

Møtedato: 22. juni 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:
Lillevoll/Holand

Dato:
15.6.2022

Styresak 85–2022

Tertialrapport nr. 1-2022

Formål

Denne styresaken vil redegjøre for status pr. 1. tertial 2022 på nasjonale kvalitetsindikatorer, krav i oppdragsdokument for 2022 og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Helse Nord RHF sine kjerneverdier, kvalitet, trygghet, respekt og lagspill, er fundamentet for at foretaksgruppen i Helse Nord skal levere tjenester i tråd med overordnede mål og føringer. Tertialrapport nr. 1-2022 viser status i arbeidet og skal sette oss i stand til å vurdere utviklingen mot gjeldende målkrav ved at helseforetakene redegjør for sine resultater og arbeidet som gjøres med å forbedre dem. Utarbeidelse av tertialrapporten er et lagspill på alle nivåer i foretaksgruppen, og bidrar til at vi lærer av hverandre for å heve kvaliteten og graden av måloppnåelse.

Beslutningsgrunnlag

Styret i Helse Nord RHF har i styremøtet 25. mai 2022 behandlet *styresak 63-2022 Virksomhetsrapport nr. 4-2022* som omhandler økonomi- og aktivitetsdata for første tertial. Økonomi, aktivitetsdata og bemanning har derfor begrenset plass i tertialrapporten.

I tertialrapport nr. 1-2022 presenteres, i tillegg til krav i oppdragsdokumentet, andre områder av betydning for Helse Nord.

Under presenteres noen av områdene med utfordringer, som er omhandlet i tertialrapport nr. 1-2022 (vedlegg).

Krav i oppdragsdokumentet

Vurdere flytting av elektiv aktivitet

Arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som kan flyttes er godt i gang i alle helseforetakene, og vil fortsette i andre tertial. Noe er allerede flyttet, og noe planlegges flyttet, f.eks. samarbeider UNN og Finnmarkssykehuset om å etablere håndkirurgisk poliklinikk i Alta med ambulerende håndkirurg fra UNN.

Andre tiltak som gjennomføres er ambulering av spesialist fra store til små sykehus, f.eks. fra Nordlandssykehuset Bodø til Lofoten og Vesterålen, særlig innen medisinske fag. Innen kirurgi er det også foretatt en fordeling, hvor enkelte elektive inngrep gjøres på de mindre sykehusene.

Beredskap

Postadresse:
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø
Styremøte i Helse Nord RHF

Besøksadresse:
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6 et.
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

Det er utarbeidet oversikt (Implementeringsplan) over læringspunktene fra RHFets tre evalueringsrapporter av beredskapsarbeidet ved Covid 19-pandemien. Denne er presentert for REBU¹, direktørmøtet, KTV/ KVO og Regionalt brukerutvalg. I direktørmøte i Helse Nord 9 juni 2022 ble det presentert implementeringsplan for RHF og helseforetak. Relevante læringspunkter fra Koronakommisjonens rapport er tatt inn i implementeringsplanen.

Læringspunktene tas inn i revisjonsarbeidet av Regional beredskapsplan med delplaner. Tidligere smittevernplaner og pandemiplaner revideres til delplan Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer.

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Planlagt og faktisk arbeidstid er i stor grad registrert i GAT for alle yrkesgrupper. Det som gjenstår er utvalgte legegrupper og leger som blir leid inn fra vikarbyrå. Sistnevnte er under oppfølging og forventet å komme på plass i løpet av 2022.

Andel helsefagarbeidere samlet i foretaksgruppen på 3,7 %, og er uendret siden 2021 per 1. tertial. Variasjonen for andelen helsefagarbeidere i helseforetakene er mellom 2,9 % til 4,8 %.

Prosjektet «AOP» (avansert oppgaveplanlegging) har endret navn til «GODT² planlagt» og konseptfasen er startet opp pr 16. mai 2022. Arbeidet har god forankring blant tillitsvalgte, og konserntillitsvalgte deltar med to ressurser i prosjektgruppen og en ressurs i styringsgruppen. Alle sykehusforetakene har meldt inn ressurser til både prosjekt- og styringsgruppe.

Anskaffelsesområdet

Regional forvaltningsenhet for innkjøp og logistikk (REFIL) er etablert. To avtaleområder (24 avtaler) håndteres av REFIL, men grunnet for lite kapasitet i forhold til omfang greier man ikke å håndtere så mange avtaler som ønsket. I påvente av at man tar trinn to og tre i oppskaleringssplanen, vil forvaltningen av en god del av avtalene fremdeles måtte håndteres av hvert enkelt helseforetak. Konsekvensen av dette er at det vil ta lengre tid før vi er samordnet og kan koordinere prosesser på tvers i foretaksgruppen. Det igjen vil medføre at vi ikke greier å realisere det gevinstpotensialet som er på innkjøpsområdet i det tempoet som er forventet.

Den regionale styringsmodellen for anskaffelser må sees i sammenheng med nasjonal modell som skal implementeres i løpet av høsten 2022. Innkjøpsforum er enig i fordeling av ansvar, men operasjonalisering av denne vil kreve dedikert kapasitet tilsvarende ca. et halvt årsverk pr kategori. Både den regionale og den nasjonale styringsmodellen fordrer god involvering og gode kommunikasjonslinjer ut til et samlet fagmiljø, og her har vi en betydelig vei og gå.

¹ Regionalt beredskapsutvalg

² Gat Oppdatert, Dips Tilgjengelig

Teknologi

Arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler pågår. Gjennomgang av arbeidet med SLA-avtaler den 30. mai 2022 tilsier at det er sannsynlig at målsatt dato kan nås. Arbeidet med detaljering av styringsmodellen pågår, og forventes klar for styrebehandling i Helse Nord RHF før 1. oktober 2022.

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, ivaretas gjennom prosjekt «Helhetlig informasjonssikkerhet, fase 2». Oppdragsbrevet er tildelt Helse Nord IKT etter konstituerende møte i programstyret.

Risikovurderinger

Det foreligger ikke grunnlag for å gjøre vesentlige justeringer i det risikobildet som ble presentert i februar, jf. *styresak 15-2022 Risikovurdering av hovedmål 2022* (23. februar 2022). Styret er oppdatert på status gjennom blant annet virksomhetsrapportene.

Fokuset i første tertial har i stor grad vært å få kontroll på den økonomiske risikoen, og det vises til *styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 27-2022* og *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030* som behandles i styremøte i juni 2022. I *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030* omtales finansiell risiko tilknyttet investeringsplan. Det er økt usikkerhet i de økonomiske rammebetingelsene og fremtidige forpliktelser, samt forutsetninger knyttet til finansiering. Det er små sentrale reserver i opplegget. Kostnader knyttet til strategiske prosjekt, styrket beredskap, forbedret informasjonssikkerhet og avskrivingskostnader ved nye bygg må løses gjennom omprioriteringer innenfor dagens driftsrammer. Det forventes positive effekter av helseforetakenes reviderte omstillingsplaner og av e-helsetiltak, IKT-tiltak og bedre innkjøp.

Medbestemmelse

Tertialrapport nr. 1-2022 vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og -verneombud i Helse Nord RHF, den 21. juni 2022 og drøftingsprotokollen ettersendes.

Brukermedvirkning

Tertialrapport nr. 1-2022 vil bli presentert for det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF 19. september 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Tertialrapport nr. 1-2022 legges frem for styret i Helse Nord RHF. Foretakene står i en krevende situasjon, og det pågår omfattende arbeid for å møte krav til omstilling. Til tross for dette ser vi at foretakene i stort har aktiviteter på alle områder som inngår i tertialrapportering for første tertial. Administrasjonen i Helse Nord RHF følger opp utviklingen på kravene fra oppdragsdokumentet og sentrale indikatorer i oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Tertialrapport T1-2022* til orientering.

Bodø, 15. juni 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: *Tertialrapport T1-2022*

Tertialrapport T1-2022 for Helse Nord RHF

Innhold

Om tertialrapporten	4
Sammenstilling av indikatorer	5
Krav i oppdragsdokument 2022:.....	10
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder	10
3.2 Somatikk	11
4.8 Beredskap.....	11
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	13
9.2 Anskaffelsesområdet.....	15
10.0 Teknologi	15
13.0 Oppfølging og rapportering.....	17

Helhet

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



Om tertialrapporten

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

Tertialrapport T1-2022 har som mål å informere styret i Helse Nord RHF om de styringsparametere som helseforetakene skal rapporteres til eier pr. 1. tertial 2022, status på nasjonale kvalitetsindikatorer og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Helseforetakene i Helse Nord er bedt om å rapportere konkret og konsist, og rapportene skal inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Nasjonale kvalitetsindikatorer presentert i tabellform, og datakilde og tidsperiode er oppgitt i forklaringsteksten under hver tabell/figur. Tallene og figurene presentert i tertialrapporten er basert på ulike datakilder. Nasjonale kvalitetsindikatorer er fra www.helsenorge.no, hvor data oppdateres et tertial senere.

Når det gjelder pakkeforløp kreft, ventelistedata og aktivitetsdata det finnes det flere indikatorer som rapporteres særlig basert på data fra Norsk Pasientregister (NPR) og Helsedirektoratets sentrale dashboard. Disse oppdateres månedlig. Datakildene inneholder ferske, men foreløpige data fra de siste tre måneder, hvor det kan forventes mindre endringer/justeringer. Rapportering og korreksjon fra sykehusene kan påvirke disse tallene.

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

Sammenstilling av indikatorer

Tabell 1 og Tabell 2 viser sist oppdaterte og publiserte tall fra www.helsenorge.no.

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandspsykehus t HF	Finnmarkspsykehus t HF	Nordlandssykehus t HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M1540	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme	H		16,7	33,3	31,0	42,9	26,2	30,6	26,6	26,6	26,9
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M814	Antall vellykkede gjenopplivninger etter hjertestans per 100 000 innbyggere	H		11,6	32,3	19,5	9,4	15,1	16,2	15,4	13,4	15,0
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M816	Antall hjertestanser per 100 000 innbyggere	L		69,7	96,9	63,0	21,8	57,5	52,9	58,0	50,2	55,7
Akuttmedisin prehospitalt	Q117M804	Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerne-lunge-redning før ambulansen	H		85,0	89,7	87,1	61,5	88,8	83,9	86,7	82,9	86,1
Hjerte- og karsykdommer	Q143M29	Andel pasienter 18 år og over innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	H		17,1	2,6	20,9	13,9	12,9	15,0	16,8	21,7	16,9
Hjerte- og karsykdommer	Q332M1902	Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig	H		72,5	88,2	82,9	85,2	83,6	83,1	81,7	83,7	82,5
Kreftpakkeforløp	Q159M990	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 24 kreftformer	H	70 %	80,6	88,5	78,4	75,5	73,2	77,7	77,8	90,0	79,3
Kreftpakkeforløp	Q199M1479	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft	H	70 %	0,0	100,0	85,7	59,4	55,7	75,4	79,4	95,6	78,2
Kreftpakkeforløp	Q199M1495	Andel pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %		100,0	66,7	88,0	74,5	81,7	90,3	88,5	87,6
Kreftpakkeforløp	Q200M1451	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft	H	70 %			89,2	96,3	90,8	93,2	89,8	95,9	91,4
Kreftpakkeforløp	Q200M1467	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			92,6	74,6	76,1	83,5	82,3	77,0	80,5
Kreftpakkeforløp	Q200M1790	Andel pakkeforløp for brystkreft innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %			93,6	70,7	74,3	81,0	83,5	74,1	80,3
Kreftpakkeforløp	Q200M1793	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			90,5	92,3	87,1	91,2	77,0	81,5	80,9
Kreftpakkeforløp	Q201M1483	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for eggstokkreft	H	70 %				71,4	82,4	75,0	78,1	80,0	78,8
Kreftpakkeforløp	Q201M1498	Andel pakkeforløp for eggstokkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	85,7	71,8	72,7	74,0	84,2	75,4
Kreftpakkeforløp	Q202M1507	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for malignt melanom	H	70 %	70,0	0,0	63,6	81,6	84,6	74,0	72,7	87,2	77,3
Kreftpakkeforløp	Q202M1523	Andel pakkeforløp for malignt melanom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	77,8	0,0	81,3	97,8	87,9	90,4	91,0	90,7	90,5
Kreftpakkeforløp	Q203M1487	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hode-halskreft	H	70 %		0,0	42,9	33,3	58,2	38,5	72,6	88,5	70,8
Kreftpakkeforløp	Q203M1501	Andel pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	0,0	76,9	0,0	67,3	74,6	69,3
Kreftpakkeforløp	Q204M1511	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorkreft	H	70 %				95,0	81,8	87,0	83,7	87,5	84,6
Kreftpakkeforløp	Q204M1526	Andel pakkeforløp for livmorkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	75,0	96,0	69,6	77,9	80,0	79,4
Kreftpakkeforløp	Q205M1455	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft	H	70 %	90,0	85,7	92,5	91,2	79,2	91,2	84,5	92,8	86,0
Kreftpakkeforløp	Q205M1470	Andel pakkeforløp for lungekreft som gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	80,0	33,3	54,2	52,6	59,3	56,6	63,0	73,3	64,3
Kreftpakkeforløp	Q205M1817	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	40,0		40,0	26,7	57,1	32,1	65,2	70,5	61,1
Kreftpakkeforløp	Q205M1820	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %		0,0	62,5	63,6	75,0	67,7	74,6	77,9	74,9
Kreftpakkeforløp	Q205M1823	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %		0,0	0,0	75,0	26,7	70,8	43,6	68,4	51,5

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Kreftpakkeforløp	Q206M1515	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom	H	70 %			● 69,6	● 85,3	● 63,8	78,8	73,2	● 93,8	76,0
Kreftpakkeforløp	Q206M1529	Andel pakkeforløp for lymfom gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			● 50,0	● 86,7	55,3	● 71,9	● 50,8	70,2	58,6
Kreftpakkeforløp	Q207M1519	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft	H	70 %			● 0,0	● 62,5	66,7	● 64,5	80,0	● 97,6	80,0
Kreftpakkeforløp	Q207M1532	Andel pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			● 0,0	● 33,3	50,0	● 32,0	54,1	● 76,7	56,7
Kreftpakkeforløp	Q208M1459	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft	H	70 %	84,6	● 88,9	77,4	● 52,8	74,4	● 68,1	83,0	● 91,2	81,8
Kreftpakkeforløp	Q208M1473	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	33,3	23,5	● 50,0	● 19,0	45,7	● 35,0	65,7	● 67,9	62,0
Kreftpakkeforløp	Q208M1796	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	● 0,0	● 0,0	● 63,2	20,0	● 28,9	40,0	● 63,1	38,8	54,4
Kreftpakkeforløp	Q208M1799	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			● 16,7	● 12,5	62,1	● 25,8	61,8	● 77,7	64,8
Kreftpakkeforløp	Q208M1802	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %							● 60,0	● 37,5	50,0
Kreftpakkeforløp	Q208M1805	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, overvåking uten behandling	H	70 %	40,0		● 46,2	● 25,0	54,8	● 37,8	73,1	● 78,6	69,0
Kreftpakkeforløp	Q209M1491	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	H	70 %	● 0,0			● 87,5	● 60,0	80,8	78,6	● 89,4	77,6
Kreftpakkeforløp	Q209M1504	Andel pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %				● 0,0	● 92,3	● 33,3	80,0	91,7	81,3
Kreftpakkeforløp	Q210M1463	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	H	70 %	90,3	● 93,3	90,7	● 79,7	81,5	● 86,8	● 80,0	85,5	82,0
Kreftpakkeforløp	Q210M1476	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	53,6	● 57,1	● 34,1	43,6	74,9	● 44,3	● 75,2	73,0	71,5
Kreftpakkeforløp	Q210M1808	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk	H	70 %	47,4	● 66,7	● 28,6	38,2	76,2	● 40,0	● 79,4	72,6	73,4
Kreftpakkeforløp	Q210M1811	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell	H	70 %					63,2	● 46,2	66,7	● 79,4	67,5
Kreftpakkeforløp	Q210M1814	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %					76,5	● 88,9	● 47,7	66,7	59,1
Kreftpakkeforløp	Q3M1781	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	● 51,0	65,8	64,6	● 67,7	73,7	● 64,9	● 80,6	78,2	77,8
Kreftpakkeforløp	Q3M1784	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %	51,9	● 47,4	63,9	● 70,0	72,5	● 62,3	68,3	● 79,3	71,5
Kreftpakkeforløp	Q3M1787	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %	● 100,0	● 0,0	46,2	61,9	52,1	63,0	● 49,7	● 64,7	54,3
Kreftpakkeforløp	Q3M982	Andel pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid	H	70 %	● 54,1	56,1	62,8	● 66,5	71,9	● 62,8	75,2	● 77,7	74,3
Kreftpakkeforløp	Q52M1004	Andel gjennomførte diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	● 81,3		● 57,1	78,3		● 75,0	64,1	● 58,1	69,3
Legemidler	Q41M1214	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	L		16,2	16,6	● 18,0	● 14,4	16,1	15,8	● 17,2	● 15,5	16,5
Legemidler	Q41M1215	Antall definerte døgndoser (DDD) av «piperacillin og enzymhemmer» per 100 liggedøgn/periode	L		6,1	● 4,4	● 6,6	4,9	4,3	● 5,5	● 4,2	5,0	4,5
Legemidler	Q41M1216	Antall definerte døgndoser (DDD) av andre generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		● 0,3	0,8	● 0,9	0,5	● 0,4	● 0,6	0,4	0,5	0,5
Legemidler	Q41M1217	Antall definerte døgndoser (DDD) av tredje generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		6,8	● 8,7	6,9	● 6,0	7,8	● 6,7	● 8,5	6,9	7,9
Legemidler	Q41M1218	Antall definerte døgndoser (DDD) av karbapenemer per 100 liggedøgn/periode	L		● 0,5	0,6	1,2	● 1,3	● 1,9	● 1,1	1,7	1,4	1,6
Legemidler	Q41M1219	Antall definerte døgndoser (DDD) av kinoloner per 100 liggedøgn/periode	L		● 2,6	2,0	2,5	● 1,6	1,8	2,0	● 2,2	● 1,7	2,0

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finnmarskssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
PHBU	Q101M158	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	L	0 %	1,1	4,5	9,2	8,2	5,8	6,8	2,0	0,2	2,7
PHBU	Q121M1766	Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1	H		87,3	92,4	91,1	94,0	93,6	91,5	88,6	90,7	90,0
PHBU	Q121M1769	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2	H		90,0	88,2	86,0	94,4	90,7	89,7	84,7	84,0	85,9
PHBU	Q121M1772	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3	H		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	96,9	84,0	92,8
PHBU	Q19M120	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	H	100 %	94,8	99,2	82,1	92,0	91,5	91,4	97,2	99,4	96,5
PHBU	Q20M124	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	H	100 %	97,8	97,0	95,8	99,4	99,0	97,9	98,2	97,6	97,5
PHBU	Q290M189	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	L	35 %	40,9	53,2	78,0	50,7	59,5	55,7	43,8	47,0	48,2
PHBU	Q290M190	Median ventetid innen PHBU i antall dager	L		35,0	53,0	67,0	42,0	55,0	48,0	36,0	43,0	41,0
PHBU	Q322M1890	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H	100 %	52,0	23,0	25,0	39,0	46,0	36,0	53,0	21,0	44,0
PHBU	Q326M1880	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	41,0	38,0	47,0	56,0	17,0	46,0	36,0	43,0	36,0
PHBU	Q328M1871	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	66,0	45,0	46,0	42,0	24,0	48,0	56,0	50,0	50,0
PHBU	Q97M146	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	L	0 %	7,2	1,5	27,4	9,0	11,0	11,8	3,6	1,3	5,4
PHV	Q100M154	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	L	0 %	0,8	17,6	26,6	40,6	7,7	24,8	2,1	0,7	4,7
PHV	Q104M166	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	L	0 %	0,0	9,1	18,7	24,7	4,6	17,7	1,1	0,6	3,7
PHV	Q107M369	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet	H	100 %	98,8	97,1	99,3	82,4	89,1	91,1	94,7	96,1	93,9
PHV	Q124M1775	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helsevern for	H	100 %	96,5	93,8	94,9	90,0	93,5	93,2	92,4	92,0	92,6
PHV	Q149M373	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	H	100 %	0,0	13,3	10,0	6,8	31,9	8,2	10,6	29,4	17,2
PHV	Q149M377	Mangler registrering eller ukjent status for individuell plan	L	0	7	13	31	54	96	105	444	141	790
PHV	Q229M1178	Andel pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden	L				4,7	7,2	6,3	4,7	7,6	7,4	7,0
PHV	Q297M197	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	L	40 %	41,8	57,0	61,8	80,1	45,6	65,5	42,6	39,3	44,7
PHV	Q297M198	Median ventetid innen PHV i antall dager	L		36,5	41,0	51,0	67,0	35,0	49,0	36,0	31,0	36,0
PHV	Q300M203	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	L	0 %	0,8	6,4	1,3	6,1	0,7	4,1	2,3	2,3	2,4
PHV	Q321M1867	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	67,0	60,0	69,0	66,0	71,0	67,0	73,0	73,0	73,0
PHV	Q323M1887	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		29,0	11,0	22,0	22,0	42,0	21,0	48,0	17,0	41,0
PHV	Q325M1877	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	52,0	47,0	30,0	31,0	38,0	40,0	50,0	47,0	47,0
PHV	Q71M320	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	H	60 %	37,0	35,9	73,3	41,0	55,6	47,6	48,8	48,2	49,3
PHV	Q71M321	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	H		88,9	74,5	87,5	74,9	94,3	77,8	80,1	79,7	81,4

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
TSB	Q103M162	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	L	0 %	0,0	0,0	0,0	7,4	0,9	11,8	3,7	2,5	4,4
TSB	Q122M1778	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	H		100,0	100,0	97,9	99,0	84,2	99,0	98,5	96,2	96,1
TSB	Q18M1257	Andel avsluttede behandlingsopphold for pasienter over 18 år med manglende rapportering om avslutningstype	L	0 %	96,3	45,0	97,2	76,3	4,4	56,7	71,9	79,4	60,8
TSB	Q296M193	Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	L	30	26,7	33,5	33,4	32,4	26,3	41,8	33,3	27,4	32,7
TSB	Q296M194	Median ventetid innen TSB i antall dager	L		23,5	25,0	28,5	29,5	20,0	28,0	24,0	24,0	24,0
TSB	Q299M199	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	L	0 %	0,0	6,6	1,7	1,5	1,4	2,5	2,1	1,3	1,9
TSB	Q320M1874	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	56,0	29,0	11,0	15,0	58,0	24,0	44,0	41,0	44,0
TSB	Q324M1883	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		40,0	33,0	6,0	58,0	40,0	47,0	48,0	31,0	44,0
TSB	Q327M1857	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	56,0	67,0	86,0	30,0	75,0	56,0	88,0	79,0	84,0
TSB	Q70M313	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	H	60 %	25,9	50,0	81,1	49,8	77,8	36,4	50,0	51,8	52,4
TSB	Q70M314	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	H		77,8	95,0	91,9	80,5	97,2	58,4	81,7	81,6	80,4
TSB	Q99M150	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	L	0 %	9,1	4,8	2,4	10,1	1,0	10,1	2,1	1,6	2,8

Tabell 1 Sammenstilling av somatiske indikatorer 3. tertial 2021 for Helse Nord og resten av landet. Kilde: Helsedirektoratet, databasevennlig publisering.

Fargekoder: *grønt* = beste måloppnåelse i regionen/landet; *rødt* = laveste måloppnåelse i regionen/landet (uavhengig av om målet er nådd eller ikke, slik at rødt ikke indikerer at målet ikke er nådd).

(Dersom det er bare ett HF som har måltall, da ser vi alltid *grønt*, uansett måloppnåelse – gjelder særlig pakkeforløp kreft for kreftformer hvor utredning/behandling er sentralisert).

Positivitet; L=lavere verdi er best, H=høyere verdi er best

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Somatikk	Q119M425	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	H		71,1	54,2	52,0	65,0	66,6	60,1	62,7	63,0	63,1
Somatikk	Q119M426	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	H		95,6	79,2	90,7	91,3	95,4	89,5	94,3	93,2	93,8
Somatikk	Q184M1604	Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse siste dag i tertialet	H			19,0	17,8	21,7	20,8	19,2	29,1	18,5	25,0
Sykehusopphold	Q102M256	Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste	L	0 %	9,9	3,6	11,3	9,2	0,5	9,0	4,1	6,2	5,2
Sykehusopphold	Q157M82	Andel pasienter plassert på korridor	L	0 %	1,9	0,1	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	1,7	1,2
Sykehusopphold	Q284M103	Andel (%) utsettelse	L	5 %	6,5	10,9	12,2	9,0	5,8	9,4	7,1	6,3	6,6
Sykehusopphold	Q293M262	Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste	L	50	62,4	73,1	79,5	73,6	59,0	73,3	63,8	70,3	65,6
Sykehusopphold	Q293M263	Median ventetid	L	50	40,0	50,0	56,0	52,0	48,0	50,0	47,0	56,0	49,0
Sykehusopphold	Q298M264	Andel brudd på vurderingsgarantien	L	0 %	0,6	3,7	2,5	6,2	2,7	3,9	2,3	3,0	2,8
Sykehusopphold	Q306M1746	Andel oppdaterte ventetider for Velg behandlingssted, uavhengig av fagområde	H	100 %					92,6	84,3	91,9	76,0	88,8
Sykehusopphold	Q306M1747	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen fysisk helse	H	100 %					92,9	86,1	93,2	76,3	90,0
Sykehusopphold	Q306M1748	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, voksne	H	100 %					96,7	76,7	92,3	76,4	88,1
Sykehusopphold	Q306M1749	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, barn og unge	H	100 %					86,0	87,9	86,8	86,6	86,3
Sykehusopphold	Q306M1750	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rus og avhengighet	H	100 %					96,7	91,9	93,6	73,0	89,7
Sykehusopphold	Q306M1751	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, barn og unge	H	100 %					92,6	54,7	82,0	73,2	79,4
Sykehusopphold	Q306M1752	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, voksne	H	100 %					91,2	59,6	84,8	65,7	77,9
Sykehusopphold	Q306M1753	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rehabilitering	H	100 %					79,5	81,6	91,7	44,5	86,2
Sykehusopphold	Q69M334	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H	70 %	57,2	69,6	78,4	63,6	58,7	67,7	67,1	62,5	65,0
Sykehusopphold	Q69M335	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H		84,3	91,8	88,9	87,3	88,1	87,9	87,8	87,2	87,7
Sykehusopphold	Q98M252	Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	L	0 %	14,6	10,9	18,2	9,9	1,9	13,1	4,2	7,6	5,7

Krav i oppdragsdokument 2022:

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helse Nord har foreløpig ikke noen målbare gevinster på delprosjektene som er implementert i programmet av effektivitets- og kvalitetsfremmende tiltak på pasientreiser med rekvisisjon. Eksempelvis er «Selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon» implementert, og pasient kan nå selv se, endre og avbestille rekvirerte reiser på helsenorge.no. I løpet av 1. tertial 2022 har 286 pasienter i Helse Nord avbestilt, og 10 pasienter har endret på sin reise gjennom denne løsningen. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreisekontorene og gir ingen vesentlig økonomisk besparelse. Det har i samme periode vært 14 000 detaljoppslag på rekvirerte reiser i Helse Nord i løsningen, men effekten på henvendelser til pasientreisekontorene er usikker. Kvalitative gevinster for pasient er utfordrende å måle.			
7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene representerer Helse Nord i ulike nasjonale forbedringstiltak innenfor reiser med rekvisisjon, gjennom arbeids- og kompetansegrupper. Arbeidet med å synliggjøre gevinstrealisering er startet, men på langt nær slutført. Det iverksettes i løpet av 2022 et eget nasjonalt tiltak for gevinstrealisering og risikovurdering. Det er stor usikkerhet rundt konsekvensene knyttet til ny rekvisisjonspraksis og implementering av neste fase i selvbetjeningsløsningen, hvor pasientene selv gis anledning til å bestille sine reiser basert på en tidsbegrenset attest fra behandler på inntil 1 år. Det forventes økt ressursbehov på pasientreisekontorene og risiko for høyere transportkostnad. Samtidig forventes at legekantorene og andre behandlere vil kunne frigjøre noen ressurser.			
9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			

Arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som kan flyttes er godt i gang i alle helseforetakene, og vil fortsette i 2. tertial. Noe er allerede flyttet, og noe planlegges flyttet, f.eks. samarbeider UNN og Finnmarkssykehuset om å etablere håndkirurgisk poliklinikk i Alta med ambulerende håndkirurg fra UNN.

Andre tiltak som gjennomføres er ambulering av spesialist fra store til små sykehus, f.eks. fra Nordlandssykehuset Bodø til Lofoten og Vesterålen, særlig innen medisinske fag. Innen kirurgi er det også foretatt en fordeling, hvor enkelte elektive inngrep gjøres på de mindre sykehusene. I arbeidet vurderes også om det er pasientgrupper som behandles i annet foretak enn sitt eget, med mål om å tilby behandling i eget foretak. Eksempler på dette er pasienter henvist fra Finnmarkssykehuset til UNN, eller fra Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset, uten at det foreligger medisinsk grunn for det.

3.2 Somatikk

26	<p><i>Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefelleskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.</i></p>	UNN	<p><i>Tertialrapporter og Årlig melding</i></p>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Prosjektplan er under utarbeidelse og vil forelegges de andre helseforetakene for godkjenning i løpet av 2. tertial.</p>			

4.8 Beredskap

47	<p><i>Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.</i></p>	Alle	<p><i>Årlig melding</i></p>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HFene har deltatt på utvikling av vertslandsstøttedokument og operative prosedyrer for flyging med luftambulans i militære restriksjonsområder, samt prosedyrer for sivil bruk av militær luftambulans.</p> <p>HFene har også deltatt på planseminar med Hæren for å tilegne seg samme situasjonsbilde som Forsvaret slik at man har samme ståsted for utvikling.</p> <p>HN RHF har tatt initiativ til- og sørget for å få gjennomført flere samhandlingsøvelser mellom sivile sykehus, ambulanser og forsvarrets feltsykehus og ambulanser.</p>			

HN RHF har også prøvd ut en liaisonfunksjon i sanitetsseksjonen i Hærstaben under øvelse Polaris/Gram 21 med godt resultat. Øvelsen er meget godt egnet for å kunne utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. HN RHF vil videreføre dette på nest øvelse Polaris/Gram i november 2022.

Prosjekt Blodberedskap – pilot Finnmark treffer også arbeidet med utvikling av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Spesielt gjelder dette planer for etterforsyning av blod og blodprodukter.

Piloten planlegges avsluttet i 2024.

48	Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egnevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.	Alle	Årlig melding
----	--	------	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er utarbeidet oversikt (Implementeringsplan) over læringspunktene fra RHF sine tre evalueringsrapporter av beredskapsarbeidet ved Covid 19-pandemien. Denne er presentert for REBU, Direktørmøtet, KTV/ KVO og RBU. I Direktørmøtet 9 juni 2022 vil det komme en sak med implementeringsplan for RHF og HF.

Relevante læringspunkter fra Koronakommisjonens rapport er tatt inn i implementeringsplanen.

Læringspunktene tas inn i revisjonsarbeidet av Regional beredskapsplan med delplaner. Bl.a. vil tidl. smittevernplaner og pandemiplaner revideres til delplan Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer.

49	Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter	Alle	2. tertial og Årlig melding
----	---	------	-----------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord har kartlagt følgende status hos foretakene:

- NLSH HF: Kjører implementering av læringspunktene fra Questback til alle ansatte i nov 2020.
- UNN HF: Ansatte gjennomfører ny Questback som evaluerer ansattes erfaringer med pandemien.
- Luftambulansetjenesten HF kjører ingen evaluering. LAT HF er ikke i direkte kontakt med pasienter, og har derfor ikke blitt nevneverdig belastet i forhold til pandemien. De har satt i verk noen organisatoriske tiltak etter ønske fra departementet, men det er også alt. De har derfor ingen større utredning om temaet, og dette står heller ikke oppgitt i deres oppdragsdokument.
- Apotek: Ikke mottatt oppdatert status.
- Helgelandssykehuset HF: Ikke mottatt oppdatert status
- Finnmarkssykehuset HF: Er i planleggingsfasen for gjennomføring

50	Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22)	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
----	---	-------------------------------	---------------

<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			
<p>Nasjonal helseøvelse ble besluttet utsatt inntil videre på grunn av at øvelse Arctic Reihn ble utsatt som følge av krigen i Ukraina. HN RHF gjennomførte i stedet en øvelse i egen kriseledelse som brukte samme scenario som var ment for Nasjonal helseøvelse. I tillegg fikk vi gjennomført en lokal samhandlingsøvelse (Stormen Reindeer) i Bodø mellom Forsvaret ved sanitetsbataljonen i Brigade Nord, Nordlandssykehuset, Politi og brannvesen. Det er første gang at man øver bistand fra Forsvarets feltsykehus og ambulanser til sivil helsetjeneste i Nord-Norge. Øvelsen ble vellykket og avdekket en rekke verdifulle læringspunkter som vil bli tatt videre i utvikling av operative beredskapsplaner.</p> <p>UNN Tromsø gjennomførte også en erstatningsøvelse for NHØ i samarbeid med sivilforsvaret i Tromsø.</p>			

51	<i>Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.</i>	UNN, NLSH	Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			
<p>Helse Nord har sørget for at HFene har etterlevd retningslinjene fra HOD der tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 ble gitt tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter. Det ble utarbeidet et interregionalt vertslandsstøttedokument som gav HFene føringer for dette.</p>			

52	<i>Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022</i>	UNN, NLSH	Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			
<p>Helse Nord har deltatt i innledende planlegging av øvelsen, men grunnet Ukrainasituasjonen har all aktivitet så langt blitt satt på pause, og det er svært usikkert om øvelsen skal gjennomføres uten Russland.</p>			

	<i>Bidra med innspill til departementets nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022.</i>	RHF	Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			
<p>Helse Nord er i tett dialog med HOD innen arbeidet sikkerhet og beredskap, og vil bidra med innspill til den nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022 når dette etterspørres.</p>			

	<i>Delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.</i>	RHF	Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i>			
<p>Øvelse Arctic Reihn/Nasjonal helseøvelse ble utsatt pga krigen i Ukraina, men HN RHF sørget for at det allikevel ble gjennomført en lokal masseskadeøvelse med CBRNE tilsnitt i samarbeid med Forsvaret og nødetatene i Bodø.</p> <p>UNN HF gjennomførte en mindre CBRNE øvelse i samarbeid med sivilforsvaret i Tromsø som erstatning for NHØ.</p>			

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

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

		NLSH, HSYK	
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Planlagt og faktisk arbeidstid er i stor grad registrert i GAT for alle yrkesgrupper. Det som gjenstår er utvalgte legegrupper og leger som blir leid inn fra vikarbyrå. Sistnevnte er under oppfølging og forventet å komme på plass i løpet av 2022. Det krever ekstra ressurser å få alle legeplanene inn i GAT og en viktig forutsetning for å komme i mål er at foretakene prioriterer tilstrekkelig merkantil kapasitet til formålet.</p>			

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

<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Per i dag er andel helsefagarbeidere samlet i foretaksgruppen på 3,7 %, og er uendret siden 2021 per 1. tertial. Fordelt på foretakene er andelen 2,9% på UNN, 4,8 % på NLSH, 4,6 % på HSYK og 3,7 % på FIN.</p> <p>UNN som i tillegg til å være det største sykehusforetaket har lavest andel, rapporterer at de har mange pågående forbedringsprosjekter for å komme i mål med dette kravet.</p> <p>Øvrige sykehusforetak har hatt og har flere prosjekter ved ulike klinikker som har medført økt andel helsefagarbeidere. Ved Nordlandssykehuset gjelder dette spesielt ved Kirurgisk og Medisinsk klinikk. Ved Helgelandssykehuset er det blitt jobbet godt med oppgavedeling mellom både sykepleiere og helsefagarbeidere, og mellom leger og sykepleiere. Flere klinikker har innfridd kravet. Ved kirurgisk klinikk starter de et prosjekt i mai med oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider ved kirurgisk sengepost i Sandnessjøen deretter øvrige avdelinger.</p> <p>Oppgaveglidning fra lege til sykepleier er gjort innenfor øye, ortopedi, urologi. Det igangsettes nå ytterligere oppgavedeling fra lege til sykepleier innenfor ortopedi innenfor frakturbehandling. Alle tre operasjonsavdelingene har ansatt helsefagarbeider som får tilpasset opplæring og de er en ressurs som bidrar med å forbedre logistikken i avdelingene. På kreftpoliklinikkene er det ansatt helsefagarbeidere og helsesekretærer som bidrar med bla. med administrative oppgaver og frigjør dermed kreftsykepleierressurser til pasientbehandlingen.</p> <p>Finmarkssykehuset gjenoppretter prosjektgruppe fra sengeenhet Hammerfest, som skal bli videreført på andre enheter.</p> <p>Det er mange gode initiativ i sykehusforetakene og det er vurdert som sannsynlig at flere klinikker og enheter vil nå målet på dette området. Utfordringen er å nå målet for hele foretaksgruppen samlet.</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>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	-------------------------------	--

<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Prosjektet har endret navn fra «AOP» til «GODT planlagt» og konseptfasen er startet opp fra 16.5 – 31.10.22. Alle sykehusforetakene deltar og har meldt inn ressurser til både styrings- og prosjektgruppe. Det er forventet at aktuelle enheter vil bli avklart i løpet av konseptfase. Det er god forankring blant tillitsvalgte og KTV deltar med 2 ressurser i prosjektgruppen og 1 ressurs i</p>			
--	--	--	--

styringsgruppen. I løpet av konseptfasen vil integrasjon mellom GAT og Dips etableres for minst en enhet i hvert av foretakene, her er Finnmarkssykehuset pilot. Finnmarkssykehuset og NLSH jobber begge godt med forberedende aktiviteter i egen organisasjon og NLSH blir neste foretak integrasjonen etableres i.

Det er p.t. registrert utfordringer med å ha 9 måneders planleggingshorisont for piloten, som følge av vakanser og manglende vikarer. Utfordringene er søkt løst i løpet av året.

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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Regional forvaltningsenhet for innkjøp og logistikk (REFIL) er etablert og det er etablert prosesser og rutiner for regional samordning av implementering og forvaltning av avtaler i Clockwork (CWL). To avtaleområder (24 avtaler) håndteres av REFIL, men grunnet for lite kapasitet i forhold til omfang greier man ikke å håndtere så mange avtaler som ønsket. Det enkelte Helseforetak har for disse avtalene levert i tråd med rutine for rydde i artikkelregister. I påvente av at man tar trinn to og tre i oppskaleringssplanen, vil forvaltningen av en god del av avtalene fremdeles måtte håndteres av hvert enkelt foretak. Konsekvensen av dette er at det vil ta lengre tid før vi er samordnet og kan koordinere prosesser på tvers i foretaksgruppen. Det igjen vil medføre at vi ikke greier å realisere det gevinstpotensialet som er på innkjøpsområdet i det tempoet som er forventet.</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><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Regional styringsmodell må sees i sammenheng med nasjonal modell som skal implementeres i løpet av høsten 2022. Innkjøpsforum er enig i fordeling av ansvar, men operasjonalisering av denne vil kreve dedikert kapasitet tilsvarende ca et halvt årsverk pr kategori. En annen nøkkel er involvering og eierskap fra behovshavere som er en utfordring. Både den regionale og den nasjonale styringsmodellen fordrer god involvering og gode kommunikasjonslinjer ut til et samlet fagmiljø, og her har vi en betydelig vei og gå.</p>			

10.0 Teknologi

87	<i>Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Gjennom arbeidet med regional plan for informasjonssikkerhet, erfaringer fra uønskede hendelser, og dialog med helseforetakene er det etablert en helt ny forståelse for behovet for denne endringen. Det er utfordring mht omfang av applikasjonsporteføljen og antall enheter. HN IKT har prosjektorganisert videre arbeid med overtakelse av oppgaver og fremtidig forvaltning.</p>			

88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteaftaler, databehandleraftaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår. Gjennomgang av arbeidet med SLA-avtaler 30.5 tilsier at det er sannsynlig at målsatt dato kan nås. Arbeidet med detaljering av styringsmodellen pågår, og forventes klar for styrebehandling i HN RHF før 1.10.2022.</p>			
89	<i>Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87. Kartlegging av ressursbehov for fremtidig robust forvaltning pågår.</p>			
90	<i>Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet ivaretas gjennom prosjekt «Helhetlig informasjonssikkerhet, fase 2». Oppdragsbrevet er tildelt HN IKT etter konstituerende møte i programstyret.</p>			
91	<i>Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helse Nord IKT etablerer prosjekt for å sikre framdrift og oppfølging av kravet. Prosjektgruppen etableres i løpet av mai måned. Alle kliniske helseforetak inviteres til deltakelse i prosjektets styringsgruppe for å sikre god involvering og forankring.</p>			
92	<i>Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87. Det er usikkert om arbeidet vil kunne ferdigstilles innen 1.9.2022. Årsakene til at fristen trolig ikke nås er stor grad av kompleksitet og at helseforetakene hittil ikke har satt av tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre oppgaven.</p>			

Helse Nord RHF vil komme tilbake til estimert dato for ferdigstilling ved rapportering tertialoppfølging nr. 2.

93	<i>Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87 og 92. Det er usikkert om arbeidet vil kunne ferdigstilles innen 1.9.2022. Årsakene til at fristen trolig ikke nås er stor grad av kompleksitet og at helseforetakene hittil ikke har satt av tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre oppgaven. Helse Nord RHF vil komme tilbake til estimert dato for ferdigstilling ved rapportering tertialoppfølging nr. 2.			

13.0 Oppfølging og rapportering

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

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

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

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

Risikovurdering

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

I saken var det gjort risikovurdering av syv målområder:

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

For å oppdatere og styrke grunnlaget for risikovurderingene, ba Helse Nord RHF helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer. Tilbakemeldingen viser at Helgelandssykehuset HF som eneste foretak har gjennomført en egen risikovurdering av hovedmål. Helseforetaket vurderer i hovedsak risikonivået fra middels til høyt, hvor det er størst risiko for ikke å nå målsettingene om bærekraftig ressursbruk samt pakkeforløp på kreftbehandling (Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid).

Nordlandssykehuset HF tilbakemelder at ledelsen kommuniserer og konsulterer risiko, inkludert hovedmålene, til styret og eier gjennom fortløpende rapportering i månedlige virksomhetsrapporter, tertialrapportering og spesifikke saker når dette er påkrevd. Ved at risikostyring anses som en del av virksomhetsstyringen er foretaket av den oppfatning at det kan håndtere endringer i risikobildet raskere og mer dynamisk enn hvis risikostyring skal gjennomføres som en parallell prosess til ordinær styring. I tertialrapporten peker de særskilt på aktivitetsnedgang innenfor i psykisk helsevern og rus, både pga Covid-fravær, men også knyttet til utfordringer med behandler- og spesialistdekning. De fremhever spesielt risiko for rekruttering til psykisk helsevern i Vesterålen. Andre risikoområder som løftes er brekkasjer på MTU som følge av manglende evne til mer planmessige reinvesteringer, samt at det er manglende økonomisk handlingsrom til strategiske satsinger.

Universitetssykehuset i Nord-Norge tilbakemelder at de ikke har gjennomført risikovurderinger på strategiske målsetninger i oppdragsdokumentet for 2022 i 1.tertial. Finnmarkssykehuset HF har oversendt risikovurderinger av noen utvalgte målområder. Dette tolkes ikke til at disse og øvrige helseforetak ikke gjennomfører risikovurderinger, men at de i likhet med Nordlandssykehuset gjør vurderingene integrert i virksomhetsstyringen og løpende rapporteringer og beslutningsaker til styrene.

Helse Nord RHF ser fortsatt behovet for et mer planmessig arbeid og systematikk som kan skaffe til veie en bedre oversikt over regionens samlede risikoområder. Før sommeren vil vi i samarbeid med helseforetakene arbeide for å gjenoppta regionalt nettverk for risikostyring.

Det foreligger ikke grunnlag for å gjøre vesentlige justeringer i det risikobildet som ble presentert i februar. Styret er oppdatert på status gjennom blant annet virksomhetsrapportene. Fokuset i første tertial har i stor grad vært å få kontroll på den økonomiske risikoen, og det vises til egen styresak for omstillingsplan samt styresak om økonomisk langtidsplan (ØLP) i juni. Mye av oppmerksomheten i oppfølgingsmøter har vært rettet mot denne risikoen, men også andre områder som risikoen for ikke å nå aktivitetsmål og redusert ventetid. Tiltak for økt aktivitet og redusert ventetid og fristbrudd inngår i også omstillingsplanene til helseforetakene. Tamarapport om personellutvikling til styret i mai redegjorde for en stor vekst i årsverk og innleide siden 2008. Denne utviklingen er ikke bærekraftig på sikt. Det jobbes med å skaffe til veie en bedre oversikt over hvilke fagområder som har rekrutteringsutfordringer og risiko for manglende kompetanse, som kan supplere oversiktene over økning i årsverksforbruk.

I styresak om ØLP omtales finansiell risiko til investeringsplan. Det er økt usikkerhet i de økonomiske rammebetingelsene (vekstforutsetninger, ny nasjonal inntektsmodell, avbyråkratiseringsreform m. m.) og fremtidige forpliktelser (finansieringsansvar for nye medikamenter, herunder sjeldne sykdommer) samt forutsetninger knyttet til finansiering (realisering av resultatkrav og låneopptak). Det er små sentrale reserver i opplegget. Også i ØLP understrekes det betydelige omstillingsbehov fremover. Kostnader knyttet til strategiske prosjekt, styrket beredskap, forbedret informasjonssikkerhet og avskrivingskostnader ved nye bygg må løses gjennom omprioriteringer innenfor dagens driftsrammer. Det forventes positive effekter av helseforetakenes reviderte omstillingsplaner og av e-helsetiltak, IKT-tiltak og bedre innkjøp.