



## **Brukerutvalget 089-2022**

### **Tertialrapport 2-2022 for Nordlandssykehuset HF**

Saksbehandler: Sissel Eidhammer  
Dato dok: 12.09.2022  
Møtedato: 19.09.2022  
Vår ref: 2022/533

Vedlegg (t):  
Vedlegg 4 Tertialrapport 2- 2022 for Nordlandssykehuset HF

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

1. Brukerutvalget takker for orienteringen.
2. Brukerutvalget har følgende merknad:

- 

#### **Bakgrunn:**

Kort presentasjon av Tertialrapport 2-2022 for Nordlandssykehuset HF og svar på eventuelle spørsmål.

# Tertialrapport 2- 2022 for Nordlandssykehuset HF



## **Innhold**

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder .....	3
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	5
4.8 Beredskap.....	5
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	6
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	6
7.3 Utdanning av legespesialister.....	7
9.2 Anskaffelsesområdet.....	8
10.0 Teknologi .....	9

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

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Nasjonalt løsnings «Selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon» er implementert, og pasienten kan nå selv bekrefte, endre eller avbestille rekvirerte reiser på Helsenorge.no.</p> <p>I løpet 1. og 2.tertial har 155 pasienter avbestilt sin reise, og 2 pasienter har endret på sin reise i løsningen hos Helsenorge. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreisekontoret og gir ingen vesentlig økonomisk besparelse.</p>			
5	Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Prosjektet «Nasjonale retningslinjer for avviksmelding» er noe forsinket i forhold til plan, så implementering i løpet av 2.tertial har derfor ikke vært mulig å iverksette på grunn av manglende avklaring/beslutning nasjonalt. Det forventes at implementering kan gjennomføres i løpet av 3.tertial.</p>			
7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Pasientreiser HF's prosjekt for nytt samordningsverktøy (Trapez) ble vedtatt avsluttet i desember 2021 etter at det viste seg at systemet etter lang tids utvikling og testing ikke imøtekom behovet. Det har påløpt kostnader knyttet til prosjektprosessen over mange år, uten at det har gitt noen gevinst.</p> <p>Tiltaket med selvbetjeningsløsning for å bekrefte, endre eller avbestille reiser er implementert, men brukes i liten grad av pasientene og gir ingen målbare gevinster. Neste trinn i prosjektet var planlagt iverksatt rundt årsskiftet, men er noe forsinket slik at pilot forventes i løpet av Q1 2023. Da skal etter planen pasienter med «langvarige behov» gis anledning til å bestille sine reiser basert på en tidsbegrenset attest fra behandler på inntil 1 år. Det er stor usikkerhet rundt konsekvensene knyttet</p>			

til implementering av denne løsningen, men det må forventes økt bemanningsbehov på pasientreisekontoret.

Tiltaket ny rekvisisjonspraksis er ikke ferdigstilt, men henger nøye sammen med selvbetjeningsløsningen. Det er foreløpig usikkerhet knyttet til hvilke gevinster dette tiltaket vil gi, men det forventes både økte bemanningskostnader på pasientreisekontoret og økte transportutgifter.

9	<i>Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Barneklubben har ingen elektiv aktivitet, med unntak av noe poliklinisk virksomhet som kan flyttes til mindre sykehus.</p> <p>Kirurgisk klinikk har gjennomført fordeling av elektive inngrep for sine lokasjoner i Bodø, Lofoten og Vesterålen. I dette arbeidet er det gjort en vurdering av hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra Bodø og til Lofoten eller Vesterålen. Arbeidet er videreført.</p> <p>Det er i samarbeid med Helgelandssykehuset HF gjennomført et arbeid for å se på hvilken elektiv aktivitet Kirurgisk klinikk i NLSH HF kan henvises tilbake til Helgelandssykehuset HF.</p> <p>Innenfor endokrinologi har det over tid vært jobbet med at Helgelandssykehuset skal behandle pasienter fra eget nedslagsfelt, arbeidet har gitt gode resultater. For Endokrinologiske pasienter i Nordlandssykehusets nedslagsfelt er det nå besluttet at pasienter med klare endokrinologiske problemstillinger på lokalsykehusnivå skal behandles i Bodø. Diabetespasientene behandles i utgangspunktet ved eget sykehus i Lofoten og Vesterålen, med egen lege og ambulerer fra Bodø. Spesialist i nyresykdommer ambulerer til Lofoten og Vesterålen for å ivareta dialysepasienter og ha poliklinikk. Nordlandssykehuset har nå tre kommunale dialysesatellitter.</p> <p>Kreft har flyttet ut det som er av kurer og konsultasjoner til lokalsykehusene i Helgelandssykehuset samt Lofoten og Vesterålen. Vi har også daglig felles telekonsultasjoner opp mot lokalsykehus hvor pasienten er sammen med kreftsykepleier fra lokalsykehuset. Helgelandssykehuset tar ansvar for sine lungekreftpasienter når det gjelder kurer og kontroller.</p> <p>For Psykisk helse og rusklubben er det ingen elektiv virksomhet som vurderes å kunne flyttes fra større til mindre sykehus i eget foretak. Derimot er det dialog med Psykisk helse og rus klubben i Helgelandssykehuset, hvor Nordlandssykehuset bidrar med å styrke kompetansen slik at de i større grad kan ivareta egen pasientpopulasjon. Dette gjelder spesielt innen barne- og ungdomspsykiatri samt for ECT behandling og TUD pasienter ved Helgelandssykehuset.</p>			

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

35	<i>Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p>I noen enheter tilbys vurderingssamtaler, men da oftest etter at rett til helsehjelp er innvilget. På et fåtall av henvisningene i BUPA som er utfordrende å vurdere tilstrebets vurderingssamtale og/eller dialog med fastlege. Det er utfordrende å få vurderingssamtale uten å ha gitt rett til helsehjelp innenfor 10 dagers fristen, som er viktig for at ikke interne ventelister skal etableres. Det har vært dialog med blant annet UNN som har pilotert dette, og hvor det er erfart avvik ved at interne ventelister etableres. Tilbakemeldingene er at vurderingssamtaler fungerer godt i foretak hvor man har høy andel spesialister sett mot henvisningsmengde. Det avventes derfor til man i Helse Nord får en mer etablert og gjennomarbeidet form før det etableres, slik at det ikke parallelt svekker tjenestetilbudet for pasientene.</p>			

### 4.8 Beredskap

49	<i>Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter.</i>	<i>Alle</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p>Nordlandssykehuset gjennomførte en spørreundersøkelse relatert til koronapandemien innen områdene arbeidsmiljø, pasientsikkerhet, ledelse og informasjonsflyt (Questback) i 2020. Tillitsvalgte og verneombud var involvert i utarbeidelse av undersøkelsen. Resultatet ble lagt fram i dialogmøte og drøftet i drøftingsmøte før styrebehandling. Det kom inn ca. 180 forslag til forbedringer. Forslagene dreide seg om mer koordinert informasjonsflyt, opplæring av omplassert personell, hjemmekontor og bruk av smittevernutstyr. Pandemistab som inkluderte tillitsvalgte og vernetjeneste fungerte gjennom hele pandemien. Det ble gitt fortløpende informasjon gjennom intranett og sosiale medier. Direktøren hadde i tillegg jevnlig dialogmøter med tillitsvalgte og vernetjenesten gjennom hele perioden. Det ble gjennomført omfattende opplæring av personell som ble omplassert. Videre ble det bygd opp et eget lager for smittevernutstyr i tillegg til regionalt og nasjonalt lager, og det ble gitt gjentatt undervisning i bruk av personlig smittevernutstyr gjennom hele perioden. Det ble også utarbeidet prosedyre for bruk av hjemmekontor. Ut over denne spørreundersøkelsen er Forbedringsundersøkelsen gjennomført for 2021 og 2022 med spørsmål om pandemien og resultatene herfra følges opp i handlingsplaner for de enkelte enheter. AMU følger opp at dette gjennomføres som planlagt.</p>			

## 5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

53	<p>"Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefelleskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivaretatt i eget helseforetak.</li> <li>• I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem.</li> <li>• Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen</li> <li>• Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres</li> <li>• I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene"</li> </ul>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Viser til innsendt handlingsplan for helseforetaket i Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten 31.08.2022.</p>			

54	<p>Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Det er inngått avtale knyttet til dialyse og blodtransfusjon.</p>			

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

63	<p>Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Etter hospitering i Stavanger og «kick off», er det i gang et pilotprosjekt for legene ved kvinne/barneklirikken og kirurgisk klinikk. Den jobben som gjøres nå er noe av grunnlaget som må være på plass for å få til en integrasjon mot Dips. Der er legene nå planlagt inn i GAT med arbeidsoppgaver som ligger på GatGo hos den enkelte ansatte og ute på Intranett, der alle kan se hvor og når legene jobber. Det samme gjelder firmavikarer/innleielege på den ene enheten som er i pilotprosjektet. Det har i hovedsak vært i enkelte legegrupper og ved innleie at det har vært en problemstilling at all planlagt arbeidstid og faktisk arbeidstid ikke har lagt i GAT. Sengepostene har alle sine ansatte (også firmavikarer) i arbeidsplaner i GAT. Det skal videre gjøres en kartlegging i hele NLSH for å finne ut hvor man eventuelt ikke bruker GAT for arbeidstid.</p>			

64	<i>Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>I 2021 ble det gjennomført et pilotprosjekt om oppgavedeling mellom sykepleier og helsefagarbeider i Kirurgisk klinikk. Rapporten er nå ferdigstilt. Våren 2022 ble det i tråd med oppdragsdokumentet startet opp et arbeid også i Medisinsk klinikk hvor man vil se på hvilke oppgaver som kan deles mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. I dette arbeidet er to medisinske sengeposter, en i Bodø og en i Vesterålen, involvert. Status hittil i år er at andelen helsefagarbeidere er 4,25 %, mot 4,13 % i 2021. I tråd med kravet om over 5% andel av helsefagarbeidere innen 2023 og Nordlandssykehusets arbeid med heltidskultur, besluttet Nordlandssykehusets styre i juni 2022 at Bemanningssenteret skal fortsette å utvide, men nå også med helsefagarbeidere. Rekrutteringen av de første helsefagarbeiderne til Bemanningssenteret vil starte til høsten.</p>			

67	<i>Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>AOP-prosjektet har endret navn til Godt planlagt. Det er gjennomført en «Kickoffsamling» i Bodø i juni og et heldags planleggingsmøte i Tromsø i august. Det avholdes ukentlige møter i prosjektgruppen og det rapporteres til styringsgruppen. Konseptfasen er i utgangspunktet satt til 16. mai – 31. oktober 2022. I løpet av perioden skal prosjektgruppen vurdere ulike konsepter og foreslå for styringsgruppen og prosjekteier hvilket konsept man bør gå videre med utfra gruppens vurderinger. I samme periode skal integrasjonen mellom GAT og DIPS implementeres i minimum en enhet i hvert foretak. Styringsgruppen ber nå om å få utvidet konseptfasen ut året, dette for å kunne jobbe fram et best mulig grunnlag for prosjektet.</p>			

### **7.3 Utdanning av legespesialister**

72	<i>ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.</i>	<i>Alle</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<p>Vi mangler 6,1 skåringspoeng for å oppfylle målkravet for tema 9.</p> <p>AMU har tatt inn en egen hovedaktivitet i HMS-handlingsplanen for å nå aktuelle måltall. Krav til handlingsplan er oppfylt.</p>			
73	<i>ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere.</i>	<i>Alle</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>



	<i>Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022."</i>		
Skåren for tema 5, Psykososialt arbeidsmiljø, ble 80,6 poeng. Målet er nådd hva gjelder 2022. For å sikre god måloppnåelse videre, er temaet også oppført i Foretakets HMS-handlingsplan.			

## 9.2 Anskaffelsesområdet

84	<i>Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>REFIL (Regional enhet for forvaltning av innkjøp og logistikk i Helse Nord) har blant annet ansvar for masterdataforvaltning knyttet til regionalt innkjøps- og logistikksystem, og skal tilrettelegge for at sykehusene får etablert felles og enhetlig register/avtaler fra Sykehusinnkjøp i felles innkjøpssystem Clockwork. Videre skal REFIL tilrettelegge for at foretakene skal kunne gjøre endringsarbeid lokalt. Arbeidsprosessene er tidkrevende og komplekse. Per i dag har ikke REFIL mulighet til å levere så detaljerte analyser fra regionalt system som sykehusene har behov for. Dette gjør at arbeidsmengden knyttet til lokale endringer i foretakene blir større enn først antatt. REFIL har også gitt tilbakemelding om at de ikke vil ha kapasitet til å gjennomføre oppdatering på våre innkjøpsavtaler i samme tempo som Sykehusinnkjøp HF leverer avtaler til implementering. Dette innebærer økt arbeidsmengde og kapasitetsutfordringer ved innkjøpsseksjonen.</p> <p>Nordlandssykehuset er fortsatt pr T2 ajour med alle lokale endringer i henhold til de omforente planene til REFIL. Vi erfarer imidlertid at konsekvensen av kapasitetsproblemene i REFIL er betydelig økning i arbeidsoppgaver og påfølgende kapasitetsutfordringer i Nordlandssykehuset. Dette påvirker særlig vår kapasitet til implementering av nye avtaler. Konsekvensen av at REFIL ikke kan forvalte avtalene regionalt er at alle innkjøpsavdelingene må gjøre en tilnærmet lik jobb for sitt foretak i Clockwork.</p>			

85	<i>I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Regionalt Innkjøpsforum og prosjektgruppen Innkjøp 2023 har så langt ikke tatt endelig stilling til fordelingen av kategoriansvaret mellom sykehusene i Helse Nord, og er heller ikke ferdig med å behandle innhold i oppgaver og forventninger til leveranse knyttet til den nye styringsmodellen. Dette innebærer at vi foreløpig ikke kan si noe om det endelige ressurs- og kompetansebehovet for å utføre oppdraget. Innkjøp har pr i dag kapasitetsutfordringer som følge av økt tilfang av oppgaver, herunder økte oppgaver jf punkt 84, og vil være avhengig av styrking av ressurser for å ivareta kategoriansvar innenfor de områder som fordeles. Den økonomiske gevinsten knyttet</p>			

til en slik styrking vurderes imidlertid å være betydelig større enn ressursinnsatsen ut fra det gevinstpotensialet som er beskrevet i regional anskaffelsesstrategi.

## 10.0 Teknologi

87	<i>Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	------	-----------------------------------

Nordlandssykehuset bestiller slike tjenester fra Helse Nord IKT. For noen særskilte områder er det ikke tilgjengelig slike kapasiteter i Helse Nord IKT, og det blir tatt initiativ for samarbeid med andre leverandører. Det skjer etter avklaring med Helse Nord IKT og gjerne bestilt via Helse Nord IKT.

88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandlertavtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	------	-----------------------------------

I det felles prosjektet mellom alle foretakene i Helse Nord for å revidere driftsavtalen med Helse Nord IKT bidrar vi sammen med de øvrige foretakene. For tiden er det forhandlinger på flere av bilagene og målet er å signere innen 1. november 2022. Oppdatering av særskilte tjenesteavtaler gjennomføres løpende, i revisjon av eksisterende - og etablering av nye avtaler blir tjenestenivå og ansvarsforholdet klarlagt.

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

Nordlandssykehuset arbeider løpende med applikasjoner og applikasjonsområder der Helse Nord IKT skal ha en klarere rolle for applikasjonsdriftstjenester og teknisk forvaltning. Endringer i avtaleforhold med systemleverandører blir avklart der det er behov.

I Helse Nord IKT sitt prosjekt for regional applikasjonsforvaltning vil vi bidra i roller innenfor våre ansvarsområder når det nå starter opp.

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

Arbeidet videreføres i Helse Nord og Nordlandssykehuset bidrar på flere områder for strategiske innspill, forvaltningsmessige forhold samt drifts - og avtaleforhold.

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

Nordlandssykehuset arbeider med kartlegging av infrastruktur utstyr sammen med Helse Nord IKT i MODI iFront prosjektet. Rapporter fra kartlegging planlegges ferdigstilt fra prosjektet 4. desember 2022. Det er etablert dialog med Helse Nord IKT sin kundeavdeling for å jobbe videre for å etablere nødvendige tjenesteavtaler inkludert avklaring av ansvarsforhold og oppgaver.

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

Det er gjennomført en jobb i svært godt samarbeid med Helse Nord IKT sitt HIS2 Asset management team med å få registrert alle PC klienter inn i Asset Management systemet (SMAX) til Helse Nord IKT. Status fra evalueringsmøtet 26. august er:

- Vi har etablert og tatt i bruk rutiner for oppdatering av inn- og utmelding av klienter i SMAX
- Vi har en kvalitetssjekket liste over  $\geq 95\%$  av NLSH klientene med påkrevd info i SMAX (i bruk/på lager)
- NLSH kan rapportere på klienter i foretaket
- Det er etablert kontroll- og avviksrapportering med rutiner for oppfølging

Videre arbeid for applikasjoner vil bli gjennomført i samarbeid med Asset Management teamet hos Helse Nord IKT.

Det gjenstår fortsatt endel arbeide med å definere de dataelementer som skal inn i Asset Management for utstyr og applikasjoner og få Asset Management systemet koplet mot resterende nødvendige register/systemer. Fra vår side bidrar vi i nært samarbeid med Helse Nord IKT sitt Asset management team.

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

Nordlandssykehuset har jobbet med å gjennomgå og oppdatere vår systemoversikt og behandlingsprotokoll for å forbedre datagrunnlaget i dette. Det er gjort i samarbeid med Helse Nord IKT for å sikre at våre applikasjons tjenester fra Helse Nord IKT også

er registrert hos oss. Ut fra den oversikt og kontroll vi har med applikasjoner i bruk, hvor de brukes og hvem som er ansvarlige for disse så har vi ikke identifisert applikasjoner i bruk uten at det finnes et gjeldende avtaleforhold med applikasjonsleverandør.

### **13.0 Oppfølging og rapportering**

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

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

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

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

#### **Rapporteringstekst:**

Gjennom månedlige virksomhetsrapporter informeres og konsulteres styret om status knyttet til drift. Status og vurderinger knyttet til hovedmålene i oppdragsdokumentet inngår i tertialrapportering. Vurdering av risiko gjøres implisitt som en del av fortløpende informasjon til styret. Foretaket håndterer i utgangspunktet risiko knyttet til måloppnåelse gjennom virksomhetsstyring og ledelsessystem.

I denne perioden er det ikke gjort en særskilt overordnet risikoanalyse/risikomatrix for oppnåelse av hovedmålene.

Nordlandssykehuset har hatt prosesser med strukturerte overordnede risikoanalyser knyttet direkte til mål og krav i oppdragsdokumentet. Som rammeverk for risikostyring har dette ikke gitt noe tilleggsgevinst i forhold til ressursene som kreves for å gjennomføre denne typen analyser. Denne typen analysevirksomhet har i tillegg vist seg å være vanskelig å samkjøre og synkronisere med øvrig aktivitet i foretaket.

Gjennom de aktiviteter og styringsprosesser som inngår i ordinær drift utarbeides det beslutningsgrunnlag hvor risiko vurderes. Kunnskapsgrunnlag og vurderinger som danner grunnlag for det som ledelse og styret presenteres dokumenteres gjennom informasjonssystemer, vurderinger og møtereferat. Beslutningsgrunnlaget presenteres nødvendigvis ikke i risikoanalyser men risikovurderes likevel tilstrekkelig til at ledelsen, inkludert styre, både blir informert og konsultert slik at det kan fattes gode og gjennomtenkte beslutninger.

I de økonomiske utfordringer foretaket står ovenfor legges det fram detaljert planer for tiltaksarbeidet hvor risiko for hvert enkelt tiltakspunkt er vurdert. Tiltaksplan ble

fremlagt i Styresak 047-2022 Oppfølging av budsjett 2022 pr april og oppdrag fra Foretaksmøte 6. april 2022. Oppfølging av risiko for tiltak i planen rapportert i påfølgende virksomhetsrapporter til styret og Helse Nord RHF.

Under er oversikt over saker som inneholder risikovurdering som er presentert Nordlandssykehuset HF sitt styre i 1. og 2. tertial 2022:

- Styresak 005-2022 Virksomhetsrapport desember 2021
- Styresak 011-2022 Virksomhetsrapport januar 2022
- Styresak 023-2022 Virksomhetsrapport februar 2022
- Styresak 042-2022 Virksomhetsrapport mars 2022
- Styresak 025-2022 Investeringsmidler til styrets disposisjon 2022
- Styresak 027-2022 Kvalitetsstyringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF
- Styresak 040-2022 Forskning og innovasjon ved Nordlandssykehuset HF – rapport for 2021
- Styresak 043-2022 Rullering av plan for drift og investering 2023-2026 - Bærekraftsanalyse 2023-2030
- Styresak 047-2022 – Oppfølging av budsjett
- Styresak 052-2022 Virksomhetsrapport april 2022
- Styresak 055-2022 – Styresak 055-2022 Orientering om rapporten for Nordlandssykehuset og plan for videre arbeid med ForBedring 2022
- Styresak 061-2022 Bemanningssenteret - status og planer for videre utvikling med vedlegg
- Styresak 062-2022 Nordlandssykehusets resultater fra Global Trigger Tool analysen i 2021
- 2022-063 - Virksomhetsrapport mai 2022
- Styresak 064-2022 Ledelsens gjennomgang av foretaket for 2021
- 2022-065 - Orienteringssak – Helsetilsynets rapport 2-2021 Forsvarlig pasientbehandling uten IKT. Unntatt offentlighet Offl. §13 jfr fvl §13
- 2022-074 - Virksomhetsrapport juni og juli 2022
- 2022-076 - Orienteringssak - Informasjonssikkerhet pr august 2022, U.off. Offl. §13 jf fvl. §13