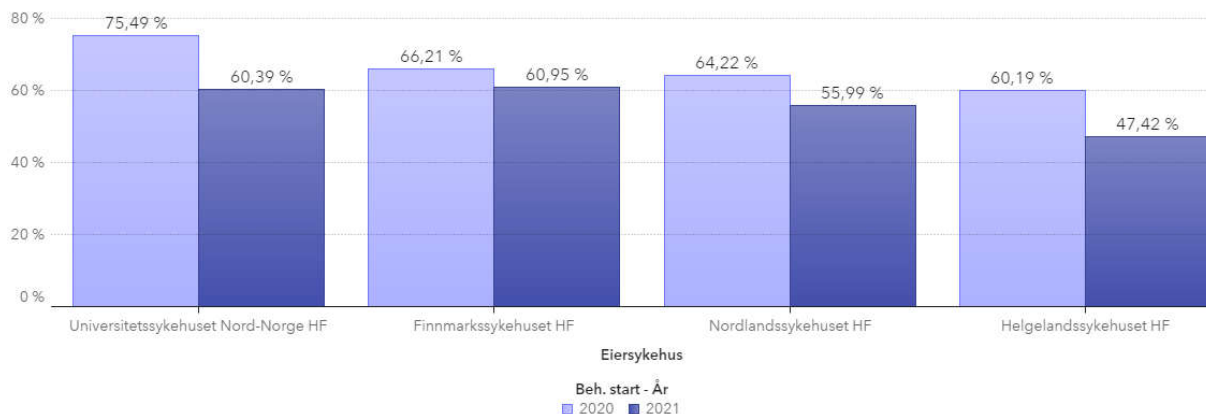
Innen aktivitet var det som nevnt en betydelig økning innen PHBU sammenlignet med 2020, og det var også en stor økning for TSB. Dette henger sammen med den reduserte aktiviteten i 2020, men for PHBU var det også en økning sammenlignet med 2019. For PHV var det imidlertid redusert poliklinisk aktivitet i 2021 sammenlignet med tidligere, der årsaken bl.a. er sykefravær og vakante stillinger.

Kravet i 2021 var at kostnadsnivået skulle øke med 4,5 % for PHR, og i 2021 var det ingen av fagområdene som har en slik økning. PHV har en reduksjon i kostnadsnivå, mens PHBU og TSB har en økning på hhv. 1,7 % og 3,1 %.

## 20. Pakkeforløp kreft

Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4) etter Eiersykehus gruppert etter Beh. start - År

Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)



Samlet for alle pakkeforløpene for kreft har Helgelandspsykehuset i 2021 en andel på 47 % gjennomført innen standard forløpstid (OF4). Dette er den laveste andelen i Helse Nord, og en betydelig reduksjon sammenlignet med 2020.

De tre pakkeforløpene med flest pasienter ved Helgelandspsykehuset er tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og lungekreft.

Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)



Den største årsaken til at andelen samlet er redusert, er reduksjonen i gjennomføringsgrad for pakkeforløp tykk- og endetarmskreft som var 71 % i 2020 og 46 % i 2021. Men fra og med november 2021 har andelen økt og i desember alene var den på 85 %. Det er dialog med Nordlandssykehuset (NLSH) og Helse Nord RHF for å ventetid på operativ behandling, som i hele 2021 har foregått ved NLSH.

Prostatakreft har også reduksjon i andel fra 39 % i 2020 til 34 % i 2021. Her kjøpte foretaket høsten 2021 inn utstyr og gjennomførte opplæring i fusjonsbiopsier som er en undersøkelse i dette pakkeforløpet, og da flaskehalsen i dette forløpet i stor grad har vært ventetider på undersøkelser ved andre foretak, forventes en økning i antall gjennomførte pakkeforløp innen standard tid i 2022.

Lungekreft øker andelen gjennomført innen standard tid fra 54 % til 67 % i 2021.

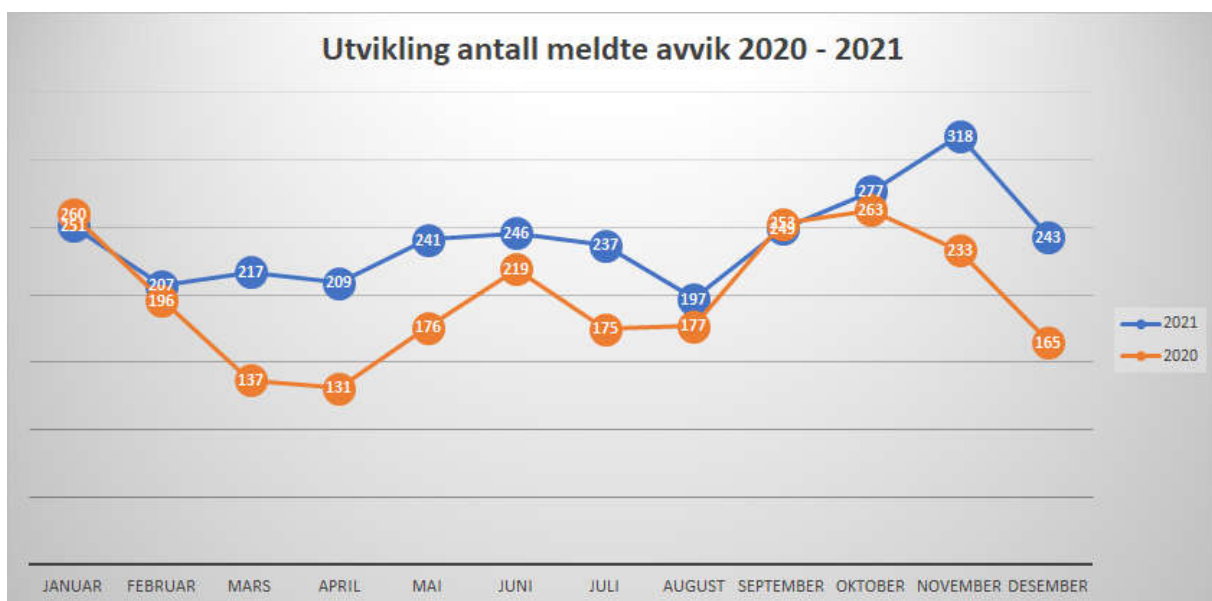
### 43. Avviksbehandling, meldekultur og tiltak

#### Utvikling andel meldte avvikstyper

Avvikstype	2020	2021
Avvik i annen avdeling	28%	36%
Avvik og forbedring i egen avdeling	28%	24%
Pasienthendelseskjema	18%	18%
Legemiddelhåndteringsavvik	12%	10%
HMS-avvik	9%	4%
Andre	5%	8%

Den største endringen fra 2020 til 2021 er at andelen 'Avvik i annen avdeling' har økt fra 28% til 36%, dette er en utvikling som vi ikke ønsker. En gjennomgang viser at det meldes i for stor grad pasienthendelser i 'Avvik i annen avdeling', dette vil det bli fokus på i 2022 å få endret.

#### Utvikling ant. meldte avvik



Utviklingen i når det meldes avvik varierer fra måned til måned, vi ser at januar, september og oktober er de månedene som det normalt meldes flest avvik i 2020. For 2021 har det jevnet seg mer ut fra januar til juli, men fra bunnen i august har det vært økning til november. Det ble i 2021 meldt ca. 20% flere avvik enn i 2020.

#### Hvordan lærer vi av uønskede hendelser

- Hver avdeling har gjennomgang av avvik på deres månedlige avdelingsmøter
- Avvik fra NPE/Helsetilsyn/Statsforvalteren gjennomgås ved avdelingene
- Avvik gjennomgås i kvalitetsråd/kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

- Kvalitetsrådgiverne leser de fleste avvikene for å kontrollere om de blir behandlet godt, om tiltak er beskrevet og om det kan synliggjøres ønsket effekt. Dersom det er hendelser som det kreves raskere oppfølging av, følger Kvalitetsavdelingen spesielt opp disse.

### **Videre plan for tiltaksarbeidet**

I forbindelse med overgang til klinikkstruktur 23.08.21 ble det startet et planarbeid med hvordan implementeringen av forskriften om/styringssystemet ledelse og kvalitetsforbedring for hver klinikk og stab/støtte skulle gjennomføres. Nå er planarbeidet gjort og oppstart av dette skjer 27.01.2022 og avsluttes medio april 2022.

### **Risikostyring**

Foretaksledelsen involverer sine klinikker i oppfølging av risikovurderingen av styringsparametrene, dette gjøres til hvert tertial. Styret skal også involveres i utvelgelse av «Topp 10 mål» som også skal følges opp tertialvis.

## 45. Status på §3-3a varsler.

Meldte §3-3a hendelser 2021 i Docmap Pr. hendelsestype	Risiko		Totalsum
	Høy	Middels (tom)	
2.3 Behandling og pleie	1	6	7
2.3.1 Valg av behandlingsmetode/-intensitet		2	2
2.3.8 Fødsel		2	2
2.3.4 Observasjon og overvåking	1	1	2
2.3.99 Annet – behandling og pleie		1	1
2.7 Legemidler		4	4
2.7.1 Ordinering		2	2
2.7.6 Bivirkning / interaksjon av legemidler		1	1
2.7.4 Utdeling av legemidler		1	1
2.2 Diagnostikk/utredning	2	1	3
2.2.1 Klinisk vurdering	2		2
2.2.99 Annet – diagnostikk/utredning		1	1
2.9 Pasientatferd	3		3
2.9.4 Selvmord	3		3
⊕			2
⊕ 2.5 Dokumentasjon/informasjon		1	1
<b>Totalsum</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>20</b>

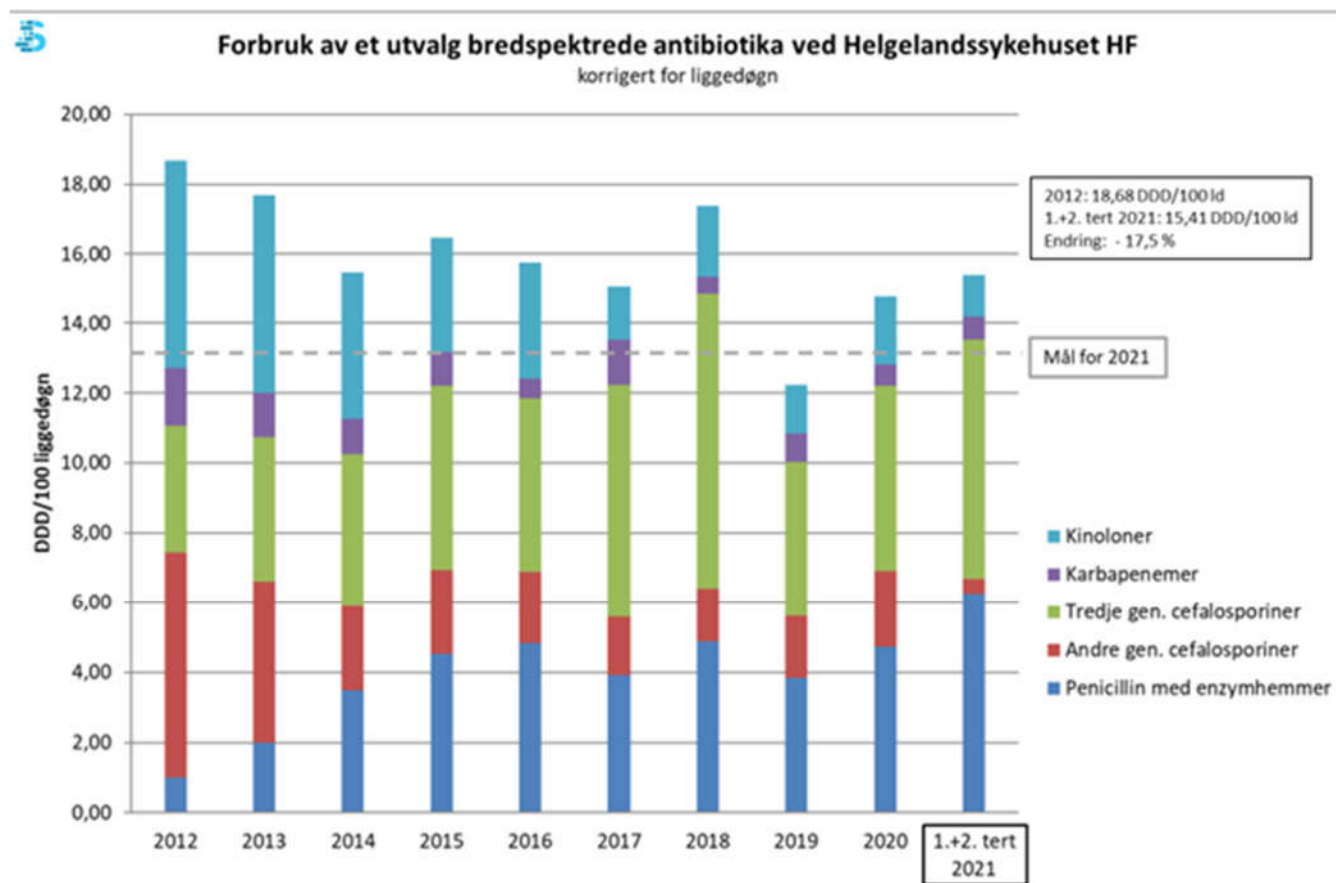
Antall meldte §3-3a hendelser i Docmap i 2021, ble 20 stk. Dette antallet er nok noe for lavt. En gjennomgang av meldte 'Pasienthendesskjema' og 'Avvik i annen avdeling' viser at vi har et potensial i å melde flere §3-3a hendelser. Dette vil bli tatt opp klinikk vis bl.a via kvalitetsrådene.

#### 46. Reduksjon av bredspektret antibiotika.

De nasjonale tallene for hele 2021 er ikke klare enda. Siste status er 2. tertial.

<https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2021/12/2.-tertia-2021-Forbruk-av-bredspektrede-antibiotika-i-norske-sykehus.pdf>

HSYK hadde ved utgangen av 2020 redusert innkjøpet av bredspektrede antibiotika (målt i DDD per 100 liggedøgn) med 21% sammenlignet med forbruket i 2012. Samtidig har antall liggedøgn gått ned med 23% i samme periode, så målt i antall DDD er innkjøpet av bredspektrede antibiotika redusert med 39% fra 2012 til 2020. Økningen i DDD/100 liggedøgn i år sammenlignet med 2019/2020 skyldes også at det er etablert leveranse fra sykehusapotek februar 2021, med økte innkjøp for å øke lagrene internt på sykehuset. Antibiotikateamet jobber med implementering av antibiotikanotater, antibiotikavisitter samt undervisning om reviderte kapitler i nasjonale retningslinjer om bruk av antibiotika i sykehus.

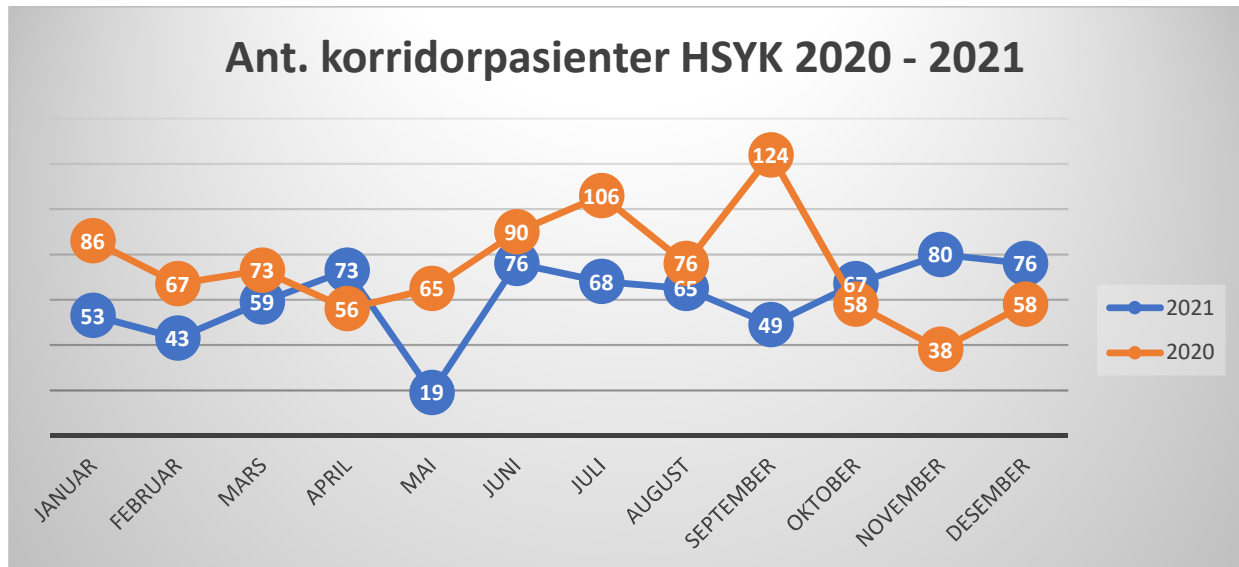


Vi har nettopp hatt revisjon fra Nasjonal kompetansetjeneste for bruk av antibiotika i sykehus

<https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2021/11/Referat-oppfolgingsmote-antibiotikastyring-9.11.21-Helgelandssykehuset-HF.pdf>

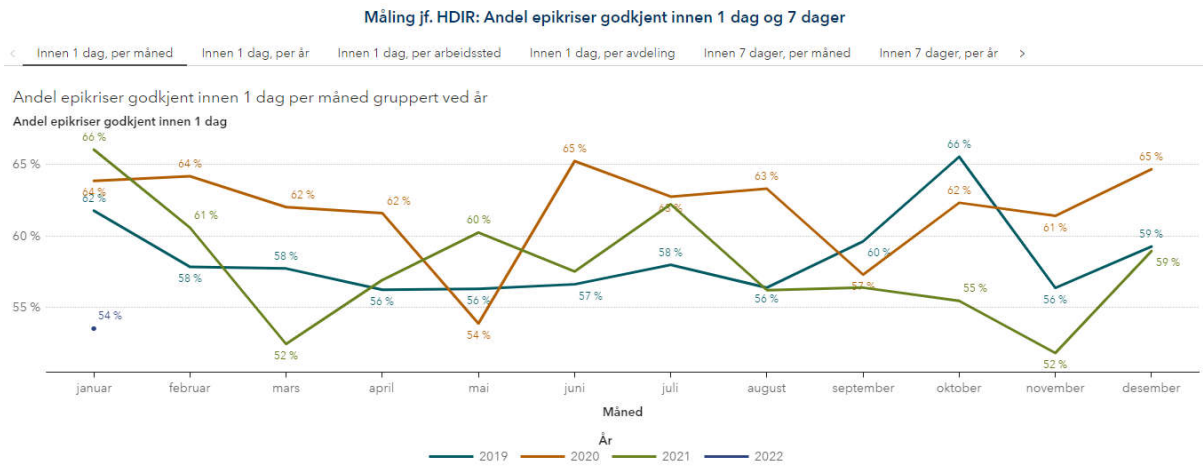


## 47. Korridorpasienter.



Det er en liten nedgang i antall korridorpasienter fra 2020 til 2021 på 6%. Sengepostene i Mo i Rana og Sandnessjøen har hatt en stor andel utskrivningsklare pasienter som bidrar til de høye tallene her. Det er dialog med de aktuelle kommunene mtp. løsning av utfordringene i 2022.

#### 48. Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.



HSYK oppnår ikke kravet på 70%. Gjennomsnitt for 2021 var 54%. Men vi ser at vi i januar hadde 66%, februar 61%, mai 60%, juli 62% og desember 59%. Arbeid med å finne årsakene skal tas via kvalitetsrådene i klinikkene, der dette kravet er et av flere som skal følges opp der månedlig.

**64.** Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

På Helgeland pågår det flere prosjekt og tjenester mellom Helgelandssykehuset HF og enkelte kommuner. Samhandlingsavdelingen ledet prosjekt Samhandling om Mestringstreff på Helgeland, kompetanseheving, avstandsoppfølging og bruk av teknologi i pasient og pårørendeopplæring. Prosjektet er tildelt midler fra Helse Nord som en oppfølging av regional utviklingsplan 2035 i Helse Nord og avsluttes i desember 2021.

Prosjektets målgruppe er de fire prioriterte pasientgruppene jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Prosjektet har gjennomført planlagt kompetanseheving av tverrfaglig helsepersonell i sykehus og kommune i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). Prosjektets kommunerepresentanter arrangerte i november det første delvis digitale diagnoseavhengige Mestringstreffet, i et tett samarbeid mellom Vefsn, Rødøy og Brønnøy kommune. Hver kommune hadde ansvar for egen lokal gruppe og for faglige innlegg for «storgruppen» via Teams. Helgelandssykehuset, avdeling for samhandling hadde prosjektledelse.

Erfaringer gjort i prosjekt Samhandling om Mestringstreff videreføres i Helserom Helgeland -Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging. Helserom Helgeland-Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging er et partnerskap mellom SINTEF, Checkware, Helgelandssykehuset HF, Rødøy kommune, Brønnøy kommune og Dønna kommune. Prosjektet er tildelt 7 millioner fra Norsk Forskningsråd og målet er å utvikle en ny tjenestemodell som passer for rurale strøk. Modellen skal implementeres/forankres i Helsefellesskap og ta spesielt hensyn til de fire prioriterte pasientgruppene (jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023) og forebygge digitalt utenforskap. Prosjektets oppstart er september 2021 og det avsluttes 2025 – 27. Oversikt viser at vi har flere gode prosjekter som blant annet «Tidlig Inn», «Den eldre pasient», «Familiens møte», «Diabetesoppfølging i hjemmet» og FACT Ung. Tjenester som er implementert er blant annet Jobbspesialister (IPS) og Helse i arbeid. På Helgeland er vi i gang med læringsnettverket «Gode pasientforløp» hvor 12 kommuner og Helgelandssykehuset deltar. Videre vil satsningen for disse 4 prioriterte pasientgruppene ivaretas ved opprettelsen av Helsefellesskap Helgeland.

#### 84. Følge opp handlingsplan for kliniske studier.

Helgelandssykehuset har nylig skrevet en handlingsplan for forskning og innovasjon frem mot 2026. Her legger vi opp til økt fokus på kliniske studier. Vi planlegger: Fordoble antallet kliniske studier i perioden 2021 til 2025. Øke antallet kliniske studier fra 2022 til 2023 med 30 %. Andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er 5 prosent i 2025. For perioden 2022-2024 bør det legges til rette for å utdanne lokale kliniske studiesykepleiere som kan hjelpe til med forskning. Bør være flere som er utdannet studiesykepleier eller prosjektmedarbeidere på hver klinikk/lokasjon. Funksjon som fag- og studiesykepleier kan gå på omgang. Opplæring i studiesykepleie og prosjektmedarbeider bør være som en del av tilleggsutdanning for sykepleier og andre helsefagarbeidere og gi belønning i form av lønnskompensasjon. Søke på årlige midler fra Helse Nord RHF, for dette formålet. Helsepersonell deltar på GCP kurs – arrangeres gratis som en del av NORCRIN. Hver klinikk må legge frem en årlig plan for NY deltakelse i kliniske studier/behandlingsstudier og forskning, evt innenfor minst ett relevant fagområde, evt med plan for samhandling mot større satsinger. Klinikken diskuterer dette i møte med klinikerne minst to ganger i året. Bygge ut egne klinisk fagmiljø i foretaket som er faglig sterke og som ønsker å forske; sånn som plastikkirurgi & nevropsykologi (Mosjøen); ortopedi og gynekologi (Mo); og medisin, gynekologi og kirurgi (Sandnessjøen). Aktivt rekruttere personer med klinisk forskningskompetanse. 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. Klinikksjefer skal godkjenne bruk av tid og ressurser for forskning for ansatte på klinikkene, dvs. forankring av søknader om eksterne forskningsmidler (Helse Nord, Forskningsrådet, EU, etc). Gjennom satsning i eget foretak (tas inn i kompetanseplan) og bidrag fra KFA i UNN gi grunnopplæring i statistikk og metode (Basispakke 1 og 2) til ansatte med mål om å heve forskningskompetansen generelt, samt øke andelen ansatte i HSYK som kan delta i forskningsprosjekter. Klinikker må arbeide mot å bli aktuelle for søknad om større tildelinger (e.g. Norges forskningsråd, EU) til robuste forskningsgrupper/miljø i HSYK eller i samarbeid med andre.

Møtedato: 6. desember 2022

Vår ref.:  
2021/1158-24

Saksbehandler:  
Jan-Petter Monsen

Dato:  
29.11.2022

## Foretaksmøtesak 32-2022

## Egenkapitalinnskudd, Helgelandssykehuset HF

Det vises til styremøte i Helse Nord RHF 26. oktober 2022 og *styresak 145-2022 Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene.*

Helse Nord RHF vil foreta et kapitalinnskudd i Helgelandssykehuset HF på 200 mill. kroner. Innskuddet skal bokføres som annen innskutt egenkapital.

Kapitalinnskuddet vil gi økte renteinntekter/reduerte renteutgifter, og vil redusere fremtidig risiko knyttet til økte gjeldsrenter.

Det er svingninger i utbetalingsforpliktelsene gjennom året. Kapitalinnskuddet skal bidra til at helseforetakets behov for driftskreditt reduseres i de periodene hvor likviditeten er stram.

Foretaksmøtet gjør oppmerksom på at kapitaltilførselen ikke gir mer likviditet samlet i foretaksgruppen, og dermed ikke øker de samlede muligheter for å investere.

Foretaksmøtet i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det blir gjennomført et kapitalinnskudd i Helgelandssykehuset HF på 200 mill. kroner.
2. Innskuddet skal bokføres som annen innskutt egenkapital.

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind  
konst. adm. direktør

Møtedato: 6. desember 2022  
Vår ref.:  
2021/1158-24

Saksbehandler:  
Jan-Petter Monsen

Dato:  
29.11.2022

## Foretaksmøtesak 33-2022

## Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer

Styret i Helgelandssykehuset behandlet i møte 26. oktober 2022, jf. *styresak 91-2022 Retningslinjer for lederlønn*.

Helseforetakets retningslinjer for lederlønn fremmes nå for foretaksmøtet til endelig beslutning.

Foretaksmøtet i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet fastsetter vedlagte retningslinjer som helseforetakets *retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer*.

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind  
konst. adm. direktør

### Vedlegg:

1. Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer
2. Protokoll fra styremøtet i Helgelandssykehuset 26. oktober 2022
3. Styresak 91-2022 Retningslinjer for lederlønn.

## Retningslinjer for lederlønn Helgelandssykehuset

### Generelt

- Til grunn for Helgelandssykehusets retningslinjer for lederlønn ligger *statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel* (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 30.4.21). I tillegg legges til grunn Helse NORD RHF's retningslinjer for lederlønn vedtatt i april 2022.
- Godtgjørelsen til ledende personer<sup>1</sup> skal fremme oppnåelse av foretakets mål og bærekraftig verdiskaping for spesialisthelsetjenesten, herunder bidra til foretakets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- Godtgjørelsen skal ikke være lønnsledende, men konkurransedyktig slik at foretaket får rekruttert og beholdt gode ledere. Hensynet til moderasjon og likelønn mellom kvinner og menn skal ivaretas.
- Hovedelementet i godtgjørelsesordningen er fastlønnen.

### Hvordan retningslinjene bidrar til foretakets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne

- Konkurransedyktig, men ikke lønnsledende godtgjørelser til ledende ansatte skal balansere behovet for å rekruttere og beholde dyktige ledere, og en lønnsutvikling under kontroll. Rekruttering og stabilisering av dyktige ledere er viktig for virksomheten.
- Retningslinjene skal sørge for moderasjon, slik at godtgjørelsene ikke oppfattes som urimelige og svekker vårt omdømme. Foretaket er finansiert av offentlige midler som skal utnyttes til det beste for pasientbehandlingen, samtidig som foretakets mål skal nås.

### Hvordan lønn og ansettelsesvilkår for selskapets ansatte er hensyntatt ved utforming av retningslinjene

- Lønnsutviklingen i Helgelandssykehuset generelt skal være en del av vurderingen ved lederlønnsoppgjør, for å sikre at lederne som hovedregel har en lønnsutvikling i samsvar med andre ansatte.
- Konkurransedyktig lønn, men ikke lønnsledende, skal bidra til at foretaket er en attraktiv arbeidsplass for alle ansatte.
- Alle ansatte i Helgelandssykehuset HF har fastlønnsordning<sup>2</sup> og samme pensjonsordning.

**Om beslutningsprosessen som benyttes for å etablere, revidere og gjennomføre retningslinjene, herunder tiltak for å forebygge og håndtere interessekonflikter.**

---

- Retningslinjer, herunder framtidige endringer, skal drøftes med tillitsvalgte, styrebehandles og stadfestes i foretaksmøtet. Retningslinjene skal behandles og godkjennes av foretaksmøtet ved enhver vesentlig endring og minst hvert fjerde år.
- Retningslinjene skal gjennomføres i tråd med foretakets lønnspolitiske dokument, herunder forebygge og håndtere interessekonflikter.

### **Fastsettelse og justering av godtgjørelsen**

- Ved fastsettelse og justering av godtgjørelse skal følgende kriterier legges til grunn:
  - Lønnsnivå og lønnsutvikling i sammenlignbare stillinger
  - Lønnsutvikling i foretaket generelt

### **Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser**

- Det finnes ikke variable elementer i foretakets godtgjørelse til ledende ansatte.

### **Pensjonsordning**

- Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenstepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i helseforetaket, det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Avtaler om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP skal ikke forekomme.

### **Naturalytelser**

- Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for å utøve stillingen, dog begrenset til å gjelde:
  - Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelser
  - Hjemmekontor i tråd med foretakets bestemmelser
  - Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
  - Eventuelle avisabonnement

### **Pendlere**

- Reisekostnader til ledende ansatte som pendlere kan dekkes. Diett dekkes ikke for slike reiser.

### **Sluttvederlag for administrerende direktør**

- Dersom foretaket inngår avtale om sluttvederlag for administrerende direktør, skal avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden ikke overstige 12 månedslønner i sum.
- Sluttvederlaget skal reduseres krone for krone dersom administrerende direktør i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- Dersom administrerende direktør selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, ytes ikke sluttvederlag.

<sup>1</sup> Som ledende ansatte anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b (Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel).

<sup>2</sup> I helseforetakene har ansatte ulike former for variabel lønn avhengig av arbeidstidsordninger.



## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2022/2

Referent/dir.tlf.:  
Hege Brønlund

Sted/Dato:  
Teams, 26.10.22

<b>Møtetype:</b>	Styremøte
<b>Møtedato:</b>	26. oktober 2022 - kl.11.00 - 15.00
<b>Møtested:</b>	Sandnessjøen - Auditoriet

### Tilstede:

Navn:	
Arne Benjaminsen	styreleder
Andrine Solli Oppegaard	nestleder
Jonne Kalstad	styremedlem
Bjørn Olsen	styremedlem
Maiken Bjørkan	styremedlem
Henrik L. Henriksen	styremedlem
Marit Wisthus	styremedlem
Hanne Marthe Drevvatn	styremedlem
Elisabeth Benum	styremedlem
Anne Lise Brygfjeld	observatør fra brukerutvalg

### Forfall:

Navn:	
Laila Brunvold	styremedlem
Ole Henrik Bjørkmo Lifjell	styremedlem

### Fra administrasjonen:

Navn:	
Hanne Frøyshov	konst. adm. direktør
Beate Aspdal	Konst. organisasjonsdirektør
Elin Grønvik	konst. sykepleiefaglig direktør
Tove Lyngved	økonomisjef
Mette Horsberg	kommunikasjonssjef
Geir Morten Jensen	økonomi Rådgiver
Øystein Sekse Øie	sikkerhetsansvarlig IKT
Hege Brønlund	styresekretær

**Protokoll:**

*I forbindelse med gjennomføring av styremøtet spurte styreleder Arne Benjaminsen om det foreligger inhabilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte. Ingen av styremedlemmene meldte om inhabilitet.*

**86/2022: Godkjenning av saksliste**Vedtak:

Saksliste godkjent.

**87/2022: Godkjenning av styreprotokoll 27.09.2022**Vedtak:

Styreprotokoll fra styremøte i Helgelandssykehuset HF 27.09.22 godkjennes.

**88/2022: Virksomhetsrapport pr. september 2022****Protokoll:**

Styret vedtok lukking av møtet, for behandling deler av sak om apotekstyrt medisinrom (SANO), jfr helseforetakslovens § 26 a, pkt 2. Saken omfattes av off.lovens § 23, 1.ledd.

Vedtaksforslag:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. september 2022 til etterretning.
2. Styret ser at det er arbeidet godt med kvalitet og ber om at dette arbeidet fortsetter slik at både ventetider og fristbrudd reduseres.
3. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen og ber om at igangsatte tiltak kontinueres og intensiveres for å snu den økonomiske situasjonen.
4. Styret er fornøyd med konkretiseringen av de ulike tiltakene i tiltakspakke 4 og ber om at disse utredes og innføres slik det er foreslått i saken.
5. Styret ber administrasjonen skissere flere langsiktige tiltak og også ta med ytterligere tiltak i budsjettarbeidet for 2023.

Nytt vedtaksforslag pkt 4 fra styreleder Arne Benjaminsen:

4. Styret er fornøyd med konkretiseringen av de ulike tiltakene i tiltakspakke 4 og ber om at disse følges opp. Innspill som framkom i styremøtet hensynstas i oppfølgingen. Utvidet periode alternerende stenging av fødeavdelingene og reduksjon av antall senger forelegger styret som egne saker.

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. september 2022 til etterretning.
2. Styret ser at det er arbeidet godt med kvalitet og ber om at dette arbeidet fortsetter slik at både ventetider og fristbrudd reduseres.
3. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen og ber om at igangsatte tiltak kontinueres og intensiveres for å snu den økonomiske situasjonen.
4. Styret er fornøyd med konkretiseringen av de ulike tiltakene i tiltakspakke 4 og ber om at disse følges opp. Innspill som framkom i styremøtet hensynstas i oppfølgingen. Utvidet periode alternerende stenging av fødeavdeling og reduksjon av antall senger forelegges styret som egne saker.
5. Styret ber administrasjonen skissere flere langsiktige tiltak og også ta med ytterligere tiltak i budsjettarbeidet for 2023.

**89/2022: Budsjettpremiser og bærekraft – utsettes til neste møte**

**90/2022: Strategisk utviklingsplan 2023 - 2038**

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar *Strategisk utviklingsplan 2023 - 2038* for Helgelandssykehuset.

**91/2022: Retningslinjer for lederlønn**

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar retningslinjer for lederlønn.

**93/2022: Referatsaker til styret**

Vedtak:

Styret i Helgelandssykehuset HF tar sakene til orientering.

**94/2022: Muntlig orientering fra AD**

- Nye Helgelandssykehuset – status

Vedtak:

Styret i Helgelandssykehuset HF tar saken til orientering

**95/2022: Eventuelt**

1. Styremøtet 22 november 2022 – oppstartstidspunkt endres til kl 15.30
2. Styremøtet 13 desember 2022 – endres fra fysisk til digitalt møte
3. Styremøte 22 februar 2023 – endres fra digitalt til fysisk møte, Mo i Rana

**92/2022: Informasjonssikkerhet – ori. av status - u.off. jfr. off.l §24, 3 ledd – utsettes til neste møte**

**Møtedato 26.10.22**  
Arkivnr. 2022/1227

**Saksbehandler/tlf**  
Tore Enga/90783539

**Sted/dato**  
Sandnessjøen 17.10.2022

## Styresak 91 - 2022 Retningslinjer for lederlønn

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar retningslinjer for lederlønn.

### Bakgrunn:

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven og Nærings- og fiskeridepartementets nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel av 30. april 2021, ble Helse Nord RHF sine vedtekter, § 16 a *Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår*, endret i foretaksmøte 10. januar 2022. For å følge opp foretaksmøtets pålegg ble helseforetakenes vedtekter tilsvarende endret i foretaksmøte 2. februar 2022.

Helgelandssykehuset er bedt av Helse Nord RHF om å utarbeide og styrebehandle nye retningslinjer for lederlønn i løpet av september 2022, slik at de nye retningslinjene kan vedtas av foretaksmøtet i løpet av 2022. Arbeidet er dessverre blitt forsinket og det anmodes derfor om at saken behandles i styret i oktober. Vedlagt saken er forslag til retningslinjer for lederlønn. Retningslinjene er gjennomgått med foretaksledelsen og de har vært drøftet med foretakstillitsvalgte den 24.10.22. Protokoll fra drøftingsmøtet følger vedlagt/blir ettersendt.

Fram til 2021 har retningslinjene for lederlønn for kommende år blitt fastsatt som en del av årsregnskapet (en del av note 6 lønn). Oppdaterte vedtekter stiller krav til at nye retningslinjer fra og med 2022 skal legges fram som egen sak for «ordinært» foretaksmøte, dvs. foretaksmøtet som skal godkjenne regnskapet for 2021.

### Retningslinjene – hovedmomenter:

Forslag til retningslinjer er vedlagt saken. De nye retningslinjene tar utgangspunkt i tidligere retningslinjer som har vært felles mellom helseregionene. Samtidig utvides retningslinjene noe, for å ivareta kravene i *Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel og kravene i forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer*.

Et hovedpoeng i retningslinjene er at godtgjørelsen ikke skal være lønnsledende, men konkurransedyktig slik at helseforetaket får rekruttert og beholdt gode ledere. Hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette skal balansere behovet for å rekruttere og beholde

dyktige ledere mot en lønnsutvikling som er under kontroll. Virksomheten er finansiert av offentlige midler som skal utnyttes på best mulig måte for å oppnå fastsatte mål. Godtgjørelsene skal ikke oppfattes som urimelige eller bidra til at foretakets omdømme svekkes.

Hovedelementet i godtgjørelsesordningen til ledere er fastlønn. Alle har samme pensjonsordning. Lønnsutviklingen i Helgelandssykehuset generelt skal være en del av vurderingen ved lederlønnsoppgjør. Dette for å sikre at ledere på nivå 1 og 2 som hovedregel har en lønnsutvikling i samsvar med andre ansatte.

Administrerende direktørens vurdering:

Administrerende direktør vurderer at retningslinjene legger til rette for at Helgelandssykehuset kan tiltrekke seg og beholde dyktige ledere på øverste ledernivå i foretaket, samtidig som hensynet til moderasjon ivaretas. Dette skal bidra til at Helgelandssykehuset når sine mål, samtidig som offentlige midler benyttes på en måte som ikke oppfattes som urimelige eller svekker vårt omdømme.

Sandnessjøen, den 19 oktober 2022

Hanne M. Frøyshov

konst. administrerende direktør

Vedlegg:

1. Retningslinjer for lederlønn - utkast
2. Drøftingsprotokoll - ettersendes

# List of Signatures

Page 1/1

Styresak 91-2022  
Vedlegg 2

## Drøfting 241022\_Retningslinjer for lederlønn.pdf

Name	Method	Signed at
Karlsen, Raymond	BANKID	2022-10-25 08:21 GMT+02
Henriksen, Henrik Levi	BANKID	2022-10-25 08:12 GMT+02



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: 2CEFC373D94A4BDA8618DD8725C98411



## Drøftingsprotokoll – Retningslinjer for lederlønn

Møtetype	Drøfting FTV	
Møtedato	24.10.2022 Kl. 1030-1330	
Møtested	Teams	
Inviterte		Tilstede
	Anja Sjøvik, Delta	
	Elisabeth Benum, vara DNLF	X
	FO (Fellesorganisasjonen)	
	Parat	
	Bjørn Roger Johansen, vara NITO	X
	Henrik Levi Henriksen, Fagforbundet	X
	Jens-Petter Jensen, EI & It	X
	Marte Præsteng, Øvrige akademikere	X
	Kristin Wirum, NRF	X
	Marthe Neshagen, NFF	X
	Morten Jensen, NSF	X
	Nina Mørkved, NPF	
	Malin Åkerøy, Ergoterapeutforbundet	
	Trine Helland Solbu, DNJ	X
	Therese M. Jørgensen, FVO	X
	Silje Thunes, Forskerforbundet	X
	Hanne M. Frøyshov, AD (Arbeidsgiver)	X
	Raymond Karlsen, HR Sjef (Arbeidsgiver)	X
	Beate Aspdal, Org.direktør (Arbeidsgiver)	X
	Elin Grønvik, Fagdirektør (Arbeidsgiver)	X
	Rose Rølvåg, Klinikksjef (Arbeidsgiver)	X
	Bjørn Bech-Hanssen, Enhetsdirektør. (Arbeidsgiver)	X
	Tore Enga, HR Seniorrådgiver (Arbeidsgiver)	X
	Terje Kolsvik, HR Rådgiver (Arbeidsgiver)	X

### Grunnlag for drøftinger:

Saken drøftes etter HA § 30

Helgelandssykehuset er bedt om å utarbeide og styrebehandle nye retningslinjer for lederlønn, slik at de nye retningslinjene kan vedtas av foretaksmøtet i løpet av 2022. Drøftingsnotat og Forslag til retningslinjer er vedlagt saken. De nye retningslinjene tar utgangspunkt i tidligere retningslinjer som har vært felles mellom helseregionene. Samtidig utvides retningslinjene noe, for å ivareta kravene i *Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel* og kravene i *forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer*



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
2CEFC373D94A4BDA8618DD8725C98411



Signering av protokoll

Det ble avtalt i møte at Henrik Levi Henriksen, FTV Fagforbundet signerer protokollen på vegne av organisasjonene.

---

Raymond Karlsen  
HR Sjef

---

Henrik Levi Henriksen  
FTV Fagforbundet



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
2CEFC373D94A4BDA8618DD8725C98411

