



## **Styresak 041-2024**

### **Tertialrapport 1-2024 Nordlandssykehuset HF**

Saksbehandler: Marit Barosen, Beate Sørslett, Gro Ankill m.fl.  
Dato dok: 15.05.2024  
Møtedato: 22.05.2024  
Vår ref: 2024/2429

Vedlegg (t):

#### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret vedtar tertialrapport for 1. tertial 2024 for oversendelse til Helse Nord RHF.

#### **Bakgrunn:**

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2024 for Nordlandssykehuset HF. Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Regjeringens tillitsreform, som er et av flere grep for å utvikle og fornye offentlig sektor, har som sentrale mål blant annet å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen. Hovedregelen er at det skal rapporteres i helseforetakenes årlige melding til Helse Nord RHF, mens kun utvalgte styringskrav skal rapporteres på tertialvis. Forutsetningen for dette er at helseforetakene gjør risikovurderinger og rapporterer til Helse Nord RHF dersom det er avvik i forhold til fastsatte styringskrav (avviksrapportering).

Helseforetakene rapporterte på utvalgte mål for regional risikostyring pr 1. mars 2024 i tråd med Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene. For å redusere rapportering på styringskrav har Helse Nord RHF under utvikling målekort i virksomhetsportalen HN LIS. Rammeverket for risikovurdering utvikles og avtales i det regionale nettverket for risikostyring.

I vedlagt tertialrapport 1-2024 rapporteres på punkter i tråd med mal oversendt fra Helse Nord RHF.

#### **Direktørens vurdering:**

Nordlandssykehuset arbeider løpende med oppdragene i Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF. Status for rapporteringspunktene pr første tertial er at samtlige punkt er under oppfølging.

# Tertialrapport nr 1-2024 for Nordlandssykehuset HF

## **Innhold**

3. Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	4
4. Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	6
4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet .....	6
4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon .....	8
5. Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp .....	11
6. Øvrige krav og rammer for 2024 .....	17
6.1 Sikkerhet og beredskap .....	17
6.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern .....	17
6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet .....	17
7. Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet .....	18
7.1 Økonomiske krav og rammer .....	18
8. Andre krav til rapportering .....	19

## ***Om rapportering***

Regjeringen har iverksatt en tillitsreform. Tillitsreformen er et av flere grep for å utvikle og fornye offentlig sektor. Sentrale mål i tillitsreformen er bl.a. å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen.

*Hovedregelen* er at det skal rapporteres i helseforetakenes årlige melding til Helse Nord RHF, mens det bare er *utvalgte* styringskrav som det skal rapporteres på tertialvis. Forutsetningen for dette er at helseforetakene gjør risikovurderinger og rapporterer til Helse Nord RHF dersom det er avvik i forhold til fastsatte styringskrav (avviksrapportering).

Det skal rapporteres på utvalgte mål for regional risikostyring innen 1. mars 2024 jf tabell 3 i kap 8 i Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

For å redusere rapportering fra helseforetakene på styringskrav Helse Nord RHF har resultater er det nå målekort under utvikling i HN LIS. Målekortet utvikles og bygges ut ila 2024.

Rammeverket for risikovurdering utvikles og avtales i regionalt nettverk for risikostyring.

Denne rapporteringsmalen omhandler alle styringskrav som er gitt helseforetakene. Vær oppmerksom på at det også er styringskrav som skal rapporteres månedlig.

Krav som foretakene ikke skal rapportere på kan tas ut av malen, men krav nr må beholdes der det er satt.

*Kravene er listet opp etter følgende oppsett, og fylles ut iht angitt foretak og rapporteringsfrekvens.*

<b><i>Krav nr / Mål / Indikator</i></b>	<b><i>Krav tekst</i></b>	<b><i>Gjelder foretak</i></b>	<b><i>Rapporteringsfrekvens (evt avviksrapportering tertialrapport)</i></b>
<b><i>Kilde</i></b>			
<b><i>Rapporteringstekst:</i></b>			

### 3. Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

<i>Mål</i>	<i>Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<b>Sykehuspsykiatri</b> <p>Pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser ivaretas i hovedsak i sykehusenhetene for voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB. Det har vært en økning i pasienter på strafferettslige særreaksjoner og samtidig økning i sikkerhetspasienter (voldsfare/ fare for samfunnsvernet). Klinikken har i hovedsak klart å ivareta disse med rokade på tvers av sykehusenhetene, men dermed ivaretatt pasienter på lavere sikkerhetsnivå enn hva som er behovet. Helse Nord RHF har bistått slik at noen sikkerhetspasienter er overført til andre helseregioner i landet.</p> <p>Ø-hjelpsberedskapen er svært utfordret ved Akuttpsykiatrisk avdeling. Klinikken vurderer situasjonen daglig med hensyn til ø-hjelpsberedskap, herunder også rokade av sikkerhetspasienter internt i klinikken med tanke på sikkerhet og forsvarlighet.</p> <p>Omstilling og strukturendringer av pasientforløp døgn i BUPA har medført bedre tilgang og kvalitativt bedre pasientforløp i døgnenhetene for de sykeste pasientene, til tross for flere henvisninger. I tillegg har opprettelse og implementering av DBT<sup>1</sup>-team medført færre akutte innleggelse i døgn BUPA.</p> <b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b> <p>Estimert at rokade/ombygging for å få etablert nye rusakuttdøgnplasser i eksisterende bygningsmasse er ferdig siste halvdel av 2024. Pasientsentrert opiatsenter - <b>Opinord</b> er etablert i Bodø, et samhandlings- og innovasjonsprosjekt med Bodø kommune som sikrer sømløse forløp rundt pasienten.</p> <b>Allmennpsykiatriske poliklinikker DPS og BUP</b> <p>Det er en betydelig økning i primærhenvisninger til poliklinikkene (varierer mellom poliklinikkene mellom 17-22 % sammenlignet med samme periode i fjor). Sekundærhenvisninger til DPS poliklinikker har også økt, inkludert økning i TUD (tvang uten døgn). Dette har medført betydelig kapasitetsutfordringer, og betydelig antall fristbrudd. Flere pasienter ønsker ikke forløp fra private HELFO leverandører og kommer tilbake på poliklinikkens ventelister og utfordrer ventetidene ytterligere. Det rekrutteres generelt bedre for psykologer og tilsetninger pågår.</p> <p>Helse Nord pilot «felles inntak avtalespesialister» psykiatri medfører betydelig økning i ventetid og fristbrudd da henvisningene til avtalespesialistene nå går til felles inntak Salten DPS, uten at pasientene kan overføres til avtalespesialistene fordi de ikke har</p>			

<sup>1</sup> DBT= Dialektisk adferdsterapi

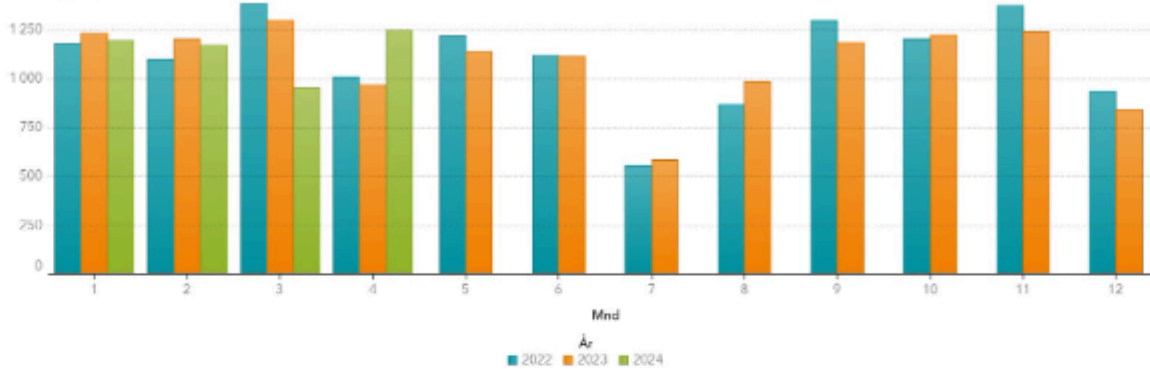
ledig kapasitet. Det er iverksatt flere tiltak i PHR klinikken for å stoppe fremtidige fristbrudd.

**Styringskrav:**

3	Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	---	-------------------------------	---

Den polikliniske aktiviteten er 2,9 % lavere i tertial 2024 målt mot samme periode i fjor.

Psykatri - ISFPoeng (fakt) etter Mnd gruppert etter År  
ISFPoeng (fakt)



Det er iverksatt betydelige tiltak i egne tiltaksplaner i poliklinikker for å øke aktiviteten (tidlig avklaringsteam, vurderingsteam og bedret rekruttering til stillinger).

4	Døgnaktiviteten og døgnkapasitet i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Veksten skal realiseres ved å dreie fra DPS til sykehusfunksjonene.	UNN, NLSH	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	---	--------------	---

Antallet døgnplasser er uendret i psykisk helsevern

- 119 plasser psykisk helsevern voksen (sykehus og DPS)
- 13 plasser Barne- og ungdomspsykiatri

**Snitt beleggprosent:**

LIGGEDØGN OG BELEGG %	2023	2024	Endring	Belegg % 2023	Belegg % 2024	Endring 2023-2024
AKUTT	3 432	3 513	81	89 %	91 %	2,0 %
SDPS	2 110	1 758	-352	88 %	75 %	-13,0 %
LOVE	632	897	265	72 %	93 %	21,0 %
SPA	5 289	5 672	383	87 %	93 %	6,0 %
ARPA (TSB)	1 666	1 727	61	87 %	90 %	3,0 %
BUPA	1 330	1 326	-4	88 %	85 %	-3,0 %
<b>SUM</b>	<b>14 459</b>	<b>14 893</b>	<b>434</b>	<b>87 %</b>	<b>89 %</b>	<b>2,0 %</b>



Antall pasienter ut av post	2023	2024	Endring	% vis endring
AKUTT	395	448	53	13 %
SDPS	81	103	22	27 %
LOVE	41	61	20	49 %
SPA	70	73	3	4 %
ARPA (TSB)	39	56	17	44 %
BUPA	112	108	-4	-4 %
<b>SUM</b>	<b>738</b>	<b>849</b>	<b>111</b>	<b>15 %</b>

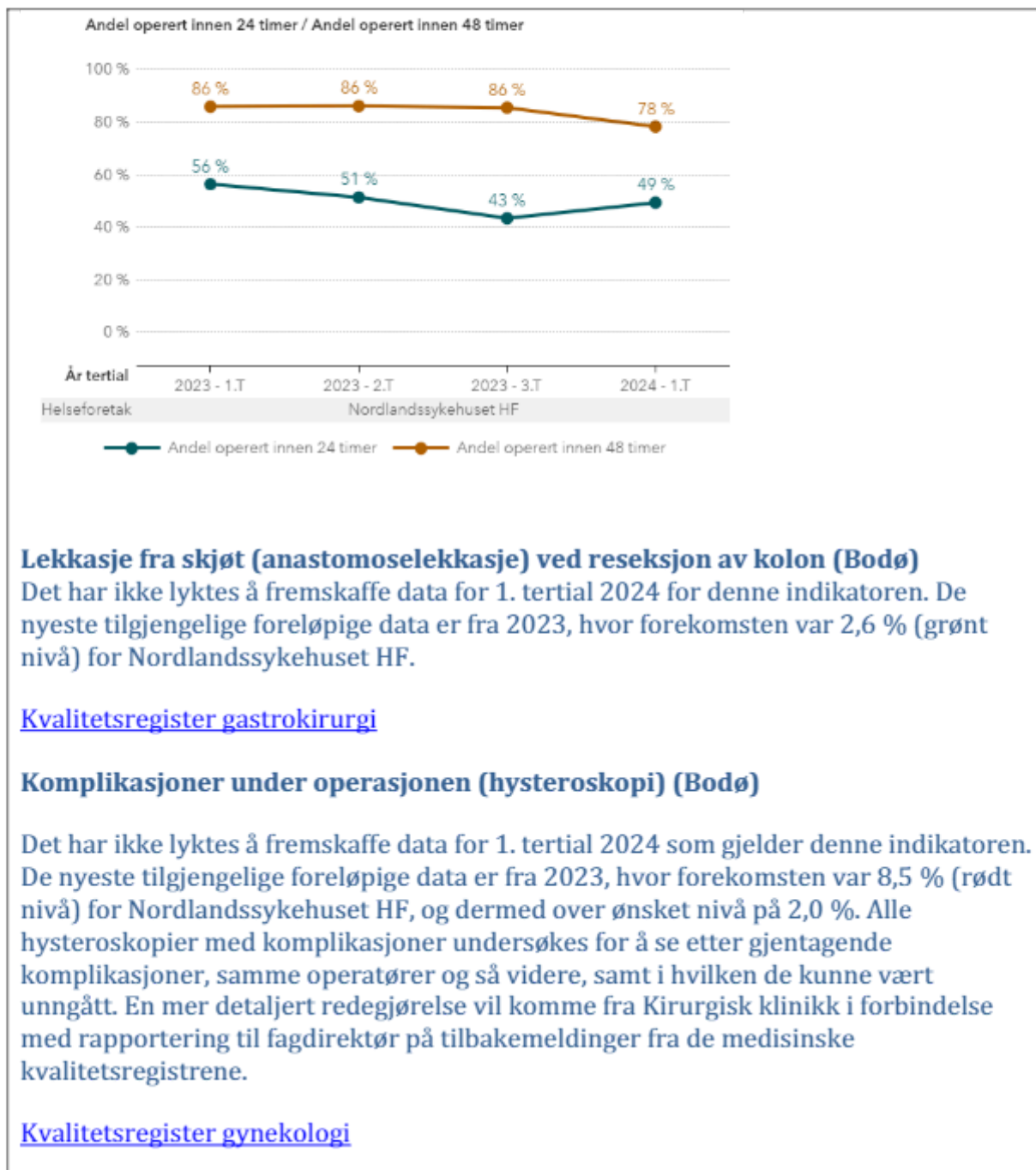
## 4. Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

### 4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

#### Styringskrav:

Indikator	Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2024, skal for regionen samlet sett, økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er en forventning om at UNN og NLSH har større økning enn øvrige helseforetak.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Målet for kliniske studier er 15 % årlig økning i antall inkluderte pasienter og antall studier. For 2022 var tallene for Nordlandssykehuset 332 inkluderte pasienter fordelt på 19 studier. De offisielle tallene for 2023 foreligger ikke, men foreløpige rapporteringstall til SIKT våren 2024 for forrige år viste 417 inkluderte pasienter og 25 studier. Selv om tallene for forrige år ikke er bekreftet, kan foretaket vise til en svært positiv utvikling over tid hva kliniske studier angår. I 2019 ble det rapportert om 45 inkluderte pasienter på 8 forskjellige studier.</p>			

5	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har med utgangspunkt i de seks utvalgte kvalitetsindikatorene fra OD 2023 utviklet indikatorer hvor det er moderat/lav måloppnåelse hos sykehusene. Hvert sykehus skal følge opp minst fem ulike kvalitetsindikatorer, og Helse Nord RHF ber helseforetakene iverksette tiltak for å forbedre måloppnåelsen, samt gi Helse Nord RHF tilbakemelding om forbedringsarbeidet i henhold til vedlagte rapporteringsmal.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Operasjon innen 48 timer – hoftebrudd (Bodø og Vesterålen)</b> 78 % (rødt nivå) av alle hoftebrudd i henhold til definisjon i nasjonal indikator ble operert innen 48 timer, og 49 % innen 24 timer, mot henholdsvis 86 % (gult nivå) og 56 % i 2023. Median ventetid var 22 timer.</p>			



9	<i>Intensivkapasiteten (ordinær kapasitet og beredskapskapasitet) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.</i>	NLSH, UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset har gjennom pandemiperioden 2020 - 2022 gjort mange erfaringer og utarbeidet og delvis utprøvd planer for etablering av flere intensivplasser i beredskapsøyemed. Tilgang på utstyr og lokaler er god, mens kvalifisert personell er den knappeste ressursen, særlig ved hendelser som strekker seg ut i tid.</p>			



Med bakgrunn i planverket fra pandemien vil Kirurgisk klinikk i samarbeid med beredskapssjef utarbeide et generelt planverk som beskriver hvordan intensivkapasiteten i Bodø kan utvides med blant annet omdisponering av lokaler, flytting av personell og bruk av støttepersonell i intensivavdelingene. Dette arbeidet vil foregå utover i 2024, og status vil rapporteres i årlig melding.

Intensivkapasiteten i Nordlandssykehuset er uendret sammenlignet med 2023. I normal drift er dette tilstrekkelig til å dekke behovet i foretaket.

## 4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon

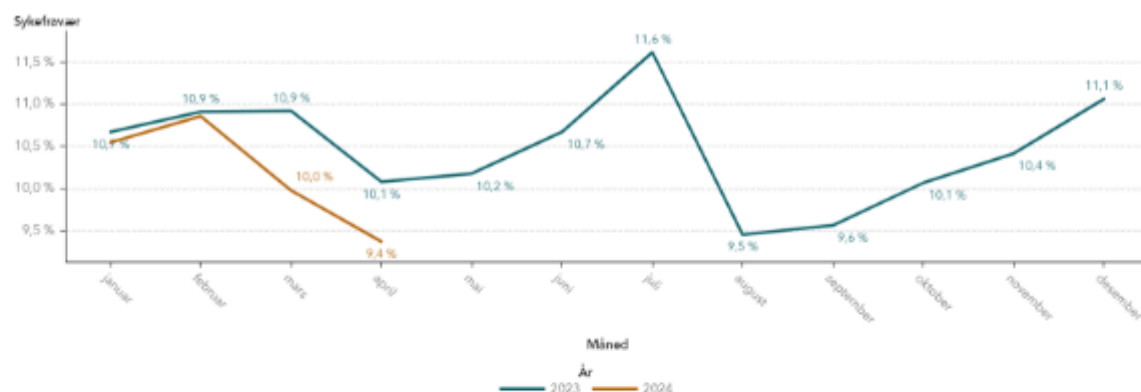
Indikator  Se målekort HN LIS	Foretakene skal, med utgangspunkt i nivå i 2023, redusere sykefraværet med minimum 5 prosent årlig, inntil styringsmålet om maksimalt 7,5 prosent sykefravær er nådd. Foretakene skal, med utgangspunkt i nivå i 2023, redusere sykefraværet med minimum 5 prosent årlig, inntil styringsmålet om maksimalt 7,5 prosent sykefravær er nådd.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
			Tertialrapporter og Årlig melding

Målet for det totale sykefraværet er 7,5 % eller lavere, fordelt på 5,5 % eller lavere på langtidsfravær og 2 % eller lavere for korttidsfravær.

Vi ser at trenden på sykefraværet er nedadgående. For første tertial 2024 viser korttidsfraværet en nedgang sammenlignet med 2023. Mellomfraværet for første tertial 2024 har økt sammenlignet med 2023, mens langtidsfraværet har gått ned.

Det jobbes målrettet for å redusere sykefravær/øke nærvær. Enheter med høyt sykefravær har nært samarbeid med HR i forhold til oppfølging av sykemeldte og er anbefalt å ta i bruk metodikken fra innsatsområdene i IA bransjeprogram for sykehus.

Sykefraværet var 10,4 % i 2023, for 1.tertial 2023 var fraværet 10,7 %. Per 10.mai er det registrert sykefravær på 10,2 % i 2024.



### Styringskrav:

13	Helseforetakene skal tilstrebe minimum 6 mnd. planleggingshorisont i arbeidstidsplanleggingen.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding
<b>Barneklubben</b> Klubben har en planleggingshorisont på 6 mnd. på alle enheter unntatt for legene. Kortere planleggingshorisont er på grunn av fravær og rekrutteringsproblemer på LIS-siden, noe som fører til stadige endringer i planene.			
<b>Diagnostisk klinikk</b> Det er et mål at alle avdelinger skal ha 6 mnd. planleggingshorisont. Foreløpig mangler det avtaler med flere forbund for å kunne ha dette på plass i alle enheter, men det jobbes med. Noen enheter har allerede innført 6 måneders planleggingshorisont, mens andre er i start- eller forberedelsesfasen.			
<b>Kirurgisk klinikk</b> Klubben etterstreber 6 mnd. planleggingshorisont for alt personell. I de fleste sengeenheter, poliklinikker og legestaber benyttes kalenderplaner, med lange gyldighetsperioder. For noen enheter har planleggingen blitt påvirket og forsinket på grunn av endringer i klinikkstrukturen, med splitting av og etablering av nye kostnadssteder.			
<b>Medisinsk klinikk</b> Lofoten har en planleggingshorisont på 6 mnd. Bodø indremedisin har 6 måneders arbeidsplaner for LIS 2/LIS3 og overleger med bakgrunn i rotasjoner. Det gjør at det i overgangene er kortere planhorisont. Kreftavdelingen tilstreber 6. mnd. planleggingshorisont, men noe utskifting på legesiden gjør at arbeidsplanen ofte må endres. Nev/rev har 26 ukers plan for overleger. LIS 3 har rullerende plan, men på grunn av rekrutteringsutfordringer er det i perioder vanskelig å ha en 6 mnd. plan.			
<b>PHR klubben</b> PHR klubben tilstreber 6 måneders planleggingshorisont. Det har vært jobbet betydelig med strukturering av polikliniske pasientforløp som utfordrer dette noe da flere forløp kan utføres mer intensivt eller kortere og på bakgrunn av dette kan endringer for å øke kapasitet rokke ved planleggingshorisonten på 6 mnd. Det er et pågående arbeid sammen med SKSD som vurderer ytterligere tiltak med hensyn til ventelistegjennomganger og timebokoppsett. I tillegg har klubben bistand fra Deep Insight for analysering av data knyttet til bemanning og langtidsplanlegging gjennom året for poliklinikker.			
<b>Prehospital klinikk</b> Prehospital har en planleggingshorisont for 6 måneder for avdelingene akuttmottak/observasjonspost og AMK. Det samme planlegges for ambulansetjenesten med oppstart siste kvartal 2024.			

19	Helseforetakene skal øke antall utdanningsstillinger innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie og jordmorfaget sammenlignet med 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	-------------------------------	---

Det vil i 2024 være opptak til ABIOK ved Nord Universitet med oppstart først januar 2025. Det betyr at en ev økning av antall utdanningsstillinger i ABIOK ikke vil skje før i 2025. Nordlandssykehuset jobber kontinuerlig med å sikre at flest mulig gjennomfører videreutdanning, og vil i 2024 som tidligere år også vurdere andre videreutdanninger som akuttisykepleie og hjertesykepleie, som erstatning for f. eks videreutdanning i intensiv.

23	Helseforetakene skal tertialvis rapportere på tiltak og tiltakseffekt for å redusere omfanget av innleie fra byrå.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	-------------------------------	--------------------------------------

### Diagnostisk klinikk

Diagnostisk klinikk leier inn radiologer for å kunne opprettholde kritisk aktivitet og akuttberedskapen. Klinikken jobber med ulike løsninger i forhold til rekruttering med formål om å redusere innleie.

### Kirurgisk klinikk

Innleie av personell fra byrå er i hovedsak knyttet til legebemannning i Lofoten og Vesterålen, samt sykepleiere til sengepost Bodø og Vesterålen. Det forekommer også noe innleie av spesialsykepleiere, primært til operasjon Lofoten og Bodø.

Sengepostene i Bodø jobber mot å avvikle innleie gjennom sengetalls- og bemanningsjustering, oppgavefordeling og reduksjon av pleiefaktor. Fremgangen rapporteres månedlig i virksomhetsrapportene.

Tiltak: Klinikken viderefører arbeidet med rekruttering for å redusere innleie av leger til Lofoten og Vesterålen. Muligheten for rekruttering av faste spesialister er begrenset, og det foreligger ikke noen andre muligheter per dags dato enn innleie for å opprettholde tilbud og beredskap. Ambulering benyttes der det er hensiktsmessig, men er ikke nødvendigvis en mer kostnadseffektiv løsning.

### Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk gjør fortløpende en kritisk gjennomgang av behov for innleie med siktemål å redusere omfang så langt som mulig. Det leies kun inn der hvor det er behov for innleid personell for å opprettholde kritisk drift, og beslutning om innleie gjøres på klinikkjefnivå. Ved behov for innleie utenom avtale gjøres beslutning på direktørnivå. På hjerte er bemanningsplanen nå redusert for å holde innleie nede. På lunge/hem har de lyktes med å stabilisere og rekruttere i flere av de ledige stillingene og målsetningen er å avvikle innleie fra høsten 2024. Oppgavedeling er godt innarbeidet på flere av sengepostene. Lofoten jobber med å ansette leger i små stillinger til erstatning for innleie fra byrå. Vesterålen har redusert sitt innleie fra byrå. Sengeposten nyre, gastro, inf har ikke hatt innleie, men har behov til sommeren. Øvrige avdelinger leier bare unntaksvis inn noen fra firma. Innleiekostnadene fra firma er redusert i forhold til samme periode 2023.



## PHR klinikken

PHR-klinikken har redusert bruk av innleie av overleger fra vikarbyrå sammenlignet med 2023. Det vil ut året og videre fortsatt være behov for innleie fra vikarbyrå for å kunne drifte tjenestene i DPS Vesterålen.

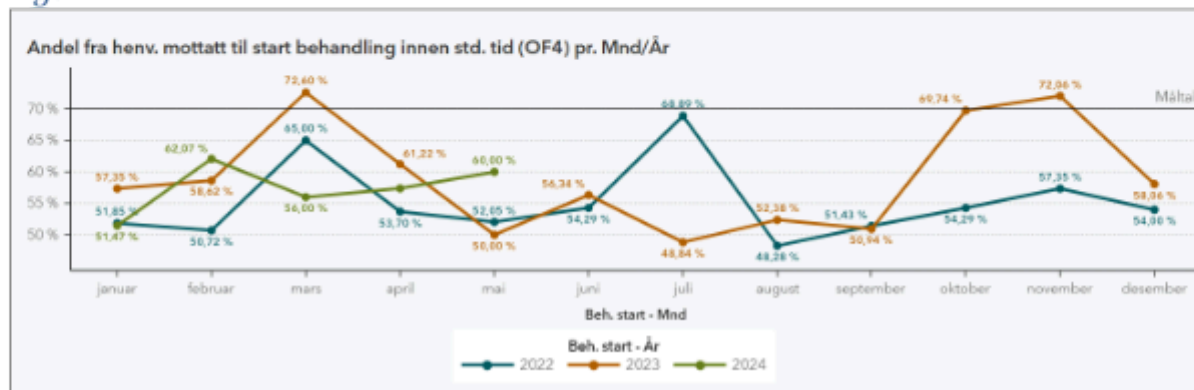
## 5. Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

<i>Indikator</i>	<i>Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 prosent.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
<i>Se målekort HN LIS</i>			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>

### Nordlandssykehuset

56,8 % av kreftpakkeforløpene ble gjennomført innenfor standard forløpstid i første tertial 2024. Det betyr at styringskravet ikke er innfridd. Figur 1 viser utviklingen siste tre år, hvor vi ser at andelen innenfor standard forløpstid er lavere per første tertial i 2024 enn i fjor.

Figur 1



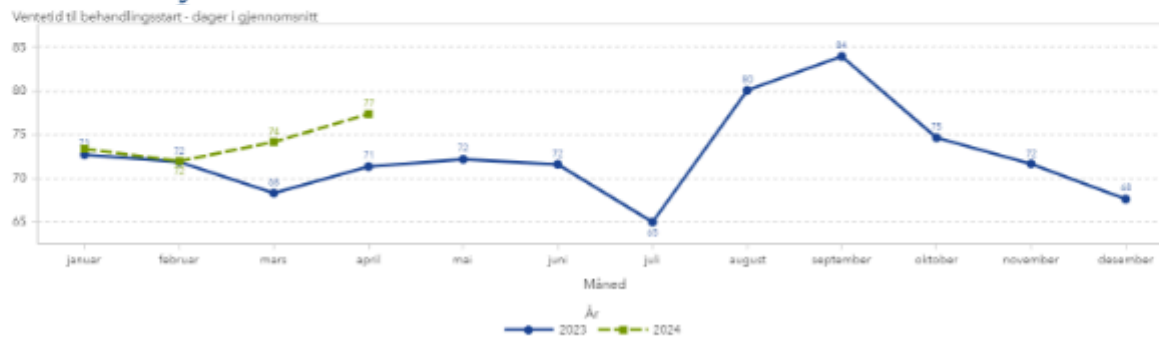
Figur 2 viser fordelingen mellom de ulike pakkeforløpene. Flere av pakkeforløpene (gynekologi, endokrinologi, spiserør og magesekk, hjernekreft, barn) startes i Nordlandssykehuset, mens UNN er ansvarlig for diagnostisering og behandling. For de fire største forløpene innfrir vi styringskravet for brystkreft, og tilnærmet for tykk- og endetarmskreft, mens vi ikke gjør det for prostata og lungekreft. Hovedårsaken til at vi ikke innfrir styringskravet for lungekreft er knyttet til utredning og medisinsk behandling. PET utredning er fortsatt en utfordring. For prostatakreft ligger vi omtrent på samme nivå som tidligere. For kirurgiske forløp hvor forløpstiden ikke innfridd er gjennomsnittlig forløpstid marginalt høyere enn normert. Vi jobber med å få ned tidsbruken tidlig i forløpet (poliklinisk vurdering, klinisk beslutning) slik at dette ikke går ut over samlet forløpstid.

Figur 2

Andel fra henv. mottatt til start behandling innen std. tid (OF4)									
Pakkeforløp	Antall Forløp	Andel fra henv. mottatt til første fremmøte innen std. tid (OF1)	Ant fra henv. mottatt til første fremmøte (OF1)	Andel fra første fremmøte til avsl. utredn. innen std. tid (OF2)	Ant fra første fremmøte til avsl. utredn. (OF2)	Andel fra avsl. utredn. til start beh. innen std. tid (OF3)	Ant fra avsl. utredn. til start beh. (OF3)	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total	252	44,23 %	246	58,94 %	246	40,71 %	252	56,75 %	252
A01 - Brystkreft	50	67,50 %	48	72,92 %	48	54,00 %	50	66,00 %	50
A16 - Prostatakreft	46	58,70 %	46	32,61 %	46	40,43 %	46	19,57 %	46
A26 - Lungekreft	38	45,79 %	30	28,95 %	30	50,00 %	38	21,05 %	38
A38 - Malignt melanom	30	25,93 %	27	100,00 %	27	100,00 %	30	96,67 %	30
A12 - Tykø- og endetarmkreft	23	77,27 %	22	72,73 %	22	56,52 %	23	69,57 %	23
A14 - Blærekreft	23	56,52 %	23	91,30 %	23	34,78 %	23	95,65 %	23
A02 - Hode- halskreft	11	72,73 %	11	27,27 %	11	54,55 %	11	36,36 %	11
A06 - Lymfomer	9	44,44 %	9	33,33 %	9	77,78 %	9	44,44 %	9
A15 - Nyrekreft	5	20,00 %	5	100,00 %	5	40,00 %	5	40,00 %	5
A20 - Livmorkreft (endometri)	5	60,00 %	5	40,00 %	5	0,00 %	5	0,00 %	5
A37 - Skjoldruskjeltrekreft	5	100,00 %	5	40,00 %	5	20,00 %	5	40,00 %	5
A21 - Eggstokkreft (ovarie)	2	100,00 %	2	50,00 %	2	50,00 %	2	50,00 %	2
A04 - Myelomatose	1	0,00 %	1	100,00 %	1	0,00 %	1	0,00 %	1
A07 - Bukspyttkjertelkreft	1	100,00 %	1	100,00 %	1	0,00 %	1	0,00 %	1
A18 - Testikkelkreft	1	100,00 %	1	0,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
A32 - Kreft i spiserør og magesekk	1	100,00 %	1	100,00 %	1	0,00 %	1	100,00 %	1
A40 - Gallenveiskreft	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1

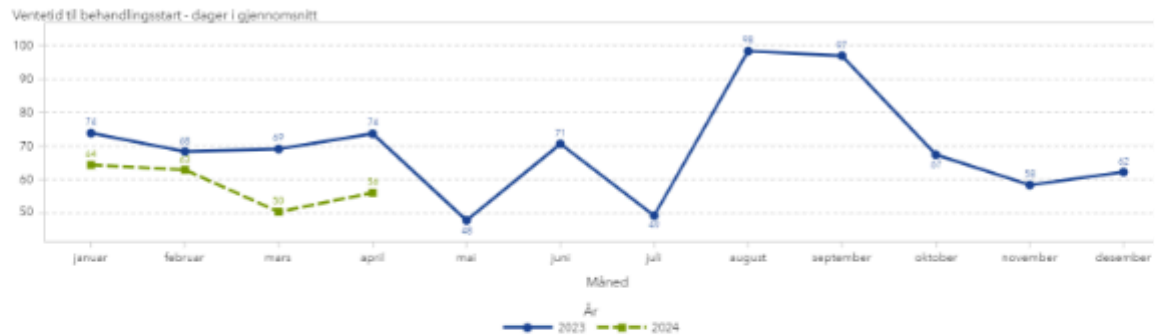
<b>Indikator</b>  Se målekort HN LIS	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
	Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.		Tertialrapporter og Årlig melding

**Nordlandssykehuset**



Kilde: SAS LIS «Aktivitetsoppfølging – Venteliste detaljert» 13.05.24

**Barneklubben**



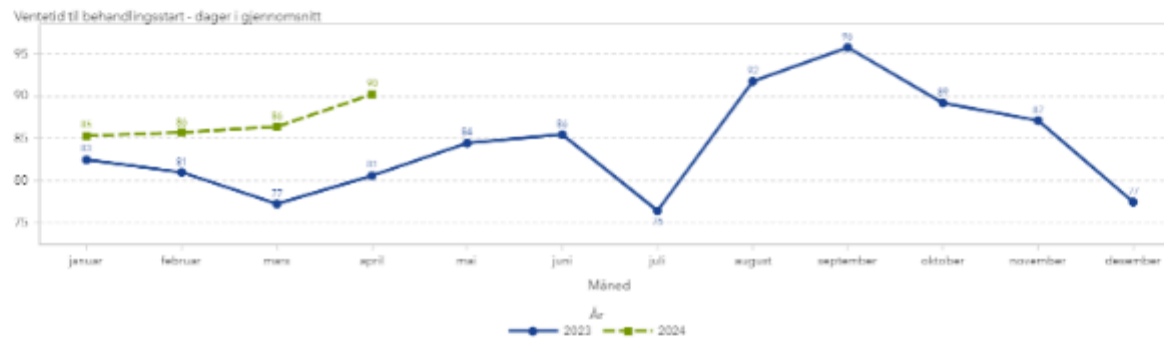
Kilde: SAS LIS «Aktivitetsoppfølging – Venteliste detaljert» 13.05.24



### Kirurgisk klinikk

Det er betydelig variasjon mellom fagområdene. Særlig ortopedi, plastikk-kirurgi og kjevekirurgi hadde lang ventetid, med over 100 dager i gjennomsnitt. Ventetid i første tertial i 2024 var økt sammenliknet med 2023.

**Tiltak:** Klinikken fortsetter arbeidet med rydding og strukturering av ventelister, også med robotisering av slike oppgaver ved hjelp av Nora Nord. Det tilstrebes å øke andelen digitale konsultasjoner og skjemabasert oppfølging.

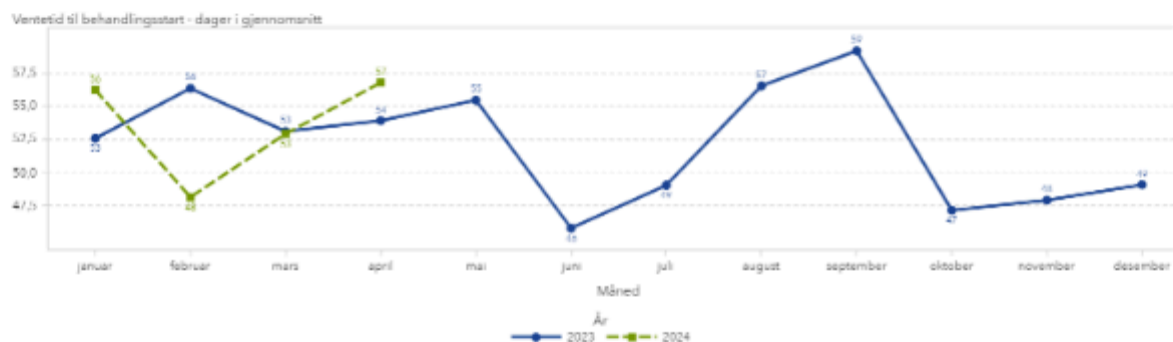


Kilde: SAS LIS «Aktivitetsoppfølging – Venteliste detaljert» 13.05.24

### Medisinsk klinikk

MED klinikk har totalt en gjennomsnittlig ventetid på 55 dager for årets første 4 mnd. Ventetiden varierer mellom spesialitetene og mellom lokasjonene hvorav fag som fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer og hud ligger med lengst ventetid. For fordøyelsessykdommer og hjertesykdommer er ventetiden betydelig lengre i Vesterålen enn Bodø og Lofoten. Innenfor hudsykdommer har vi tilbud kun i Bodø.

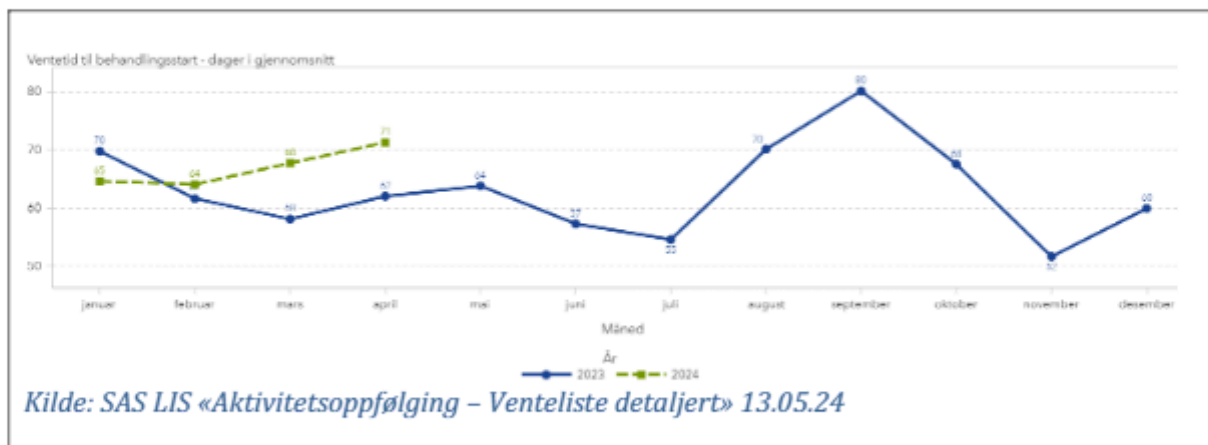
**Tiltak:** Det arbeides systematisk med å få ned ventetiden. Vi har enespesialistfag som hud hvor en spesielt må jobbe langsiktig i forhold til å utdanne flere spesialister.



Kilde: SAS LIS «Aktivitetsoppfølging – Venteliste detaljert» 13.05.24

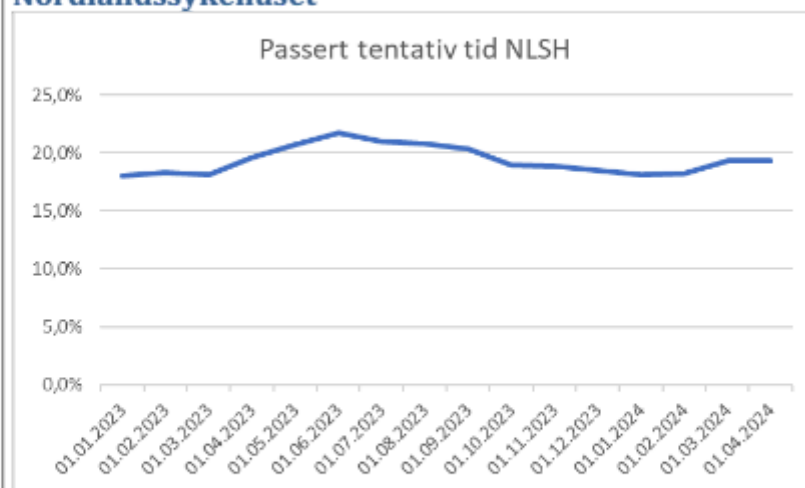
### PHR klinikken

Det er iverksatt flere tiltak for å redusere ventetid i poliklinikker. Det er bedret rekruttering av psykologer, og i poliklinikker i Bodø er alle overlegestillinger besatt. Poliklinikkene er ikke dimensjonert for den store økningen i henvisninger og det tilsettes derfor flere psykologer enn hva det er budsjett til for å unngå fremtidige fristbrudd. Ellers nevnes oppstart tidlig avklaringssteam, vurderingssamtale, nye rutiner for-ikke-møtt, pasienter mottar tilbud på tvers av enheter. Ventetider har økt, spesielt i Bodø, etter oppstart av pilot felles inntak avtalespesialister fordi avtalespesialistene foreløpig i liten grad kan ta over pasienter.



<b>Indikator</b>	Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
------------------	--	-------------------------------	---

### Nordlandssykehuset

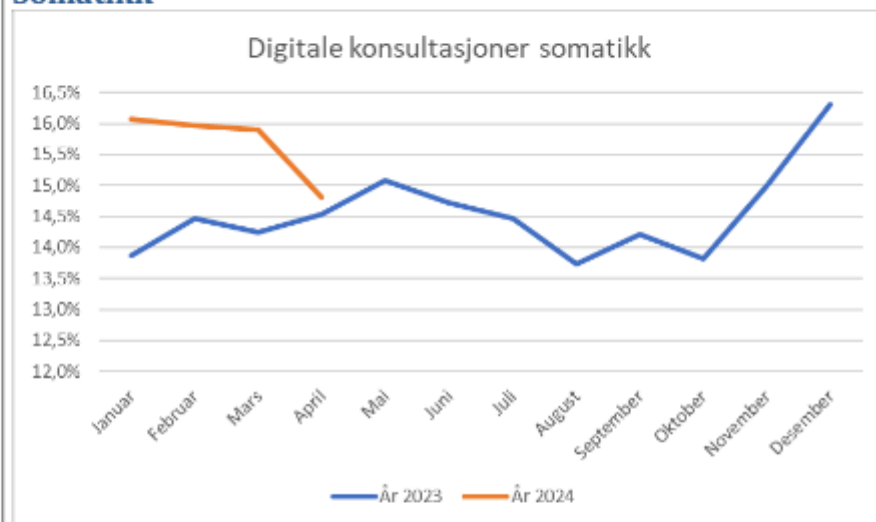


Kilde: SAS LIS «Aktivitetsoppfølging/Ventende/Passert tentativ tid» 13.05.24

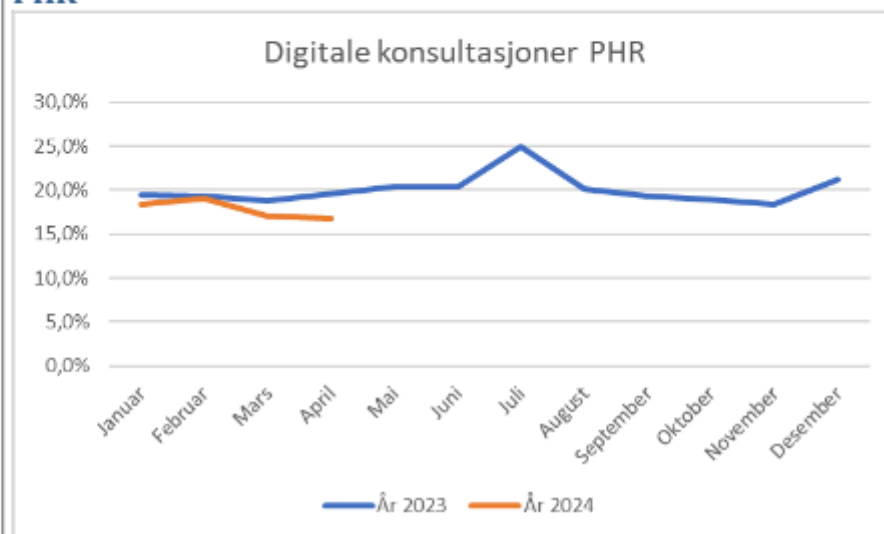
Nordlandssykehuset har ikke tilstrekkelig kapasitet til at pasienter har fått time inne tentativ tid, dette gjelder både nyhenviste pasienter og pasienter som er i et pasientforløp. Tiltak for å bedre dette går både på å redusere behovet for konsultasjoner ved for eksempel vri til skjemabasert oppfølging samt forbedre pasientlogistikk slik at vi kan ivareta flere pasienter uten økning i ressurser. Disse tiltakene vil ikke på kort- og mellomlang sikt være tilstrekkelig for å oppnå styringskravet.

<b>Indikator</b>  Se målekort HN LIS	Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	---	-------------------------------	---

### Somatikk



### PHR



Det er satt krav om måltall per fagområde knyttet til andel digitale konsultasjoner, og at den enkelte avdeling/enhet finne forbedringsområder for å øke andelen.

### Annen digital oppfølging

Bruk av digital oppfølging gis som alternativ til konsultasjon for pasienter. Hver pasient telles kun en gang per tertial, noe som medfører at antall asynkrone digitale kontakter er høyere enn antall pasienter i tabellen over. Aktivitet per april knyttet til denne aktiviteten er fordelt med 496 pasienter i Kirurgisk klinikk (12,85 DRG poeng) og 410 pasienter i Medisinsk klinikk (9,235 DRG poeng). Per første tertial er det ikke registrert digital oppfølging foruten digitale konsultasjoner knyttet til Barneklubben eller PHR klinikken.

Type digital oppfølging	Antall pasienter i oppfølging 1. tertial	ISF-poeng, antall
AS10 Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 1 nervesystemet basert på pasientregistrerte data via skjema	29	0,87
CS11 Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 3 øre, nese, hals via medisinsk utstyr	414	10,35
ES11 Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 5 sirkulasjonssystemet via medisinsk utstyr	224	5,6
HS10 Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 6 fordøyelsessystemet basert på pasientregistrerte data via skjema	21	0,64
HS10 Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 8 muskel /skjelett og bindewe basert på pasientregistrerte data via skjema	91	2,73
KS10 Oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser basert på pasientregistrerte data via skjema	100	1,5
KS11 Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser via medisinsk utstyr	27	0,405
<b>Sum totalt</b>	<b>906</b>	<b>22,085</b>

<b>Indikator</b>	<i>Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)</i>
------------------	---	-----------------------------	---

BUPA ligger på 70 %, mens PHV og TSB ligger lavt. Dette skyldes i hovedsak registreringspraksis, da det er gjort og fortsatt utføres avdelingsvise revisjoner (2023-2024) med hensyn til behandlingsplaner og kvaliteten i disse. Dette følges opp i avdelingene med tiltak og læring på tvers.

<b>Indikator</b>	<i>Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelses innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)</i>
------------------	--	-----------------------------	---

#### **Kirurgisk klinikk**

Det har ikke lyktes å fremskaffe data på andel ikke-planlagte reinnleggelses for 1. tertial. Det er derfor ukjent om det foreligger avvik på dette området. Det pågår et regionalt arbeid for å sette opp målinger for denne parameteren, hvor plan/analyse NLSH deltar.

#### **Medisinsk klinikk**

Med klinikk har ikke kunnet fremskaffe data på andel ikke-planlagte reinnleggelses for 1. tertial og avventer resultatet av det regionale arbeidet med målinger på området.

#### **PHR klinikken**

Ikke-planlagte reinnleggelses er i hovedsak i Akutt- og sikkerhetspsykiatri og er hjemlet i Psykisk helsevernlov. Det er iverksatt tiltak med rutine for å sikre at pasienter på TUD (tvang uten døgn) ikke tas av TUD uten at det er grundige vurderinger til grunn.

#### **Styringskrav:**

<b>24</b>	<i>Helseforetakene må senest i løpet av 2. kvartal 2024, delta i pilot for vedtatt rekvisisjonspraksis. Deltakelse i piloten skal sikre tilstrekkelig volum slik at Pasientreiser HF i løpet av 2024 kan vurdere risiko for økt antall telefoner når mer av bestillingsansvaret overføres fra behandler. Hensikten er å fremskaffe pålitelig informasjon slik at helseforetakene i samarbeid med HN RHF, kan sørge for riktig dimensjonering av kapasitet ved pasientreisekontorene i forkant av nasjonal implementering primo 2025.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)</i>
-----------	--	-----------------------------	---



Pasientreiser i Nordlandssykehuset startet pilot for ny rekvisisjonspraksis medio februar. To avdelinger i Nordlandssykehuset deltar i piloten, i tillegg til en fysioterapeut i en kommune. Piloten avdekket raskt at de aller fleste behandlere mangler tilgang til løsningen gjennom sin EPJ-leverandør, noe som påvirker utrullingstakten. Når disse utfordringene er løst, vil flere behandlingssteder bli tilkoblet.

## 6. Øvrige krav og rammer for 2024

### 6.1 Sikkerhet og beredskap

#### 6.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern

##### Styringskrav:

34	Helseforetakene skal ha oversikt over alt medisinsk utstyr som er koblet til digitalt nettverk. Nødvendige opplysninger skal være registrert i «Asset management». Handlingsplan for ferdigstilling av arbeidet, og plan for forvaltning skal rapporteres i tertialrapport nr. 1-2024	Alle	1. tertial og Årlig melding
Første import av data fra Merida til Asset management er gjennomført. Innhenting av manglende data og øvrig oppfølging av arbeidet er i gang. Nordlandssykehuset skal bidra videre på kartlegging og forvaltningsplan i samarbeid med det regionale prosjektet for «Kartlegging MTU» som er i ferd med å starte opp og har opprettet en engasjementsstilling som skal bidra med dette som hovedoppgave også for Nordlandssykehuset.			

#### 6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet

##### Styringskrav:

36	Følge opp innkjøpsområdet spesielt i arbeidet med å sikre økonomisk bærekraft.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Nordlandssykehuset styrket innkjøpsområdet med ekstra ressurser fra 2. halvår 2023, og kostnadsreduksjon knyttet til økt bruk av innkjøpsavtaler er en sentral del av tiltakene i foretakets omstillingsplan for 2024.			
37	Allokere nødvendige kliniske ressurser til å ivareta faglige krav i forbindelse med anskaffelser og sortimentsavklaringer innen rammen av styringsmodellen. Delta i arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser slik at kategoristyringen er gjennomførbar. Arbeidet skal ledes av Helse Nord RHF. Delta i utvikling av nødvendige endringer og aktivt følge opp at disse gjennomføres, slik at sortimentsstyring gjennomføres i tråd med omforent plan.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)



Nordlandssykehuset deltar aktivt i arbeidet med implementering av ny styringsmodell for anskaffelser, herunder arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og sortimentsstyring. Det er iverksatt interne prosesser for bedre involvering av kliniske ressurser i anbudsprosesser og sortimentsavklaringer. Gjennom 1. tertial har innkjøpsavdelingen etablert tettere samarbeid med Diagnostisk klinikk og Kirurgisk klinikk.

## 7. Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet

### 7.1 Økonomiske krav og rammer

#### Styringskrav:

43  Se målekort HN LIS	Helseforetaket skal identifisere konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Virksomhetsrapport og tertialrapport
<p>Nordlandssykehuset vedtok i desember et budsjett for 2024 (<i>styresak 101-2023 Budsjett 2024 m/vedlegg</i>) hvor det var identifisert tiltak for til sammen 123,5 mill. kr. Omstillingsutfordringen var da estimert til å være 271,2 mill. kr.</p> <p>I styremøte 23.april 2024 ble <i>styresak 029-2024 Budsjett 2024 – revidert tiltaksplan for varig omstilling</i> behandlet. I denne saken er omstillingsutfordringen oppdatert til å være 322,4 mill. kroner, og tiltakspakke 2 ble presentert og vedtatt. Totalt er tiltakspakke 1 og 2 estimert til å ha helårseffekt på 332 mill. kroner, men foretaket vil ikke få full effekt av tiltakene i 2024.</p>			
44  Se målekort HN LIS	Helseforetaket skal sikre kontroll og oppfølging av tiltakene og ved behov iverksette ytterligere tiltak. Det skal rapporteres månedlig.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Virksomhetsrapport og tertialrapport
<p>Oppfølging av tiltak er agenda på oppfølgingsmøter som administrerende direktør har med de ulike klinikkene hver måned. I virksomhetsrapportene omtales også oppnådd tiltakseffekt for hver klinikk.</p>			

## 8. Andre krav til rapportering

Følgende indikatorer skal risikovurderes og rapporteres, men er ikke satt indikatorer i ovenstående kapitler.

### Styringskrav:

Indikator	Andelen anskaffelser på Sykehusinnkjøpavtaler skal økes med 10 prosentpoeng sammenlignet med 2023.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
Nordlandssykehuset har i 1. tertial økt andelen anskaffelser med mer enn 10 % sammenlignet med samme periode 2023.			

Indikator	Redusert overtid.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding

#### Barneklubben

Overtid brukes i all hovedsak i forbindelse med økt aktivitet, sykefravær og behov for kompetanse på vakt, samt vakante vakter for leger.

#### Diagnostisk klinikk

I Diagnostisk klinikk brukes det hovedsakelig kun overtid i forbindelse med økt aktivitet, vakante stillinger og sykefravær. All overtid skal godkjennes av leder.

#### Kirurgisk klinikk

Gjennomsnittlig månedsverk for overtid (foruten UTA) var i første tertial 38,5 månedsverk, mot 38,25 i samme periode i 2023 og 40,4 for hele året. Merarbeid/timelønn og grunnlønn/basis økte noe mer enn reduksjonen i overtid.

#### Medisinsk klinikk

Klinikken har et overforbruk på overtid og ekstrahjelp per april på 3 mill. sammenlignet med samme periode 2023. Innleie fra firma er for samme periode redusert med 2 mill. Det er i hovedsak sengepostene som har overforbruk. Dette som følge av rekrutteringsvansker, overbelegg og utskrivningsklare pasienter i kombinasjon med meget høyt sykefravær. Alle ledere i klinikken har deltatt på opplæring/tematime i regi av HR ift redusert bruk av overtid og forskyvning av vakt. Det rapporteres fra avdelingene om status utvikling i lønnsutgifter på månedlige driftsmøter. Dette for å ha fokus på de ansattes velferd og kostnadene ved bruk av merarbeid og overtid.

#### PHR klinikken

Det er Sikkerhetsenheten og Akuttpsykiatrisk avdeling som har størst andel overtid i klinikken. Og som ses i sammenheng med kritisk driftssituasjon, overbelegg samt økte tiltak per pasient i disse enhetene. MRSA utbrudd på tvers av avdelinger medførte

også økt overtid/ ekstravakter noen uker. Sykefraværet er betydelig redusert, og det jobbes videre strukturert med turnusplanlegging i sikkerhetsenheten med bistand også fra HR. I tillegg er det noe overtid for enkelte spesialister som jobber fleksibelt og på tvers av avdelinger

### **Prehospital klinikk**

I prehospital klinikk er overtid først og fremst knyttet til bilambulansetjenesten der man ennå ikke har lyktes å skrive kalenderplaner som er en kritisk suksessfaktor for å få ta ned overtid. Det jobbes målrettet med andre tiltak og overtiden er tatt ned 22 % i forhold til samme periode i fjor som også vises ved at AML-brudd er redusert med 50 %.

### **Økonomiavdelingen**

Avdelingen har lite bruk av overtid, brukes kun der det er helt nødvendig for å kunne ivareta oppgaver knyttet til rapporteringsfrister og lovkrav.

### **Senter for Drift og Eiendom**

Overtid benyttes ikke med mindre det er strengt nødvendig for å få utført nødvendige reparasjoner/vedlikehold eller aktivitet knyttet til opprettholdelse av klinikkens drift.

<i>Indikator</i>	<i>Redusere innleie.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
<i>Se målekort HN LIS</i>			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>

### **PHR klinikken**

PHR-klinikken har redusert bruk av innleie av overleger fra vikarbyrå sammenlignet med 2023. Det vil ut året og videre fortsatt være behov for innleie fra vikarbyrå for å kunne drifte tjenestene i DPS Vesterålen.

### **Kirurgisk klinikk**

Samlet forbruk til innleie av fagpersonell fra eksternt firma var ved utgangen av april måned 16,6 mill. kr mot 11,1 mill. kr i samme periode i 2023. Økningen er knyttet til innleie av både sykepleiere og leger.

For innleie av leger er det primært Lofoten og Vesterålen som har kostnader til innleie, og de fleste kostnadssteder som leier inn har hatt en kostnadsøkning. For innleie av sykepleiere er det primært sengeposter i Bodø, som ikke hadde innleie på samme tid i 2023, som har stått for økningen.

Sengepostene i Bodø jobber mot å avvikle innleie gjennom sengetalls- og bemanningsjustering, oppgavefordeling og reduksjon av pleiefaktor. Fremgangen rapporteres månedlig.

Klinikken viderefører arbeidet med rekruttering for å redusere innleie av leger til Lofoten og Vesterålen. Muligheten for rekruttering av faste spesialister er begrenset, og det foreligger ikke noen andre muligheter per dags dato enn innleie for å

oppretholde tilbud og beredskap.. Ambulering benyttes der det er hensiktsmessig, men er ikke nødvendigvis en mer kostnadseffektiv løsning.

### Medisinsk klinikk

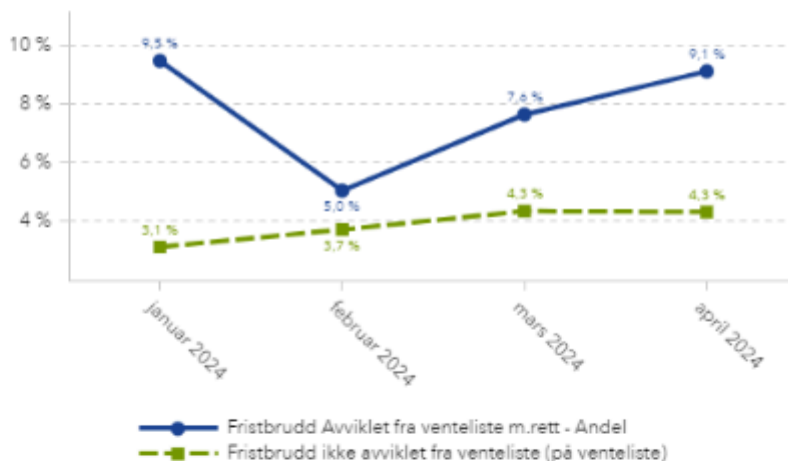
MED klinikk gjør fortløpende en kritisk gjennomgang av behov for innleie med siktemål å redusere omfang så langt mulig. Det leies kun inn der hvor det er behov for innleid personell for å opprettholde kritisk drift, og beslutning om innleie gjøres på klinikkjefnivå. Ved behov for innleie utenom avtale gjøres beslutning på direktørnivå. På hjerte er bemanningsplanen nå redusert for å holde innleie nede. På lunge/hem har de lyktes med å stabilisere og rekruttere i flere av de ledige stillingene og målsetningen er å avvikle innleie fra høsten 2024. Oppgavedeling er godt innarbeidet på flere av sengepostene. Lofoten jobber med å ansette leger i små stillinger til erstatning for innleie fra byrå. Vesterålen har redusert sitt innleie fra byrå. Sengeposten nyre, gastro, inf har ikke hatt innleie, men har behov til sommeren. Øvrige avdelinger leier bare unntaksvis inn noen fra firma. Innleiekostnadene fra firma er redusert ift samme periode 2023.

<b>Indikator</b>	<b>Redusere fristbrudd.</b>	<b>FIN, UNN, NLSH, HSYK</b>	<b>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</b>
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding

### Kirurgisk klinikk

7,9 % av alle henviste med rett til helsehjelp ble avvirket etter frist 1. kvartal 2024, mot 9,0% i samme periode forrige år og 9,8% i hele 2023. Det tilsvarer en reduksjon på 24% sammenliknet med hele 2023. 4,3% av ventende på venteliste hadde passert frist for start helsehjelp ved utgangen av april. Andelen fristbrudd har vært høy siden pandemiens start i 2020.

Fristbrudd avvirket/ikke avvirket på venteliste



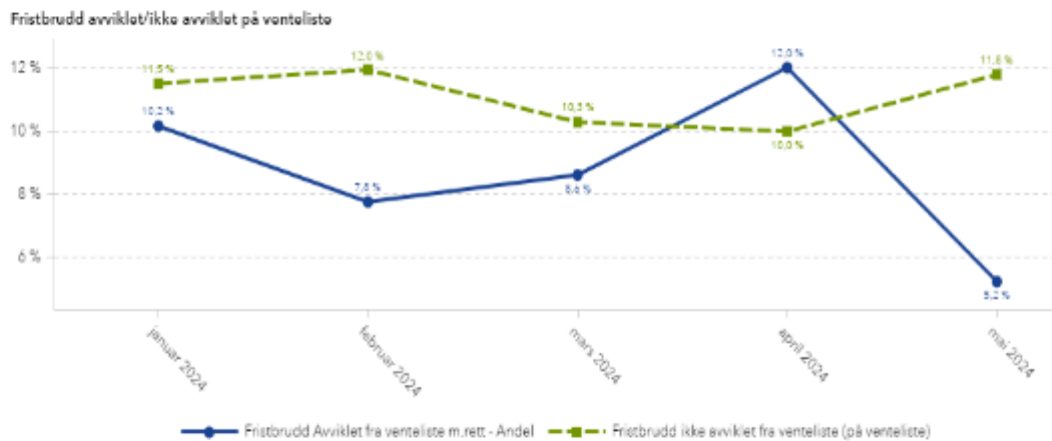
Det er særlig noen fagområder i kirurgisk avdeling som har mange fristbrudd, herunder karkirurgi, gastrokirurgi og plastikk-kirurgi. Kvinneavdelingen har svært få (om lag 1%) fristbrudd.



**Tiltak:** Forsterket langtidsplanlegging. Øke andelen skjemabasert oppfølging, øke andelen digitale konsultasjoner, rydding i ventelistene og oppgavedeling.

### Medisinsk klinikk

For Medisinsk klinikk ble 12 % avviklet fra venteliste med fristbrudd i april. Det tilsvarer 100 fristbrudd. Klinikken hadde 159 ventende med fristbrudd ved utgangen av april. Alle avdelinger jobber med å avvikle og unngå fristbrudd. Det er innenfor hjertesykdommer og fordøyelsessykdommer at det er flest fristbrudd per april måned.



### PHR klinikken

Jfr punkter over. Det er betydelige tiltaksplaner i alle aktuelle avdelinger for å stoppe fremtidige fristbrudd. Det er poliklinikker i DPS og BUP som har fristbrudd.

<b>Mål</b>	<i>Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring).</i>	<b>Alle</b>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i> <i>Tertialrapporter og</i> <i>Årlig melding</i>
<p>Initiell risikovurdering gjennomført til 1. mars 2024 er gjennomgått og revidert per 30. april og rapporteres i tertialrapporten.</p> <p>Risikovurderingen for området sikkerhet og beredskap vurdert til gul innen 01.03.24. Begrunnelse; Beredskapssjef ansatt 01.01.24. Ikke tilstrekkelig oversikt over risiko i forbindelse med beredskapsområdet, utfordringsbildet er i rask endring.</p> <p>Overordnet risikovurdering for beredskap er iverksatt i foretaket og den forventes ferdigstilt innen utgangen av 2. tertial. Overordnet beredskapsplan er under utarbeidelse, basert på overordnet risikovurdering, tentativ dato for ferdigstilling er 3. tertial 2024. Øvingsplan for 2024 etablert, første øvelse gjennomføres 24.04.24.</p> <p>I uke 5 var foretaket i gul beredskap. Dette grunnet ekstremvær over flere dager som gav utfordringer for levering av tjenester og påkjenninger på kritisk infrastruktur. I tillegg hadde foretaket allerede påkjenninger gjennom tregheter i datasystemer, en feil som oppstod tidlig i januar. Foretaket mistet også redundans i stamnett grunnet</p>			



ekstremvær. Erfaringene benyttes i gjennomføringen av overordnet risikovurdering av beredskap.

<i>Mål</i>	<i>Økt antall pasienter i kliniske studier.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Målet for kliniske studier er 15 % årlig økning i antall inkluderte pasienter og antall studier. For 2022 var tallene for Nordlandssykehuset 332 inkluderte pasienter fordelt på 19 studier. De offisielle tallene for 2023 foreligger ikke, men foreløpige rapporteringstall til SIKT våren 2024 for forrige år viste 417 inkluderte pasienter og 25 studier. Selv om tallene for forrige år ikke er bekreftet, kan foretaket vise til en svært positiv utvikling over tid hva kliniske studier angår. I 2019 ble det rapportert om 45 inkluderte pasienter på 8 forskjellige studier.</p>			

### ***Risikovurdering:***

Etter prioritering av ledergruppen i Helse Nord RHF bes helseforetakene om å gjennomføre en oppdatering av risikovurdering til rapportering innen 1. mars 2024 av prioriterte krav/områder som fremgår av tabellen under. Rapporteringsmal, skala og konsekvensområder vil drøftes i risikonettverket og ettersendes:

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2024 også legge ved en oversikt over helseforetakets «topp 5» risikoer tiltak som er fremlagt for egne styrer.

Prioriterte mål for risikostyring (Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene, tabell 3):

Område for risikostyring	Mål	Hvilke(t) foretak?	Målefrekvens	Detaljer av måling	Datakilde (hvilken) eller manuell telling?
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE</li> <li>2. Redusere fristbrudd</li> <li>3. Ventetid innenfor frister</li> <li>4. Pakkeforløp innenfor frister</li> </ol>	Sykehusforetak	Tertiøvis Månedlig Månedlig	Vedlegg til styringskrav og rammer 2024	SKDE HN LIS HN LIS HN LIS
Personell, utdanning og kompetanse	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redusert innleie</li> <li>2. Redusert overtid</li> <li>3. 6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging</li> </ol>	Sykehusforetak Alle Sykehusforetak	Månedlig Månedlig Månedlig	Andel ventende med tildelt time innen 6 <u>mod</u> frem i tid	HN LIS HN LIS HN LIS
Helse-Miljø-Sikkerhet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduksjon i sykefravær</li> <li>2. Redusere vold, trusler og seksuell trakassering</li> </ol>	Alle	Månedlig Kvartal	Hendelser/avviksmeldinger registrert i <u>DocMap</u>	HN LIS <u>DocMap</u>
Sikkerhet og beredskap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)</li> </ol>	Alle	Kvartal Kvartal  Månedlig Månedlig Månedlig	Antall gjennomførte øvelser Andel oppdaterte beredskapsplaner  Antall beredskapshendelser i eget helseforetak 1. Overordnet beskrivelse av hendelsen 2. Beskrive evaluering av hendelse  Antall kritiske sårbarheter internt i HN, totalt og fordelt på foretak i regionen. Antall eksponerte sårbarheter medium til kritisk som detekteres av NHN. Antall Utdaterte enheter og sertifikater	Helse CIM Helse CIM/ <u>DocMap</u>  Helse CIM  HN IKT HN IKT HN IKT
Økonomi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oppnå økonomisk resultatkrav</li> <li>2. Gjennomføring tiltaksplan for omstilling</li> <li>3. Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp</li> </ol>	Alle	Månedlig Månedlig Månedlig	Regnskap mot budsjett Manuell måling av gjennomføringsgrad Økt andel kjøp	SAS LIS Manuell rapportering SAS LIS
Forskning og innovasjon	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Økt antall kliniske studier</li> <li>2. Økt antall pasienter i kliniske studier</li> </ol>	Sykehusforetak	Årlig Årlig	Målene er spesifisert i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025, og spesifisert de enkelte år i oppdragsdokument fra HOD	Nasjonalt målesystem for forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

Område (RL1407)	ID	MSI	Eventuelle grenseverdier/Indikatorer	Besatte tiltak/pågående prosesser	Besluttet, men ikke iverksatte tiltak	Risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Konsekvensvurdering (Angi viktigste konsekvenser-utgangspunkt i regional konsekvensskala i egen arkivane for veiledning om angj konsekvensnivå)	Forslag til nye lokale/regionale tiltak (Tiltak som ikke løses av helseforetaket alene bør vurderes i fellesskap regionalt eventuelt er avhengig av beslutning på regionalt nivå)
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	1	Utvählte kvalitetsindikatorer – overvakt fra SIKO	Indikatorer SKI2, TA1	Indikator 10 og 15: Her jobber hvert av faggruppene med å på gjøre utv. koreplikasjoner. Indikator 10: pågående prosess med operasjonsplanlegging og ressursutnyttelse (personell, stue og utstyr). Trygg akuttmedisin. Etiske			Kapasitet utfordringer (operasjonsplanlegging) gir utfordringer til å nå målet. I tilk og ansettelse er med på å endre både i positiv retning. Flere områder vurdert til grøn, men små forhold påvirker måloppnåelse.	1. Kapasitet og pasienttrykknhet - middels 3. mål - middels 5. HMS - lav 9. tilf/omdømme - middels	
	2	Redusere fristbrudd	Null fristbrudd	Det påblen kontinuerlig med rekruttering og stabilisering av personell og planlegging av ressurser. Tiltak er blant annet flere digitale konsultasjoner og skjermbasert oppfølging. Kvalitetsindikatorer, nye arbeidsplaner, oppfølging, rekruttering leger			Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidplanlegging. Mangler ressurser i viktige stillinger og på lokasjoner	1. kapasitet og pasienttrykknhet - middels 10. økonomi - alvorlig	
	3	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2023 for somatisk, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og 158. Måltidstegen på vakt er gjennomsnittlig ventetid voksne 50 dager for somatisk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for 158.	Ventetid innenfor frister	Det påblen kontinuerlig med rekruttering og stabilisering av personell og planlegging av ressurser. Tiltak er blant annet flere digitale konsultasjoner og skjermbasert oppfølging.		Red	Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidplanlegging. Manglende tilgjengelige ressurser, god logistikk og langtidplanlegging. Stabilisering for barn og unge har en ventetid i januar 2024 på 300 dager. Dette gjelder primært leiddags utredninger. Behov er større en produksjon. I kabene avhengigheter - helseord pilot felles instans avtalepartnere, beredningsnett, behandlingskontorer	1. kapasitet og pasienttrykknhet - alvorlig 9. tilf/omdømme - middels 10. økonomi - alvorlig	FTB - helseord styrak om funksjon og oppvevdeling.
	4	Andel pakkeforløp innenfor frister	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forlegetid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 prosent.	Lik måloppnåelse for de ulike pakkeforløpene. Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler (operasjon) og utstyr), god logistikk og god operasjonsplanlegging. Det er identifisert feil registrering - Det er berammet møte for å se på dette. Mål rett registrering. DIPS. Pet scan, utvidet kapasitet via avtale med privat aktør gjennom LIN		Red	Lik måloppnåelse for de ulike pakkeforløpene - men forlop er noe for kravet andre ikke.	1. kapasitet og pasienttrykknhet - alvorlig 9. tilf/omdømme - middels	

Område (R1.1622)	ID	Mål	Eventuelle grænseværdier/indikatorer	Iværksatte tiltak/pågående prosesser	Besluttet, men ikke iværksatte tiltak	Risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Konsekvensvurdering (Ansj viktige konsekvens-utgangspunkt i regional konsekvenskalkula i egen arkivare for veiledning om ansj konsekvensutv.)	Forslag til nye lokale/regionale tiltak (Tiltak som ikke løses av helsetilstanden alene men bør vurderes i fellesskap regionalt eventuelt er avhengig av beslutning på regionalt nivå)
Personell, utdanning og kompetanse	5	Redusert ledelse		Rekruttering, stabilisering, beredningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, i tillegg økt kontroll ved at beredningsansattene overtafl sykepleierrolle fra byrå for Medisinsk og Kirurgisk klinikk i Bode.		Gul	Enklere møter som at de vil redusere ledelse i 2024, men at de ikke kommer til å nå målet om null ledelse i 2024. Det er flere sagsposter som er avhengig av ledelse for å drifte sagsposter. Mangler leder for å drifte i ledelse	2. HMS - middels 7. ressurs - middels 10. økonomi - svært alvorlig	Viktig kompetanse og oppfølging.
	6	Redusert overtid		Rekruttering, stabilisering, beredningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet		Gul	Overtid vil reduseres, men forutsetter at det jobbes med rekruttering, stabilisering, beredningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet	2. HMS - middels 7. ressurs - middels 10. økonomi - alvorlig	Mangler personell
	7	6 måneders planleggingshorisont i arbeidsplanlegging		Rekruttering, stabilisering, beredningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet		Gul	Stedvis høyt sykefravær over lang tid gjør det vanskelig å "treffe" på hver mange vikarer som skal løse oss over en 6 mnd. periode i tillegg er det vanskelig å erstatte sykemeldte med høy kompetanse. Det kan føre til lavere kompetanse på vakt og videre overtid eller flytting av vikar i perioder med høy aktivitet.	2. HMS - middels 5. kapasitet - middels 10. økonomi - lav	
Helse- Miljø- Sikkerhet	8	Reduksjon i sykefravær		Avdelinger og enheter med høyt sykefravær jobber konsentrert både på system- og individnivå for å øke nærværet. Konkrete tiltak: Deltagelse i Spøkelens brannprogram, muligheter for å taere grad å tilrettelegge arbeidet, Helse i arbeid, god dialog og bistand fra HMS seksjonen i foretaket, samarbeid med NAV arbeidsveiventer eller skolen trykker, IA oppfølging, medarbeiderundersøkelser, nærvær arbeid, tilpasset human, ehh 2023.		Gul	Det er stor variasjon i sykefraværet mellom de ulike avdelingene og enhetene.	2. HMS - middels 5. kapasitet - middels 6. sikkerhet - middels 10. økonomi - middels	
	9	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Avvikmeldinger DocMap	Kurs i håndtering av vold og trusler ligger som tiltak i HMS handlingsplan. Det er skole og vane løst i kurs. Status for avvik og anmeldelse av vold og trusler behandles. Vondt arbeid med seksuell trakassering. Fokus på medlevert overfallsskolem og sikkerhetstalem i ambulanse og AKM samt faglig av riksoppsøker og adrevar. Kartlegging av kompetansebehov for tilpasset kurs i håndtering 2024. Systematisk oppfølging av forfrelde. Gjennomgang av rutiner og prosedyrer (Defens/debratring.		Gul	Varierte tiltak/følg til kurs/opplæring for generelle prosedyrer - har ikke felles forstøtelse for haa vold og trusler av. Vi mangler overordnet prosedyre for foretaket	2. HMS - middels	Mangel på kunnskap om tema på ulike nivå

Område (N1602)	ID	Mål	Eventuelle gjennomføringsindikatorer	Iværsette tiltak/pågående prosesser	Besluttet, men ikke iværksatte tiltak	Risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Konsekvensvurdering	Forslag til nye lokale/regionale tiltak
Sikkerhet og beredskap	10	Helse Nord skal ha motstanddyktighet mot, kunne avvikle og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	Antall gjennomførte øvelser Antall oppdaterte beredskapsplaner Antall beredskapsøvelser i eget helseforetak Oversendt beredskapsplan til beredskapsmyndighet Hendelse evaluering av hendelse Rapporter fra IIN IKI (pdf): Antall kritiske sikkerhetslister i IIN, totalt og fordelt på foretak i regionen. Antall eksponerte sikkerhetslister medium til kritisk som deklarerer av IIN. Antall tilkastede enheter og verktøytaker	Ingen gjennomførte øvelser Ingen oppdaterte beredskapsplaner En hendelse - Ekstremvær langs E6 Ekstremvær over flere dager som gav utfordringer for levering av tjenester og påkjenninger på kritisk infrastruktur. Stort vær, store nedbørsmengder. I tillegg hadde foretaket allerede påkjenninger gjennom trykkløst i datanettene, en feil som oppstod tidlig i januar. I tillegg mistet foretaket redundans i stamnett grunnet ekstremvær. Det er ikke gjennomført systematisk evaluering av hendelsen.	Ingen gjennomførte øvelser Beredskap innen utgangen av mai 2024. Etablerer overordnet beredskapsplan for NLSH HF innen aug. 2024 Månedlige diskusjonsmøter for beredskapsplaner for lokasjon Helse og beredskap Planlegger egen beredskapsplan for lokasjon Vesterålen	Utsatt	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5) Beredskapsplan antatt fra 01.01.24. Ikke tilstrekkelig overrettet over risiko i forbindelse med beredskapsmødet, utforingsbildet er i rask endring.	[Angi viktigste konsekvenser-utgangspunkt i regional konsekvenskalkula i egen arkiv for vedledning om angitt konsekvensnivå] Stor påvirkning på noen til å levere tjenester. Lav kapasitet for håndtering av hendelser / daglig drift. Større/bedre trykkløst beredskap av funksjon. Større/bedre omfattende tilkalt nødvendig. Kan helt eller delvis gjennomsettes av ekstreme ressurser.	Forslag til nye lokale/regionale tiltak [Tiltak som ikke løses av helseforetaket alene men bør vurderes i fellesskap regionalt eventuelt er avhengig av beslutning på regionalt nivå] Regionen av regional overordnet IICS samt regional beredskapsplan som har innarbeidet styringskrav for 2024
	11	Oppnå økonomisk resultatkrav	Finansresultat: minst kr +10 mill. LUNN: minst kr +40 mill. Nordlandshelse: minst kr +5 mill. Helse Nordhelse: minst kr +47 mill. Sykehusregion Nord: minst kr +1 mill. & Helse Nord IKI: Minst økonomisk balanse (pdf)	Tett oppfølging på alle nivå, avdelingsnivå, kostnadskontroll	Utarbeidelse av nye tiltak Styremøte 06/24: Strukturrendring profusjonale tjenester	Utsatt	Finansklinikk og Profusjonell klinikk har store økonomiske utfordringer. Ansvarende er og sannsynligheten for å gå i balanse i disse klinikkene er svært liten. Noen av tiltakene vil ta tid før de gir ønsket effekt. Klinikkene vil være utfordret av fortsatt en del med betydelig bruk av overtid/feriesom må reduseres uten økt i faste månedverk. Det er også høy risiko knyttet til mulighet for å fesse nye tiltak når nye utfordringer oppstår i løpet av året. Foretaket hadde ved styrebehandling tiltak for 123 mill. kroner av en omstillingsforbud på 271 mill. kroner. Dette innebærer at foretaket har en tilfalspakke for deler av nåværende omstilling for å dekke i tråd med styringskrav på +5 mill. kroner.	10. økonomi - svært alvorlig	Kapasitet hos Sykehusregion er en kritisk suksessfaktor. Må løses av regionen i fellesskap
	12	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Skal økes med 10 prosentpoeng sammenlignet med 2023	Tiltak er iværksatt	Ytterligere tiltak under utredning	Utsatt	Utsatt	Utsatt	10. økonomi - svært alvorlig
Forskning og innovasjon	14	Økt antall kliniske studier	For regionen samlet sett, økes med minst 15 pct. sammenlignet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er en forventning om at UNN og NLSH har større økning enn øvrige helseforetak	Nordlandshelse har disponerte ved utgangen av 2023 3,5 årverk til kliniske studier. Kompetanse er på høyt nivå og forventes å øke. Det jobbes fortløpende med å følge opp kliniske studier i ulike fagområder. Ektefrem finansiering fra Helse Nord, NorTria og Kvefiforsøknings har gitt resultater i form av antall kliniske studier og antall inkluderte pasienter. Selv om det vil være en viss variasjon i hvor mange pasienter ulike studier inkluderer, forventes en jevn økning på begge områder.	Utsatt	Utsatt	Nordlandshelse har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	Derom man ikke når de delterte målene på dette området, vil dette ha konsekvenser på nivå 3 (milde) for følgende områder: 1) Kapasitet, 2) Resurser (Personell, utrustning og kompetanse) og 10) Økonomi	Videreføring av regional støtte til studiepersonell er en helt avgjørende faktor. Det er viktig at støtten videreføres for å sikre økt kapasitet på dette området.
	15	Økt antall pasienter i kliniske studier	For regionen samlet sett, økes med minst 15 pct. sammenlignet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er en forventning om at UNN og NLSH har større økning enn øvrige helseforetak	Utsatt	Utsatt	Utsatt	Nordlandshelse har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	Derom man ikke når de delterte målene på dette området, vil dette ha konsekvenser på nivå 3 (milde) for følgende områder: 1) Kapasitet, 2) Resurser (Personell, utrustning og kompetanse) og 10) Økonomi	Videreføring av regional støtte til studiepersonell er en helt avgjørende faktor. Det er viktig at støtten videreføres for å sikre kontinuitet og kompetanse.



Viktige risikoområder for NLSH HF	Navn på risiko	Tidsperspektiv	Iversonne tiltak/pågående prosesser	Besluttet, men ikke iversonne tiltak	Risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Konsekvensvurdering (Angi viktigste konsekvenser utgjøringspunkt i regional konsekvensskala i egen arkivane for vurdering om angj konsekvensnivå)	Forslag til nye lokale/regionale tiltak (Tiltak som ikke løses av helseforetakene alene men bør vurderes i fellesskap regionalt eventuelt av avhengig av beslutning på regionalt nivå)
Risikoområde	181 Utkrivningsklare pasienter	Vurderer i et tidsperspektiv på 1 - 7 år				Økt ressursbehov medfører lenger ventetid for enkelte kirurgi pasienter - fører til fraktdrøkt, økt overtid og innleie. Vi kan ikke styre denne risiko selv.	5. Kapasitet - middels 10. Økonomi - middels	
Risikoområde	182 Kapasitetsutfordring i PIR - klinikken i gull beredskap	Vurderer i et tidsperspektiv på 1 - 7 år	Fluktsensord styrerak - funksjon og oppgavetdeling			et. helsemynd styrerak - funksjon og oppgavetdeling		
Risikoområde	183 Økonomisk bærekraft	Ref. Økonomisk langtidspen.				Manglende mulighet til investering og vedlikehold. Gjelder både bygningsskisse og utstyr/maskiner.	2) Helse, miljø og sikkerhet - middels 3) Miljø - Svært alvorlig/krise 5) Kapasitet - Alvorlig 6) Helse/utrustning - Middels 9) Tid/omdøpene - Middels 10) Økonomi - Alvorlig	
Risikoområde	184 Demansjon	Vurderer i et tidsperspektiv på 1 - 7 år	Rekruttering, stabilisering, bemanningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet			Mangler personell til nøkkelstilling og kunne vært satt til spid, men det generelle bilde viser gull risk.		
Risikoområde	185 Kapasitet på radiologiske tjenester	Vurderer i et tidsperspektiv på 1 - 7 år	Rekrutteringsstart, lidenstilte arbeid i FN,			Mangler radiologer	1. Kvalitet og pasientikkerhet - middels 2. Arbeidsområde - middels 3. Miljø - middels 5. Kapasitet - middels	Økte problemstilling med svak rekruttering nasjonalt for å sikre likverdige helsetjenester i årne som kommer

