

Styret i Nordlandssykehuset HF
Adm. direktør i Nordlandssykehuset HF
Revisor i Nordlandssykehuset HF

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
 2021/1163-26 Tina Mari Eitran/ 29.11.2022

Foretaksmøte, den 6. desember 2022 - innkalling, Nordlandssykehuset HF

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

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

Til behandling foreligger følgende saker:

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

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

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/
styreleder

Marit Lind /s/
konst. adm. direktør

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

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 6. desember 2022

Vår ref.:
2021/1163-26

Saksbehandler:
Jann Hårek Lillevoll

Dato:
29.11.2022

Foretaksmøtesak 30-2022

Årlig melding 2021, Nordlandssykehuset HF

Det vises til *styresak 22-2022 Årlig melding 2021* (styremøte Nordlandssykehuset HF 5. april 2022) og *styresak 31-2022 Årlig melding 2022* (styremøte Helse Nord RHF 24. mars 2022).

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

Foretaksmøtet i Nordlandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar *Årlig melding 2021 for Nordlandssykehuset HF*.

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind
konst. adm. direktør

Vedlegg: Årlig melding 2021 for Nordlandssykehuset HF

Årlig melding 2021 for Nordlandssykehuset HF



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIPPIJVÍESSO



Innhold

Innledning	3
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
<i>Sikre god pasient- og brukermedvirkning</i>	11
<i>Somatikk</i>	12
<i>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</i>	15
<i>Samhandling med leverandører av private helsetjenester</i>	17
Kvalitet i pasientbehandlingen	17
<i>Kvalitetsutvikling</i>	20
<i>Pasientsikkerhet</i>	20
<i>Smittevern</i>	22
<i>Klima- og miljøtiltak</i>	22
<i>Beredskap</i>	23
Samhandling med primærhelsetjenesten	24
Bemanning og kompetanse	24
<i>Sikre gode arbeidsforhold</i>	24
<i>Tilstrekkelig kvalifisert personell</i>	25
<i>Utdanning av legespesialister</i>	27
<i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</i>	28
Forskning og innovasjon	30
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling	31
<i>Anskaffelsesområdet</i>	31
Teknologi	31
<i>Informasjonssikkerhet</i>	34
Krav i foretaksmøte 15. juni 2021	35

Innledning

Mal for helseforetakenes årlige melding for 2021 til Helse Nord RHF. Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp oppdrag for 2021.

I utgangspunktet gjelder rapporteringskravene alle helseforetakene i Helse Nord, men foretaksspesifikke krav fremgår av oppdragsdokumentet 2021, og i denne malen.

Krav som ikke gjelder for det enkelte foretaket kan tas bort, men nummerering på krav må beholdes.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

Rapporteringsteksten skal inneholde kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?

Forkortelser:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

Oversikt over frister:

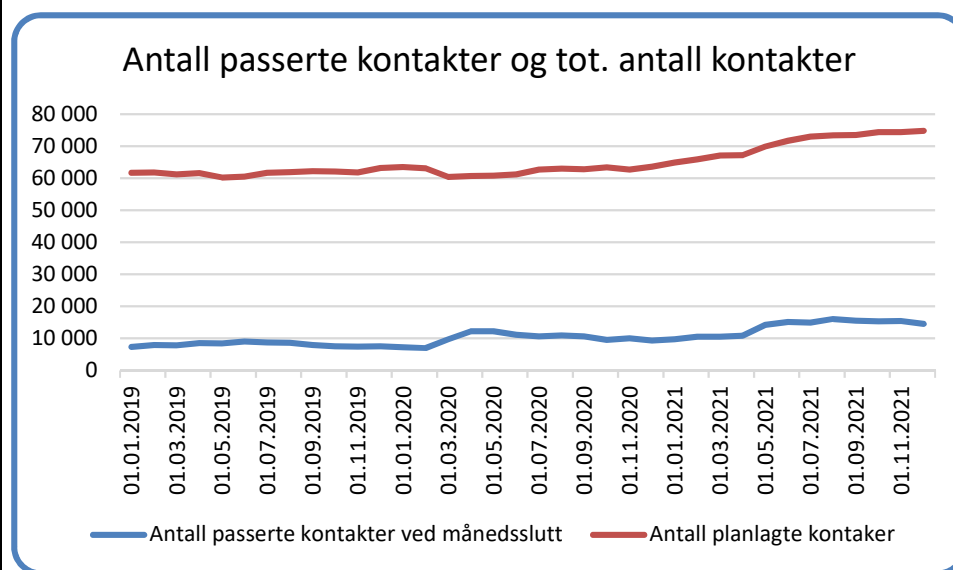
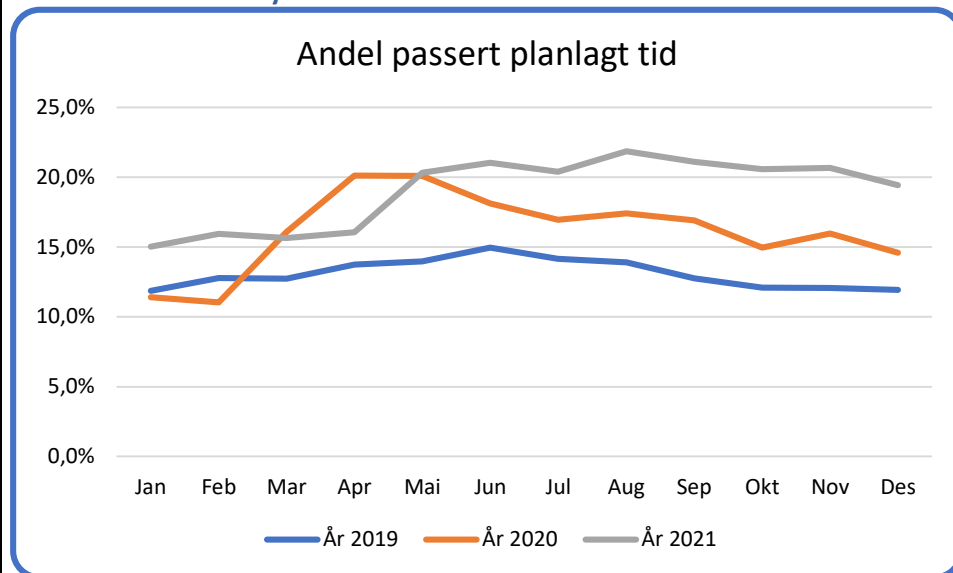
Rapportering	Frister
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 4. februar 2022. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2022.

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Kilde	Nr	Kravtekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
RHF	1	Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen .	Alle	Årlig melding
<p>Det ble våren 2021 satt ned en arbeidsgruppe ved Nordlandssykehuset bestående av representanter fra klinikk, sykehusets ungdomsråd, brukerutvalg samt hovedverneombud. Arbeidsgruppen hadde som oppgave å komme med innspill til hvilke tiltak som kan bidra til å sikre at samiske pasienter får et spesialisthelsetjenestetilbud tilpasset samisk språk og kultur ved Nordlandssykehuset, i henhold til strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning.</p> <p>Arbeidsgruppen utarbeidet et forslag til tiltaksplan. Tiltaksplanen ble presentert og drøftet i direktørens ledergruppe i november, hvor ledergruppen ga sin tilslutning til tiltaksplanen. Tiltaksplanen ble styrebehandlet i sak 114-2021, hvor styret gjorde følgende vedtak: Styret tar saken til orientering og støtter de foreslåtte tiltakene i Nordlandssykehusets handlingsplan. For å sikre prioritering av arbeidet, vil tiltakene legges inn i revidert strategisk utviklingsplan, slik at de kan implementeres i neste strategiperiode.</p>				
HoD	2	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Samlet for Nordlandssykehuset er styringskravet oppnådd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventetid til behandlingsstart (ventetid avviklede) er redusert fra gjennomsnittlig 73 dager i 2020 til 71 dager i 2021. - Ventetid avviklede er redusert fra 76 dager i 2020 til 75 dager i 2021. <p>Innenfor psykisk helsevern og rus er styringskravet at ventetid til behandlingsstart (ventetid avviklede) skal være under 35 dager for barn, under 40 dager for voksne og under 30 dager for TSB.</p> <p>Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart i 2021 har vært 70 dager for barn, 58 dager for voksne og 37 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).</p> <p>Nordlandssykehuset har ikke oppnådd styringskravet. Det har vært en stor økning gjennom 2021 i henvisninger til barne- og ungdomspsykiatri (BUP), og siste tre månedene av 2021 økte antall henvisninger til psykisk helsevern voksne.</p> <p>Kilde: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter</p>				

HoD	3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding
-----	---	--	----------------------	---

Totalt for Nordlandssykehuset



I tillegg til de utfordringene som Covid har gitt **Medisinsk klinikk** med sykefravær og karantene, har klinikken hatt fravær i nøkkelstillinger som har påvirket kapasiteten i klinikken. Ventetiden innen fordøyelse er økt betydelig. Det mottas flere henvisninger, blant annet som følge av at privat tilbud i Bodø har opphørt. I tillegg til økt tilfang av henvisninger, er det flere som har – og kommer til – å fratrukke stilling/gå av med pensjon enn vi klarer å erstatte med nye utdannede kandidater på kort sikt. Klinikken har også kapasitetsutfordringer innen lungefaget, og det er tilnærmet umulig å få tak i lungeleger fra vikarbyrå eller få ansatt ferdig utdannet spesialist. Det er iverksatt tiltak for å hindre at utviklingen eskalerer. De siste månedene ser vi en positiv trend.

Andel passert tentativ tid har økt betraktelig i **Kirurgisk klinikk** ved alle fagområder under pandemien. Andelen økte ut over 2021, men avtok noe mot årsskiftet. Bakgrunnen for dette er etterslep fra pandemien og ferieavvikling. Tidskritiske behandlingsforløp blir prioritert. Korrigerende tiltak er iverksatt, i form av blant annet

Årlig melding 2021

forbedret ressurs og arealutnyttelse, kveldspoliklinikk, ambulering, telefonkonsultasjoner og økt kjøp av tjenester fra private aktører gjennom regionale avtaler.

I **Barneklubnikken** er ikke målet nådd. Dette henger sammen med høyt belegg (periodevis 50 % overbelegg) på barnemedisin hvor behandlere er omdisponert til å ivareta pasienter med luftveisinfeksjoner. Det har også vært noe korttidsfravær hos egne ansatte som har medført strykninger på poliklinikken.

Innenfor **Psykisk helsevern og rus** har klubnikken iverksatt flere forbedringsprosjekter innen voksenalpsykiatri og BUP poliklinikker for å bedre kapasitetsutnyttelsen med formål om å redusere ventetid, fristbrudd og andel passert tentativ tid. Oppstart av intensivbehandling i januar 2022 (samarbeid med forsvaret) for PTSD og andre angstlidelser.

HoD	4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

Dette styringskravet er kun innfridd innenfor psykisk helsevern og rus.

Gjennom hele pandemien har det vært utfordrende med langtidspanlegging, fordi lang planleggingshorisont har medført et stort behov for replanlegging, spesielt innenfor somatikk.

Per 1.1.2022 var det 8693 planlagte kontakter på oppmøteliste 6 måneder fremover i tid i **Medisinsk klinikk**. Andel kontakter på oppmøteliste neste 6 måneder i forhold til tentativ tid utgjorde 42 %. Tilsvarende antall per 1. januar 2021 var 7026 planlagte på oppmøteliste og det utgjorde 38 % av pasientkontaktene. Klubnikken arbeider for å øke andelen ytterligere. Den vesentlige årsak til at det er utfordrende å få til en lang planleggingshorisont er spesialistmangel innenfor flere områder. Det jobbes med å få tak i spesialister, samt å se på muligheter for at andre grupper kan ta over deler av ventelistene. Andre tiltak er kveldspoliklinikk, kjøp av tjenester fra private spesialister med avtale, ambulering og økt bruk av telefonkonsultasjoner.

Per 1.1.2022 var det 7567 planlagte kontakter på oppmøteliste 6 måneder fremover i tid i **Kirurgisk klinikk**. Andel kontakter på oppmøteliste neste 6 måneder i forhold til tentativ tid utgjorde 37 %. Tilsvarende antall per 1. januar 2021 var 7751 planlagte på oppmøteliste og det utgjorde 39 % av pasientkontaktene. Pandemien er noe av årsak til manglende måloppnelse. Klubnikken jobber for å øke denne andelen.

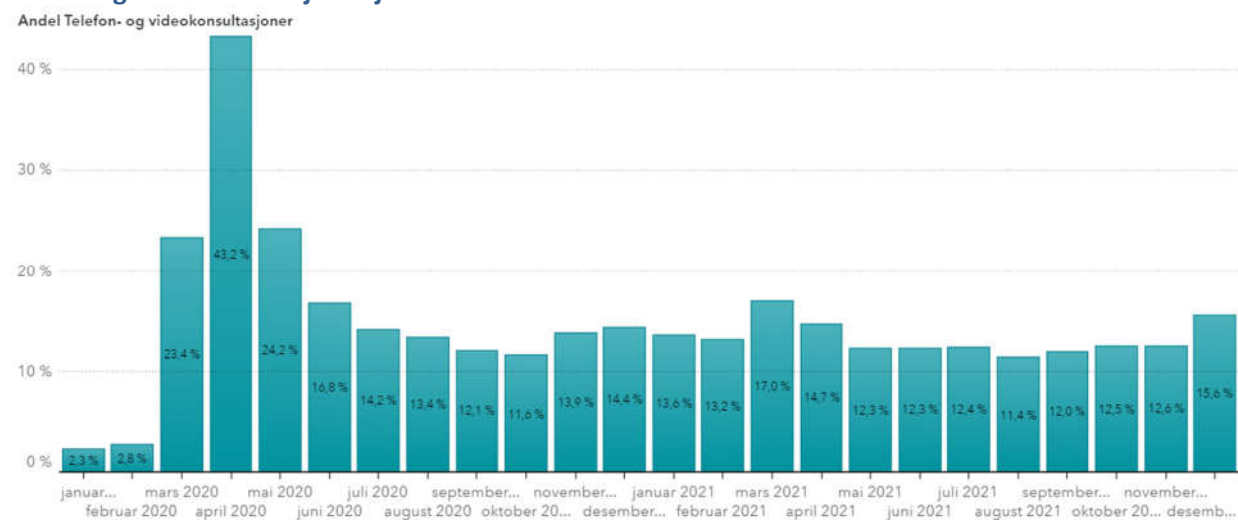
Per 1.1.2022 var det 587 planlagte kontakter på oppmøteliste 6 måneder fremover i tid i **Barneklubnikken**. Andel kontakter på oppmøteliste neste 6 måneder i forhold til tentativ tid utgjorde 31 %. Tilsvarende antall per 1. januar 2021 var 670 planlagte på oppmøteliste og det utgjorde 35 % av pasientkontaktene. Det er gjennomført et forbedringsarbeid som har bidratt til å øke planleggingshorisonten til 3 måneder. Målet er 6 måneder innen 1. april 2022.

Innenfor **psykisk helse og rus** var det per 1.1.2022 4380 planlagte kontakter på oppmøteliste 6 måneder frem i tid. Andel kontakter på oppmøteliste neste 6 måneder i forhold til tentativ tid utgjorde 93 %. Tilsvarende antall per 1. januar 2021 var 4789 planlagte på oppmøteliste og det utgjorde 95 % av pasientkontaktene.

HoD	5	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	----------------------	-----------------------------------

Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) har lagt til rette både med tanke på teknisk løsning og løsning for timesetting av konsultasjoner på video/telefon.

Andel digitale konsultasjoner januar 2020 – desember 2021



Periode	2020	2021
Januar	2,3 %	13,6 %
Februar	2,8 %	13,2 %
Mars	23,4 %	17,0 %
April	43,2 %	14,7 %
Mai	24,2 %	12,3 %
Juni	16,8 %	12,3 %
Juli	14,2 %	12,4 %
August	13,4 %	11,4 %
September	12,1 %	12,0 %
Oktober	11,6 %	12,5 %
November	13,9 %	12,6 %
Desember	14,4 %	15,6 %
Totalt for året	15,0 %	13,4 %

Periode	2020	2021
Barneklubben	12,3 %	15,9 %
Kirurgisk klinikk	4,3 %	5,2 %
Medisinsk klinikk	15,4 %	15,9 %
Psykisk helse og rus	28,9 %	21,3 %

Andel digitale konsultasjoner er økt mellom 2020 og 2021 innenfor somatikk, men redusert innenfor psykisk helsevern og rus.

Medisinsk klinikk har etter pandemiens inntog tatt i bruk telefon- og videokonsultasjoner i mye større utstrekning enn før pandemien. Det er fokus på å videreutvikle dette tilbudet. Medisinsk klinikk har hatt en svært høy økning i det totale antall polikliniske konsultasjoner og poliklinikkrom har periodevis vært en

Årlig melding 2021

begrensende faktor. Vi ser behov for økt kapasitet for kontor/arbeidsplasser der behandler kan sitte for seg selv for å gjennomføre digitale konsultasjoner uten å benytte poliklinikkrom.

Andelen polikliniske konsultasjoner gjennomført over video og telefon i **Kirurgisk klinikk** er økt sammenlignet med 2020. Klinikken jobber videre for å bruke telefon- og videokonsultasjoner der dette er hensiktsmessig.

I **Barneklubben** er det stort fokus på dette og det arbeides med å øke andelen i 2022.

Innenfor **psykisk helsevern og rus** har andelen gjennomførte telefon- og videokonsultasjoner vært høyere enn kravet både i 2020 og 2021, selv om klinikken i 2021 har nedgang sammenlignet med året før.

HoD	6	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	--	-------------------------------	--------------------------------------

Funksjon	Indikator	Endring 20-21
Somatikk	Månedsverk	5,10 %
Psykisk helse og rus	Månedsverk	1,70 %
Somatikk	Økonomi	8,00 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	7,40 %
Somatikk	Konsultasjoner	16,20 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	0,50 %
Somatikk	Ventetid avviklet	-2,60 %
Psykisk helse og rus	Ventetid avviklet	-0,20 %
Somatikk	Ventetid ventende	-1,10 %
Psykisk helse og rus	Ventetid ventende	4,90 %

Det har i 2021 vært vekst i månedsverk, økonomi og konsultasjoner både i somatikk og psykisk helse og rus sammenlignet med 2020. Veksten har vært størst i somatikk og dette har sammenheng med iverksatte tiltak for å ta igjen etterslep i pasientbehandlingen som følge av pandemien. Videre har det økte smittetrykket knyttet til covid-19 og andre luftveisinfeksjoner siste del av 2021 gitt økning i innleggelser og høyt press på analysekapasitet, og dette har bidratt til ytterligere økning i kostnader og månedsverk innenfor somatikk.

Ventetider for avviklede er redusert både innenfor somatikk og psykisk helse og rus. Ventetider for pasienter som fortsatt venter er økt innenfor psykisk helse og rus i 2021, og økningen gjelder psykisk helsevern for voksne. Årsaken til dette er kapasitetsutfordringer. Psykisk helse og rus klinikken har iverksatt tiltak for å øke aktiviteten i poliklinikk ytterligere.

Årlig melding 2021

HoD	7	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) ved alle 3 lokalisasjoner, samt barnehabiliteringen i Vesterålen og Lofoten er organisert i Medisinsk klinikk. Det har vært gjennomført en prosess i klinikken i forhold til gjennomgang av pasientforløp. Det skal gjøres en gjennomgang av ressursbehovet i de lokale habiliteringsteamene i Lofoten og Vesterålen, ettersom henviste saker er blitt stadig mer komplekse med mye adferdsproblematikk og vurderinger av tvang/makt ned i barnealder. Teamene samarbeider med Barnehabiliteringen i Bodø som er organisert i Barneklubben. Det vil være aktuelt med vurdering/gjennomgang av en større samordning med barnehabiliteringen når det gjelder inntak, diagnostikk og behandling/oppfølging i barnesaker. Tilsvarende er det aktuelt med formelle avklaringer mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenestene der målgruppene overlapper hverandre og prioriteringsveilederne er uklare.</p> <p>Habiliteringstjenestene i Medisinsk klinikk ble fra 1.1.2018 styrket med 1 psykiaterressurs i Bodø som også ambulerer til Lofoten og Vesterålen. Videre ble habiliteringstjenestene fra 1.10.2021 styrket med 1 psykologspesialist. Det er utarbeidet kompetanseplaner for alle enheter og det er etablert felles inntaksmøte for Bodø, Lofoten og Vesterålen med spesialistvurdering. Enhetene har samarbeid med kommunene i Nordlandssykehusets nedslagsfelt og gir veiledning til kommunene og bistår i diagnostisering og utredning ved behov. Det samarbeides også via formelle samhandlingsarenaer.</p> <p>I Barneklubben øker ventetidene, og antall fristbrudd er stabilt høyt. Behovet for økte ressurser er vurdert og det er behov for en betydelig styrking av fagressurser til Barnehabilitering. Videre er dagens lokaler vurdert lite egnet til å imøtekomme dagens behov for utredning og behandling. Det er gjort tiltak for å øke antall rom tilgjengelig for barnehabiliteringen i Bodø.</p>				
RHF	8	Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020) . Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding
<p>Anbefalingene fra rapporten Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020) er fulgt opp i Nordlandssykehuset gjennom intern omorganisering av pasientreiseområdet. Fra 1. august 2021 er seksjon for Pasientreiser gitt toppledelsesforankring ved organisering under ny Avdeling for stab, innkjøp og logistikk. Organisering under prehospital klinikk ble vurdert som ett av alternativene. Det ble imidlertid ikke ansett hensiktsmessig da denne klinikken ønsker å ha sitt primære fokus mot den akuttmedisinske kjede, samt også må ha stort fokus på, i samarbeid med kommunene, å foreta lokale gjennomganger av organiseringen mellom sektorene. Dagens organisering under Avdeling for stab, innkjøp og logistikk er vurdert som mest hensiktsmessig ut fra behovet for overordnet styring fra foretaksnivå.</p>				

Årlig melding 2021

RHF	9	Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser: <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset: 50 • Nordlandssykehuset: 150 • UNN: 200 • Finnmarkssykehuset: 50 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Krav om 150 nye behandlingsbeskrivelser for 2021 er nådd.				

RHF	10	Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Målet er ikke nådd og behandlingslinjen er ikke implementert.				

RHF	11	Delta med fagekspertter til metodevurderinger i Nye metoder.	UNN, NLSH	Årlig melding
Nordlandssykehuset har deltatt med fagekspertter til metodevurderinger i Nye metoder i 2021 innenfor lungemedisin. Vi har også fått forespørsel om deltakelse med endokrinolog som vi takket nei til, da vi per tiden ikke har endokrinologer i foretaket. Vi har også takket nei til deltakelse innenfor hud, da vår hudlege i aktuell metodevurdering var inhabil pga. deltakelse i pågående forskningsprosjekt.				

HoD	13	Lede et interregionalt arbeid på vegne av Helse Nord RHF, som skal utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021. I tillegg til ordinær tertialrapportering forutsettes det tett dialog med Helse Nord RHF.	NLSH	Årlig melding
Nordlandssykehuset overleverte rapporten fra arbeidet til Helse Nord RHF innen fristen.				

Sikre god pasient- og brukermedvirkning

RHF	14	Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

I løpet av 2021 har antall erfaringskonsulenter blitt kartlagt mht. klinikktilhørighet, stillingsprosent og stillingsforhold. I samarbeid mellom Kompetansetjenesten for arbeid og psykisk helse, Fagavdelingen og personvernombud har det blitt sendt ut en spørreundersøkelse til ledere med ansatte erfaringskonsulenter og erfaringskonsulentene selv. Innspill til arbeidet og spørreundersøkelsen har blitt lagt fram og drøftet i brukerutvalg og ungdomsråd. Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsene skal gjennomgås og eventuelle tiltak igangsettes i løpet av våren 2022.

RHF	15	Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

Det ble satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra ungdomsråd, klinikk og Lærings- og mestringssenteret (LMS). Arbeidsgruppen har utarbeidet et diagnose-uavhengig lærings- og mestringkurs for ungdom. Kurset skal gjennomføres i Bodø høsten 2022. Kurset arrangeres som et regionalt kurs for ungdom i Helse Nord. Kurset vil bli gjennomført i samarbeid med de andre ungdomsråd i Helse Nord.

RHF	16	Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefellesskapene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	-----------------------------

I vedtektene til Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten har man sikret brukerrepresentasjon i alle tre nivåer i fellesskapet ved å beskrive brukerrepresentasjonen i både vedtekter, partnerskaps erklæring og partnerskapets handlingsplan.

I det øverste nivået i Helsefellesskapet, partnerskapsmøtet, deltar brukerorganisasjoner som observatører med talerett. I Helsefellesskapets andre nivå, strategisk samarbeidsutvalg (SSU), er det møter 4-6 ganger i året. Foretakets brukerutvalg har oppnevnt representant som møter med talerett på alle møtene. Innspill til etableringen av Helsefellesskapet har vært drøftet både i foretakets brukerutvalg og ungdomsråd. Brukerrepresentasjon ved deltakelse i programkomiteen for Helsefellesskapet, og strategisk samarbeidsutvalg for helsefellesskap. Handlingsplan og vedtekter skal sikre at brukermedvirkning vektlegges i alle forløpsarbeid.

RHF	17	Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til « Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon ».	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Pasientreiser i Nordlandssykehuset har vært aktiv bidragsyter i de nasjonale prosjekt hvor dette har vært etterspurt. Spesielt «Prosjekt samkjøring» har krevd et betydelig bidrag over mange år, men dette prosjektet ble avsluttet av styret i Pasientreiser HF før årsskiftet uten at det kom til en ferdig utviklet løsning.

Årlig melding 2021

RHF	18	Tilsette en Samvalgs-koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.	FIN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-----------------	-----------------------------

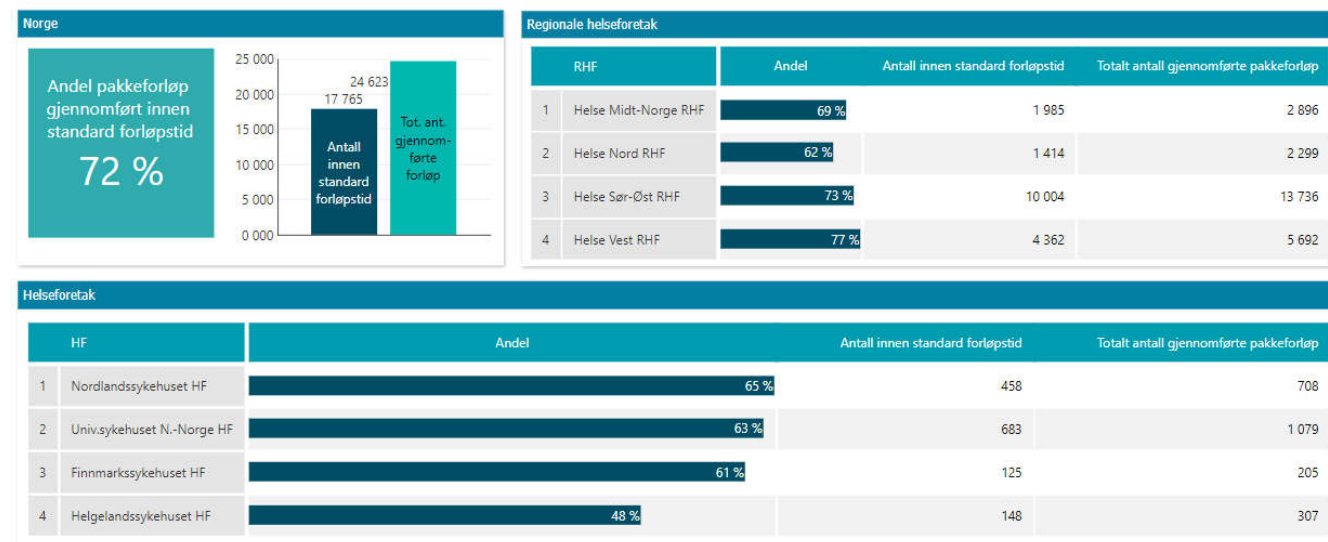
Stillingen har blitt plassert i Fagavdelingen, under seksjon for helsekompetanse og brukermedvirkning. 100 % stilling ble lyst ut i 2021. Begge innstilte søkere takket nei til stillingen da vi ikke kunne imøtekomme deres lønnskrav. Stillingen ble lyst ut på nytt januar 2022, og målet er å få stillingen besatt i løpet av tidlig vår 2022.

Somatikk

HoD	20	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	--	----------------------	-----------------------------------

Andel kreftpasienter inkludert i pakkeforløp i 2021 var 77%.

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid i 2021 var 65% og er under styringskravet. Nasjonalt var andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid 72%.



Andel gjennomførte pakkeforløp innenfor for de fire pakkeforløpene med flest pasienter

- Brystkreft 88%
- Lungekreft 68%
- Prostatakreft 44%
- Tykk- og endetarmskreft 42%

Av kjente flaskehalsar kan nevnes:

- Forlenget ventetid på PET-ct undersøkelser.
- Noe ventetid på immunanalyser på biopsier.
- Utredning tar lengre tid, behov for nye biopsier for sikker diagnose.
- MDT-møte er 1 gang per uke, hyppigere møtet vil øke ressursbehov for de ulike deltagerne.
- Ventetid MR.

Det er ansatt ny kreftkoordinator i Medisinsk klinikk som organisatorisk er plassert nært pasientbehandling og drift. Dette for å få et sterkere fokus på pakkeforløp og oppfølging av disse.

Årlig melding 2021

I 2021 fikk 86 pasienter fra Nordlandssykehusets nedslagsfelt kirurgisk behandling for tykk- og endetarmskreft, samt 57 pasienter fra Helgelandssykehuset. Økning i antall pasienter har blant annet ført til økt ventetid til operasjon for pasienter i pakkeforløpet. Høst 2021 ble operasjonskapasitet til denne pasientgruppen økt ved at annen kirurgisk aktivitet ble forskjøvet. Gjennom høsten 2021 har ca 1/3 av intensivkapasitet vært benyttet til covid-pasienter, noe som har påvirket operasjonskapasiteten som følge av begrensninger i postoperativ intensivkapasitet i større grad enn tidligere år.

Kilde: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/71613538-62de-4ab2-8409-8638fc6c25db?e=false&vo=viewonly>

HoD	21	Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Det er opprettet et eget Lokalt tverrfaglig palliasjonsteam i Barneklubben. Foretaket har mottatt innovasjonsmidler som gjør det mulig å frikjøpe sykepleier. Siste år er det flere pasienter hvor det palliative teamet har vært involvert.</p> <p>Det regionale teamet er per i dag ikke opprettet. Det er nedsatt en arbeidsgruppe i Helse Nord hvor avdelingsoverlege ved Barneavdelingen er representant fra Nordlandssykehuset. Finnmarksykehuset og kommunehelsetjenesten er også representert i tillegg til UNN. Det jobbes med å svare på mandatet som sier at «det skal lages et regional barnepalliativt team i Helse Nord». Arbeidsgruppa vil anbefale at vi organiserer dette på samme måte som Helse Vest har valgt å gjøre det, som et regionalt fagnettverk med representanter fra de 3 lokale barnepalliative teamene (Hammerfest, Tromsø og Bodø).</p>				
HoD	22	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>På sykepleiersiden har klinikken etablert et samarbeid med Amatheia som tilbyr ettersamtale for de som ikke ønsker oppfølging på sykehuset. Sykepleierne på poliklinikken formidler behov for oppfølging til legene. De som gjennomfører abort får tilbud om å ta kontakt med ved behov.</p>				
HoD	23	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Kirurgisk klinikk har ikke blitt kontaktet av Helse Nord RHF som skal lede dette arbeidet. Klinikken har allerede etablert kontaktformidling for leppe/kjeve/ganespalte og for barn født med Downs syndrom. Avventer innspill fra Helse Nord om aktuelle diagnoser for det videre arbeidet.</p>				

Årlig melding 2021

HoD	24	<p>Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. • Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<ul style="list-style-type: none"> • Nordlandssykehuset har startet opplæring av fagpersonell inne ultralyd som ledd i fosterdiagnostikk for å sikre dette tilbudet • NIPT er innført i helseforetaket • Nordlandssykehuset har fått midlertidig godkjenning fra Helsedirektoratet for å drive fosterdiagnostikk • Foretaket forventes sertifisert for fosterdiagnostikk per 1. mars 2022 • Det er mangel på utstyr for å dekke behovet ved flere av avdelingene i Nordlandssykehuset • Det er mangel på lokaler for dekking av behovet på flere av avdelingene i Nordlandssykehuset • Det mangler digitale verktøy for innmelding av fosterdiagnostikk ved alle avdelinger i foretaket 				
RHF	25	Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Kirurgisk klinikk har ansatt traumekoordinator i 50 % fast stilling som vil jobbe systematisk med oppfølging av foretakets traumearbeid slik at foretaket oppfyller de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.				
RHF	26	Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Det er tilsatt tarmscreeningskoordinator i 20% stilling.				
RHF	28	I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.	NLSH	2. tertial og Årlig melding
Grunnet covid-19 ble det avlyst ett kurs i hemostatisk nødkirurgi i 2020. I 2021 ble det gjennomført 4 kurs.				

Årlig melding 2021

RHF	29	Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.	NLSH	2. tertial og Årlig melding
Tiltaket er implementert fra 01.01.22. Barnelege ambulerer til Barnehuset i Mosjøen etter behov/forespørsel, anslagsvis 8-10 ganger pr år. Barnehuset sørger for at det er tilgjengelig lokal sykepleier ved undersøkelsene i Mosjøen.				

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

HoD	30	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Rapport er foreløpig ikke tilgjengelig i Arena. Det er tilsatt egne forløpskoordinatorer for poliklinikker i voksenpsykiatri. Forbedringsprosjekter er igangsatt 2021/2022 knyttet til pasientforløp BUP og voksenpsykiatriske poliklinikker.				

HoD	31	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Rapport er foreløpig ikke tilgjengelig i Arena. Det er tilsatt egne forløpskoordinatorer for poliklinikker voksenpsykiatri. Forbedringsprosjekter igangsatt knyttet til pasientforløp BUP og voksenpsykiatriske poliklinikker.				

HoD	32	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Rapport er foreløpig ikke tilgjengelig i Arena. Det er tilsatt egne forløpskoordinatorer for poliklinikker voksenpsykiatri. Forbedringsprosjekter igangsatt knyttet til pasientforløp inkludert sikre behandlingsplaner poliklinikker BUP og voksenpsykiatriske poliklinikker.				

HoD	33	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Krav oppnådd, fokus i månedlige oppfølgingsmøter og rapporter til alle avdelingene vedrørende måloppnåelse per enhet og avdeling: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2020: 61,2 % ✓ 2021: 61,3 % 				

HoD	34	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Krav oppnådd: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2020: 79 ✓ 2021: 77 				

Årlig melding 2021

HoD	35	Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Nordlandssykehuset har ikke mottatt oppdrag.				

HoD	36	Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
To behandlere er oppnevnt og har deltatt i første møte i fagnettverk (BUPA og voksenpsykiatri).				

HoD	37	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
TSB og PHV har 40 % stedlig tjeneste per uke i Bodø fengsel, det er avholdt samarbeidsmøter med kriminalomsorgen ultimo 2021 og januar 2022, det siste også sammen med fengselshelsetjenesten fra Bodø kommune. God kapasitet med hensyn til håndtering av henvisninger, utredning og behandling fra fengselslege for både psykiatri og TSB for innsatte i fengselet. Planlagt for mer veiledning av fengselshelsetjeneste, og det planlegges og legges til rette for mer veiledning av kriminalomsorgen.				

HoD	38	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Foretaket har ikke mottatt oppdrag. Invitasjon til en konferanse i januar 2022 foreligger, og psykisk helse og rus klinikken har deltager påmeldt.				

HoD	39	I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Det er 3-4 ressurspersoner i BUPA, som også har fått kompetanseheving på feltet via kurs fra nasjonalt nettverk.				

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

RHF	41	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Antall samarbeidsavtaler. • Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Det har vært utfordrende å få disse avtalene på plass, og på grunn av pandemi og har puring på manglende avtaler ikke vært prioritert. Nordlandssykehuset vil prioritere dette arbeidet i 2022 og skriftlig melde tilbake til helse Nord RHF der vi har utfordring med å få avtale på plass.</p> <p>Vi har for tiden kun avtale med 2 avtalespesialister og er i prosess med ytterligere 4 avtaler.</p>				

RHF	42	Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Det har vært utfordrende å få avtale på plass. Det er planlagt samarbeidsmøte med Aleris helse og Aleris røntgen sammen med Helse nord RHF februar 2022.</p>				

Kvalitet i pasientbehandlingen

FTP	43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten , samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset har flere områder hvor det jobbes godt med meldekultur. I klinikkene blir uønskede hendelser og avvik diskutert i KVAM-møter, gruppemøter, ledermøter og personalmøter. I faglige fora som for eksempel regional pasientsikkerhetskonferanse, deles kunnskap og kompetanse og vi har erfaringer fra pandemiperioden som har vist at digitale plattformer gir nye muligheter for å møtes og utveksle erfaringer.</p> <p>Tilbakemelding fra klinikker og staber tyder på at ansatte melder avvik og uønskede hendelser slik de skal, og vi ser at det er tilstrekkelig meldte hendelser som brukes i forbedringsarbeid, inkludert læring på enhet og i foretak. Det er et forbedringspotensial knyttet til å spre kunnskap og læring internt i klinikkene og i foretaket på bakgrunn av hendelser samt å holde saksbehandlingstiden tilstrekkelig god.</p> <p>For å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser ytterligere i foretaket er det flere områder det vil jobbes videre med, blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tilbakemelding på meldte hendelser</u> Saksbehandling og oppfølging av meldte hendelser må i sum sikre at melder får rask og god tilbakemelding. Fokus skal ikke bare være å få inn meldinger, men også hvordan en jobber med og gir tilbakemelding på meldte hendelser. Ansatte skal oppleve det som meningsfullt å melde avvik slik at de den enkelte melder ser effekten av meldte hendelser. • <u>Hendelsesanalyse / -gjennomgang</u> Gjennomføres i henhold til strukturert metode for de mest alvorlig hendelsen (§3-3a). 				

Årlig melding 2021

- Forbedringsarbeid som del av lederrollen
Lederen må ha tilstrekkelig kompetanse og tid til å utøve den del av lederrollen som er knyttet til behandling av uønskede hendelser.
- Standardisering rundt kommunikasjon og konsultasjon
Flere klinikker har etablert egne aktiviteter knyttet til oppfølging av uønskede hendelser og avvik. Dette kan utvikles for hele foretaket.
- Anskaffelse kvalitetssystem
Pågående arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem. De krav som settes til ny løsning har fokus både på å forbedre brukerfunksjonaliteten for hvordan avvik meldes samt hvordan saksbehandling og oppfølging gjøres.

Rapportering på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjøres to ganger årlig til styret, sist i styresak «2021-023 - Kvalitetsstyringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 3-2020».

RHF	44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Dette har vært tema både i fagsjefmøte og regional legemiddelkomite, men så langt er ikke Nordlandssykehuset kontaktet av UNN HF i forhold til dette arbeidet.</p>				

RHF	45	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Styret ved Nordlandssykehuset HF er informert om status på de tolv varsler fra 2021 om alvorlige hendelser som er sendt Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten, jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.</p>				

HoD	46	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Det har vært nedgang i forbruk av bredspektret antibiotika ved alle tre lokasjonene i Medisinsk klinikk. Lofoten har siden 2013 hatt nedgang på 8 % og siden 2019 på hele 32 %. Vesterålen har siden 2013 hatt en nedgang på bredspektret antibiotika på 53 %. I Bodø har nevrologi/reumatologi hatt en nedgang siden 2013 på 58 %, Hjerter/OVA 22 %, nyre/gastro har en nedgang fra 2013 på 13 % og 23 % siden 2019. Lunge /hem har økning på 8 % siden 2013, men nedgang på 17 % siden 2019. Det har vært gjennomført internkontroller ved to avdelinger i klinikken rundt tematikken. Det har vist seg å ha positive effekter på kunnskapen og fokus, på bruk av bredspektret antibiotika.</p> <p>I 2020 var forbruk av bredspektret antibiotika i Kirurgisk klinikk redusert med 23 % siste året og 40 % siden 2013 i Lofoten. I Vesterålen er det redusert med 21 %, mens sengepostene i Bodø har henholdsvis 4 %, 36 % og 3 % reduksjon siden 2013. Sistnevnte har imidlertid hatt hele 25 % reduksjon siden 2019. For intensivheten er forbruket redusert med 5 % siden 2013, men med 12 % siste året (Kilde Antibiotikaforbruksrapport 2020). Rapport for 2021 foreligger ikke pr. nå.</p>				

Årlig melding 2021

Kirurgisk klinikk jobber med reduksjon av antibiotika i alle fagmiljø. I første kvartal har alle lokasjoner egne LIS-leger som følger opp arbeidet systematisk sammen med A-teamet. Det har vært undervisning med farmasøyt og egne LIS-leger, samt gjennomgang av resultat i ulike fagmiljø.

På nyfødtintensiv i **Barneklubnikken** brukes veldig lite bredspektret antibiotika. Standard infeksjonsbehandling er penicillin og gentamicin, mer bredspektret kun på klar indikasjon. For nyfødte fra gestasjonsalder 34 uker er antibiotika bruken redusert fra 3,2 % i 2019 til 1,5 % i 2021. I denne perioden har vi vært med på en multisenterstudie med formål å redusere antibiotikabruken ved hjelp av hyppige kliniske observasjoner (timesobs). Barnemedisin har generelt fokus på å ikke starte bredspektret antibiotika uten god grunn. Målet er i størst mulig grad følge aktuelle behandlingsveiledere.

HoD	47	Ingen korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Medisinsk klinikk har 4 sengeposter + OVA (6 senger) i Bodø og medisinsk sengepost i Vesterålen og i Lofoten. Belegget ved sengepostene er noe varierende over året, men har gjennom 2021 vært relativt høyt for flere sengeposter. Sengepost A6 - nevro/revmatologi – har hatt veldig varierende beleggprosent. Beleggprosenten i Vesterålen har ligget svært høyt gjennom høsten 2021, mens Lofoten tidvis har hatt lav beleggprosent. Sengepostene har høy grad av akuttinnleggelse og det gjør det utfordrende å unngå korridorpasienter. I tillegg har drift av Covid-senger i medisinsk klinikk påvirket sengekapasiteten. Det er etablert tilnærmet daglige sengepostmøter i klubnikken i Bodø med gjennomgang av pasientbelegg og mulighet for å avhjelpe med senger eller personell etter behov. Det er også etablert et godt samarbeid med akuttmottak, observasjonsenheten og med kirurgiske sengeposter. Dette slik at den totale kapasiteten kan ses på ved overbelegg og stort press på sengepostene. Tilsvarende gjelder Vesterålen der en fortløpende vurderer mest hensiktsmessige tiltak for å avhjelpe en presset situasjon.</p> <p>Kirurgisk klinikk hadde totalt 60 korridorpasienter i 2021, fordelt på alle lokasjoner. Klubnikken hadde flest korridorpasienter først halvdel av 2021. Klubnikken jobber for å unngå at pasienter må ligge på korridoren.</p> <p>Barneklubnikken har kun unntaksvis korridorpasient. Høsten 2021 har det vært dager med opptil 50 % overbelegg og dette har medført enkelte dager med registrert korridorpasient.</p>				

HoD	48	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Med noen få unntak for enkelte avdelinger noen måneder oppfyller Medisinsk klinikk målet med at minst 70 % av epikrisene er sent innen fristen.</p> <p>Pandemien og høyt sykefravær er noe av årsak til manglende måloppnåelse i Kirurgisk klinikk. Klubnikken jobber for å øke andelen epikriser inne 1 dag.</p> <p>I Barneklubnikken er målet er nådd. Det har vært stort fokus på epikrise sendt etter 1. dag, gjennomsnitt ligger på >83 % for 2021.</p>				

Årlig melding 2021

RHF	49	Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) ved Avdeling for Klinisk IKT har fått ansvaret for deltakelsen i dette arbeidet. De skal koordinere dette mot fagsykepleiere/ledere ute i klinikkene avhengig av hvilke planer det jobbes med. I tillegg skal arbeidet forankres hos fagdirektør og viseadministrerende direktør.				

Kvalitetsutvikling

RHF	50	Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.	Alle	Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset startet opp arbeidet med revisjon av strategisk utviklingsplan ved årsskiftet. Vi har gjennomført et arbeid i klinikkene og stabene og kartlagt hvilke områder som ville være aktuelle satsningsområder gitt nåsituasjonen og de utfordringene foretaket står ovenfor. Resultatet av arbeidet diskutert i direktørens ledergruppe i flere omganger, og deretter drøftet i styret, før reviderte strategiske satsningsområder med tilhørende målsetninger ble vedtatt av styret i juni 2021. Gjennom høsten ble det nedsatt tverrfaglige arbeidsgrupper som har jobbet fram forslag til definisjoner, forutsetninger og prioriterte områder med tiltak for hvert av satsningsområdene. Parallelt har det pågått arbeid med å revidere grunnmuren. Det som gjenstår er å sette innholdet fra de ulike arbeidene sammen og i kontekst med framskrivninger og demografisk utvikling. I tillegg må forslag til utkast diskuteres i ulike fora internt i foretaket, inkludert brukerutvalg og blant tillitsvalgte og vernetjeneste, før det gjennomføres en ekstern høring og drøfting i styret. Målet er at styret skal vedta planen i løpet av våren 2022, selv om arbeidet har blitt forsinket på grunn av pandemisituasjonen. Rullering av strategisk utviklingsplan har så langt vært behandlet i følgende styresaker: styresak 100-2020, styresak 025-2021 og styresak 061-2021, hvor satsningsområdene ble vedtatt.</p>				

RHF	52	Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.	UNN, NLSH	Årlig melding
Noen av registrene har fungert som piloter for det pågående metadataprojektet, samt at det i løpet av våren skal ses på det som kalles innsynsløsningen (tilgjengeliggjøring av data registrene har om hver person inne på helsenorge.no). Her ligger det noen forsinkelser på grunn av stor arbeidsmengde hos Helse Nord IKT.				

Pasientsikkerhet

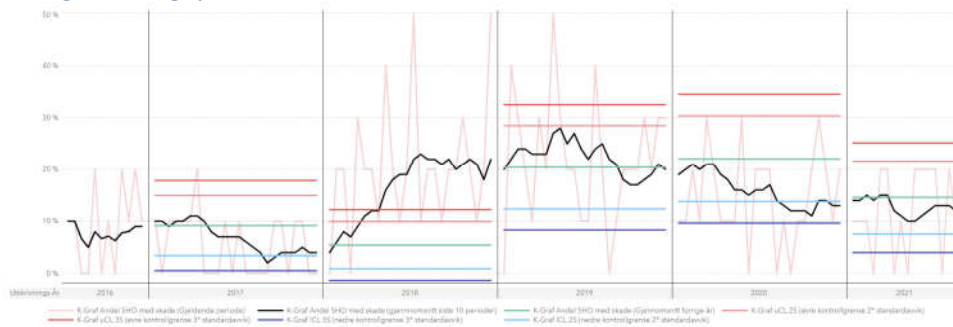
HoD	55	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>GTT-resultatene for 2021 vil ikke foreligge før nærmere sommeren 2022 da granskingen skjer i ettertid. Medisinsk klinikk har 2 GTT-team i Bodø - Medisinsk GTT-team og Nevro/revma GTT-team - og inngår i felles GTT-team for Lofoten og felles GTT-team i Vesterålen.</p> <p>Andelen innleggelser med minst en pasientskade for medisinske fag utgjorde 20 % i 2019 og 21 % for 2020. Andelen opphold som ble gransket utgjorde 7 %. Andel innleggelser med minst en pasientskade for nevrologi/revmatologi utgjorde 6 % for 2020. Andelen opphold som ble gransket utgjorde 19 %. Hyppigste skadetype oppdaget av begge teamene var legemiddelrelaterte skader.</p>				

Det er lagt til rette for økt ledelsesfokus på GTT-resultatene gjennom møter med klinikkledelsen og Fagavdelingen. Gjennomgang av resultater og fokusområder etterspørres også på KVAM-møter.

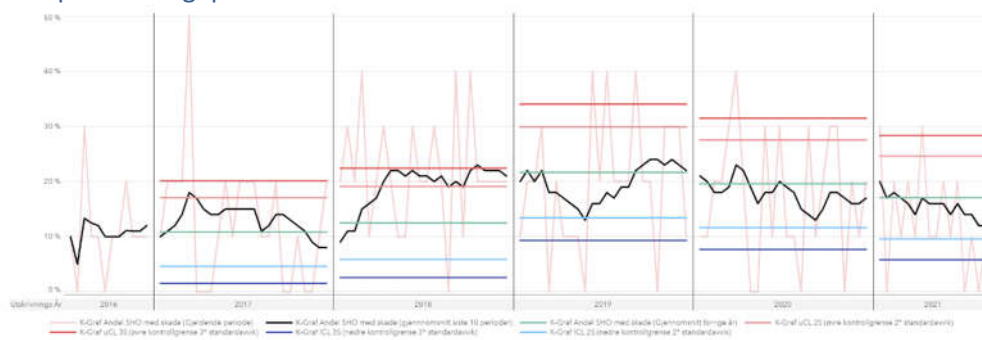
Kirurgisk klinikk har tre GTT-team i Bodø og deltar med granskere for teamene i Lofoten og Vesterålen. For å få bedre oversikt og eierskap til GTT-resultatene har klinikken gitt tilgang til rapporten i virksomhetsportalen for alle enhet- og avdelingsledere, avdelings- og seksjonsoverleger.

Gjennomsnittresultatet for 2020 var på 13 % for foretaket, og utviklingen i skader for teamene er som følger:

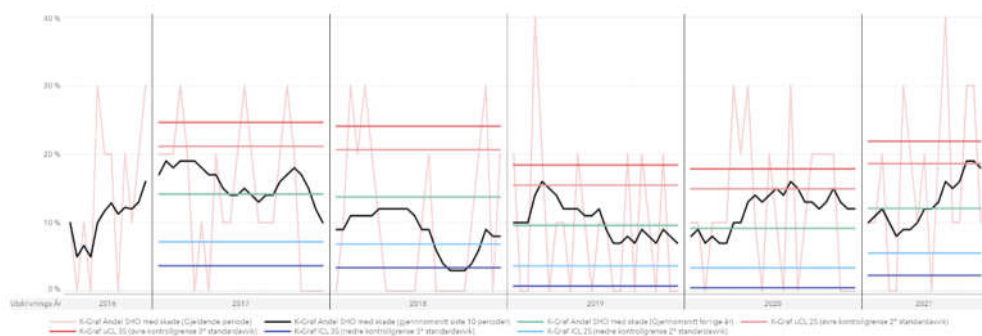
Kirurgiske sengeposter i Bodø



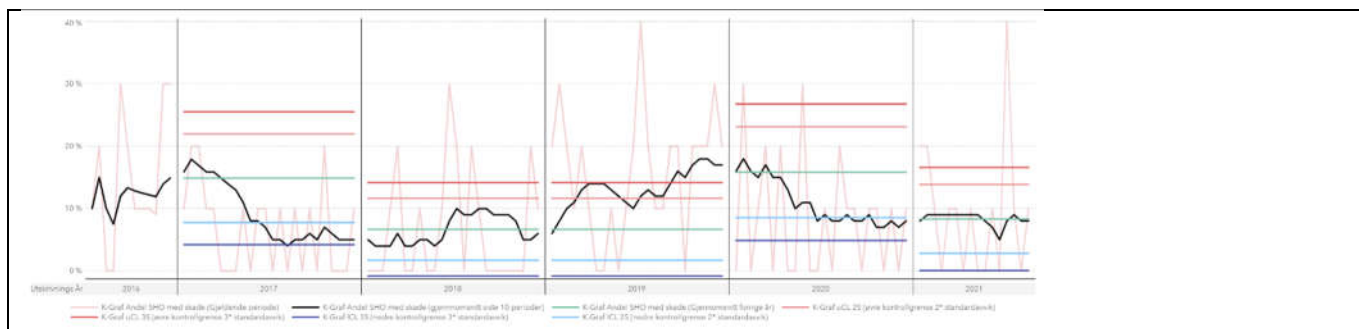
Ortopedisk sengepost



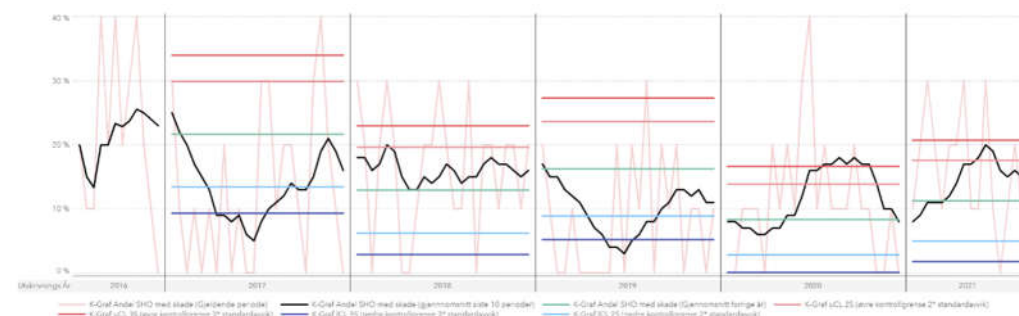
Kvinneklinikken



Lofoten



Vesterålen



GTT-resultatene og andre lokale indikatorer diskuteres blant annet i relevante avdelingsvise KVAM-møter. De siste årene har sengepostene i Bodø hatt fokus på tiltakspakkene fall, ernæring, NEWS og utskriftssamtaler. Etter gjennomgang av GTT-resultatene høsten 2020 ble det rettet fokus mot UVI og trykksår igjen. Som følge av funn av GTT-teamet besluttet også KVAM for avdeling Vesterålen i 2020 å fokusere på trykksår. Resultatene for disse områdene var høyere i 2019-2020 enn i 2021, men det vil ta noen år for å avgjøre om forbedringen er statistisk og varig.

Smittevern

HoD	56	I samarbeid med Norsk Helsenet legges til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding
Foretaket har tatt i bruk «En vei inn» for melding om alvorlige uønskede hendelser. For melding om bivirkning er det tatt i bruk funksjon i DIPS som forenkler melding av bivirkninger til melde.no				

Klima- og miljøtiltak

RHF	57	Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN HF skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Alle	Årlig melding
Nordlandssykehuset HF har bidratt i den regionale arbeidsgruppen som har jobbet med planlegging og implementering av felles ledelsessystem for miljø. Foretaket har bidratt med ressurser siden oppstart i februar 2021.				
I tillegg til arbeidet med etablering av miljøstyringssystem har arbeidsgruppen vært tilrettelegger for arbeidet med å etablere Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030. Arbeidet med delstrategien medførte at tidspunktet for etablering har blitt forsinket.				
Nordlandssykehuset HF tilsluttet seg utkastet til delstrategien i oktober (styresak 090-2021). Delstrategien ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF 16.12.21.				

Ved inngangen til 2022 er status at strukturer, informerte dokumenter, informasjons og opplæringsmaterieill er utarbeidet. Disse skal gjennomgås av den regionale klima og miljøgruppa i Helse Nord i januar og februar 2022. Etter dette blir styringssystemet forelagt i en felles ledermøtesak for alle foretakene.

Beredskap

FTP	58	Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Foretaksovergripende planverk for pandemihåndtering og katastrofeledelse under pandemi er videreutviklet og samlet kontinuitetsplan for pandemi er utarbeidet og gjort tilgjengelig i Docmap. Arbeidsflater i HelseCIM er utarbeidet for å lette arbeidet med rapportering og katastrofeledelsens arbeid.

NLSH har i 2021 etablert beredskapsplanverk for IKT og CBRNE.

Beredskapsplan pandemi Nordlandssykehuset HF



FTP	61	Bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.	UNN, NLSH	Årlig melding
-----	----	--	-----------	---------------

NLSH har etablert planleggingsgruppe for gjennomføring av Nasjonal helseøvelse/Arctic Reihn 2022. Det arbeides med å utvikle foretakets øvingsordre, CBRNE-planverk er utgitt og det gjennomføres kompetanseheving på alle nivåer i foretaket. NLSH deltar i overordnet planlegging av øvelsen gjennom planleggingskonferanser i samarbeid med Helse Nord RHF. NLSH samarbeider med aktørene i Totalforsvaret om øvingsplanlegging, kompetansebygging og samkjøring av CBRNE-planverk.

Samhandling med primærhelsetjenesten

RHF	63	Etablere helsefellesskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten er etablert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nordlandssykehuset slutter seg til konsensus om Vestfjorderklæringen, helsefellesskapets vedtekter, handlingsplan og oppnevning av strategisk samarbeidsutvalg slik det kommer fram i partnerskapsmøtets protokoll. Nordlandssykehusets del av felles sekretariat er på plass. Aktiv forberedelse av saker til SSU, inkludert forslag til faglige samarbeidsutvalg (FSU). Nordlandssykehuset deltar aktivt i det nasjonale nettverket for helsefellesskap. <p>Målet om å etablere helsefellesskap med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS er nådd.</p>				

RHF	64	Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>I etablering av Helsefellesskapsmodellen for samhandling med primærhelsetjenesten i september 2021 ble det vedtatt en handlingsplan for å ivareta oppdraget om de fire sårbare gruppene i NSHP 2020-2023. I handlingsplanen har Helsefellesskapet skapt konsensus rundt å videreføre tidligere pilot innenfor barn og unges helsetjeneste.</p> <p>Helsefellesskapets forutsetning om kommunalt til bidrag til likeverdig saksbehandling gjennom samarbeidende sekretariat ble ikke innfridd i 2021. Drøftinger rundt etablering av faglige samarbeidsutvalg (FSU) for de øvrige gruppene vil være tema for strategisk samarbeidsutvalg (SSU).</p>				

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

FTP	65	Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd Regional handlingsplan for koronapandemi .	Alle	Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset har gjennomført flere tiltak på foretaksnivå for å oppfylle dette kravet i 2021. De viktigste tiltakene er gjort på enhetene i våre klinikker, senter og staber, ut fra de ulike behov for tilrettelegging og ivaretagelse våre ansatte har.</p> <p>Erfaringen gjennom koronapandemien har vist oss hvor viktig ivaretagelse av vårt personell er. Dette er bakgrunnen for at Medarbeideren ble valgt som ett av fire nye strategiske satsingsområder i neste 4-årsperiode i vår Strategiske utviklingsplan. Gjennom 2021 har en bredt sammensatt arbeidsgruppe jobbet fram et forslag som nå skal styrebehandles, og der flere tiltak som er rettet mot våre ansatte, deres arbeidsmiljø og arbeidshverdag er foreslått.</p> <p>I tillegg til dette har det vært arbeidet med arbeidsmiljø på foretaksnivå på flere områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomført piloter i prosjektet «Der skoen trykker» Hatt fokus på IA og sykefraværarbeid, 2 rådgivere har bistått ledere i oppfølgingen ved behov 				

Årlig melding 2021

- Tilbudt støttesamtaler til ledere og annet personell som har hatt behov for dette
- Kollegaveiledning
- Gjennomført risikovurderinger som følge av pandemien
- Gjennomført tiltaksarbeid etter Forbedringsundersøkelsen i henhold til ordinære rutiner
- Prioritert å gjennomføre HMS grunnopplæring
- Omfattende opplæring innenfor smittevern
- Egne dialogmøter mellom direktør og tillitsvalgtapparat/vernetjeneste på foretaksnivå for å sikre god informasjon og dialog rundt problemstillinger knyttet til pandemi

I perioden der Regional koordineringsgruppe for ivaretagelse av eget personell var operativ deltok Nordlandssykehuset inn i denne.

Tilstrekkelig kvalifisert personell

RHF	66	Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.	Alle	Årlig melding
		<p>Inkluderingsdugnaden har som mål at fem prosent av alle nyansatte i staten skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en. Nordlandssykehuset har laget handlingsplan, og Inkluderingsdugnaden er kommunisert ut så langt som mulig med tanke på pandemi og smittevern. Saken har vært behandlet i AMU og i styret ved Nordlandssykehuset. Videre var saken til behandling i direktørens ledergruppe 29.6.2021. Ledergruppa ved direktøren ønsker at NLSH deltar i Inkluderingsprogrammet for spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Arbeidsgruppen håper snarlig å få avklart med klinikk/enhet om hvem som kan starte ut med Inkluderingsprogrammet. Arbeidsgruppen består av tillitsvalgte, HVO, 2 enhetsledere og HR. Det er gjennomført et møte. Vårt hovedfokus nå er å få godkjent en pilotenhet som kan utlyse og ansette en eller flere med helsefaglig bakgrunn i traineestillinger som er ordinære midlertidige stillinger. Vi har som mål å starte med en klinikk som har rekrutteringsutfordringer. Det er tilbakemeldt interesse for å kunne ansette i traineestillinger.</p> <p>Vi har videre gjort flere erfaringer i vår og sommer med å ta inn personer for arbeidsutprøving, og vi har nettopp ansatt to i midlertidig stilling for inntil et år der Nav gir oss lønnstilskudd i hele perioden. Metodikken fra Inkluderende rekruttering er under implementering i rekrutteringsrutiner i Nordlandssykehuset. I utlysningstekster inneholder oppfordring til søkere med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en om å søke. Rekrutteringsprosessen er mer systematisert, slik at faren for diskriminering er redusert. Foretaket har et godt og strukturert samarbeid med NAV.</p> <p>Det tverregionale elæringskurset om inkluderende rekruttering for ledere, rekrutteringsansvarlige og tillitsvalgte er tilgjengeliggjort og bidrar til økt kompetanse om inkluderende rekrutteringsprosess og bedre kjennskap til muligheter for samarbeid med NAV. Tilpasset opplæring tas inn i foretakets lederprogram. Foretaket ferdigstiller også en retningslinje som skal sikre likestilling og hindre diskriminering.</p> <p>Foretaket har rapportert på status innen 1.april 2021 og januar 2022.</p>		

RHF	67	Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Alle	Årlig melding
		<p>Fagavdelingen ved Seksjon for kunnskapsbygging tar del i utarbeidelse av PUK-strategien i Helse Nord knyttet til delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling. Initiativet til innspill fra Helse Nord i forbindelse med strategiarbeidet er gjort via Regionalt fagnettverket for utdanning og kompetanse (ledet pr. tiden av NLSH). Det er avholdt 2 digitale møter mellom Helse Nord og fagnettverket. Delstrategi for personell er rettet mot HR, men det var ikke tatt kontakt for ytterligere samarbeid i 2021.</p>		

Årlig melding 2021

FTP	69	Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Nordlandssykehuset har gjennom pandemien fortløpende vurdert beredskaps- og kontinuitetsplaner i lys av framskrivninger og nye scenarier fra FHI om utviklingen. Disse planene ble sist oppdatert gjennom desember 2021 med utgangspunkt i ny kunnskap knyttet til omikron-varianten. Nordlandssykehuset har per tiden en oppdatert beredskapsplan både på overordnet nivå og per klinikk og stab. I tillegg har klinikkene oppdatert sine kontinuitetsplaner og vi har identifisert klinisk personell i stabene som skal inkluderes i bemanningsplanen i klinikkene ved rødt beredskapsnivå. Tilsvarende har vi identifisert pensjonister som nylig er sluttet eller har ekstravaktavtaler med Nordlandssykehuset, som er aktuelle å engasjerer gitt opptrapping til rødt beredskapsnivå.

RHF	70	<p>Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger (leger i spesialisering i allmennmedisin).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene. • Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1.august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall. • Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering og ledes av UNN HF. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	---------------

Nordlandssykehuset har deltatt i den regionale arbeidsgruppen knyttet til ALIS ved LIS HR koordinator, hvor en regional opptrappingsplan er foreslått. Det er fortsatt uklart for Nordlandssykehuset hvordan denne opptrappingsplanen skal finansieres, da finansiering har vært utelatt fra diskusjonene i den regionale arbeidsgruppen. I påvente av avklaringer knyttet til finansiering tilhørende tempo i opptrappingen, har Nordlandssykehuset gjennom overordnet utdanningsutvalg identifisert hvilke klinikker og fagområder hvor det vil være naturlig og hensiktsmessig at ALIS gjennomfører spesialiseringsperioden sin. Det er også utpekt kontaktpersoner i hver klinikk. Akkurat i disse dager legges det ut informasjon på våre nettsider om hvordan ALIS med behov for spesialisering i Nordlandssykehuset skal gå fram for å avtale en slik spesialiseringsperiode. Inntil videre benyttes ledige gjennomstrømningsstillinger og vikariater (som praksis har vært fram til nå) til dette formålet. Når endelig finansiering er vedtatt, vil det være aktuelt å avsette spesifikke stillinger til ALIS i tråd med opptrappingsplanen.

Årlig melding 2021

RHF	72	Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleiere (ABIOK) til minimum: <ul style="list-style-type: none"> • Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: 80 stillinger • Nordlandssykehuset HF: 40 stillinger • Finnmarkssykehuset HF: 15 stillinger • Helgelandssykehuset HF: 15 stillinger 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset økte antall utdanningsstillinger for ABIOK til 40 høsten 2021. Oppstart av utdanningen ved Nord universitet er 7. januar 2022. For barnesykepleie og jordmorutdanning er det oppstart ved UiT høsten 2022. Fordelingen av stillingene er gjort i henhold til foretakets behov for spesialsykepleiere og er:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 17 stillinger til intensivsykepleie ✓ 5 til anestesisykepleie ✓ 7 til operasjonssykepleie ✓ 4 til barnesykepleie ✓ 3 til jordmor ✓ 1 stilling til for slutføring av master for 4 spesialsykepleiere fordelt på 25% stilling hver i 2022. 				

Utdanning av legespesialister

RHF	73	Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset har som tidligere rapportert utarbeidet funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege (UAO). Vi har opprettet UAO innenfor alle fagområder, unntatt radiologi, som har hatt utfordringer grunnet lav bemanning. Likevel jobber vi nå med å finne en løsning også for dette fagområdet sammen med diagnostisk klinikk. Vi har etablert et nettverk for UAO ledet av fagkoordinator for LIS, hvor ulike problemstillinger, utfordringer og praktiske spørsmål knyttet til LIS utdanningen diskuteres.</p>				

RHF	74	Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Diagnostisk klinikk har hatt noen utfordringer i forhold til dokumentasjon av progresjon i kompetansemodule. Ressursmangel på både radiologi og medisinsk biokjemi har vært krevende i forhold til ulike oppgaver, så kravet om oppdatering innen frister har vært oppfylt i noe varierende grad. Dette følges opp og gjennomføres etter plan.</p> <p>I Medisinsk klinikk får alle LIS tildelt aktuelle kompetanseplaner for sitt utdanningsforløp. Klinikken har etablert utdanningsansvarlige overleger i tråd med funksjonsbeskrivelse FB1680 og etablert overordnet og lokale utdanningsutvalg. Veileder og leder følger progresjonen til LISene tett og det gjennomføres evalueringskollegium to ganger per år.</p> <p>LIS 1 har et selvstendig ansvar i forhold til å arbeide for å oppnå sine læringsmål. Klinikken har likevel system for å følge med at LIS har progresjon i sin tjeneste og at det samsvarer med Kompetansemodule slik at den er oppdatert til 1. september og 1. mars. Det iverksettes tiltak hvis LIS 1 ligger bak skjema. Dette gjøres for alle LIS 1 som roterer fra medisinsk klinikk etter endt tjeneste her og for dem som roterer ut til kommunehelsetjenesten.</p> <p>Alle LIS (både LIS 1 og LIS2/3) i Kirurgisk klinikk har fått tildelt aktuelle kompetanseplaner for sitt utdanningsforløp. LISene dokumenterer fortløpende gjennomførte læringsaktiviteter i kompetanseplanene og disse godkjennes av supervisor/veiledere. Alle læringsmål godkjennes av leder. Progresjon i</p>				

Årlig melding 2021

utdanningsforløpet følges av veileder, utdanningsansvarlig overlege og leder. Det legges til rette for at LIS skal kunne delta på læringsaktiviteter. Progresjon følges i veiledningsamtaler med den enkelte LIS, evalueringskollegium og via rapportene som ligger i kompetansemodule. Kirurgisk klinikk er godkjent som utdanningsinstitusjon for generell kirurgi.

I **Barneklubben** dokumenteres all LIS progresjon systematisk i Kompetansemodule. Også i **Psykisk helse og rus klinikk** sikres progresjon regelmessig i kompetansemodule.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

HoD	76	Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Helse Vest har laget en form for nasjonal rapport som imidlertid ikke følger Helsedirektoratets metode for å beregne Godt sikkerhetsklime. Ifølge denne ligger Nordlandssykehuset innenfor kravet til måloppnåelse.

Ny informasjon fra Helse Nord sier at Helsedirektoratet planlegger å lage egne nasjonale rapporter for årene 2021 og 2022 basert på datasettene til landets helseforetak. Resultatene ventes klare for offentliggjøring medio september 2022.

Nordlandssykehuset gjennomførte ForBedring 2021 med 83 % deltakelse i kartleggingen. Flere av spørsmålene indikerte en markant positiv utvikling sammenlignet med 2020. I overkant av 80 % av enhetene i Nordlandssykehuset gjennomførte lokale forbedringstiltak basert på støtte fra resultatene i undersøkelsen.

RHF	77	Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Nordlandssykehuset har deltatt i utarbeidelse av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord. De nye retningslinjene har vært behandlet i AMU og Ressursgruppe for varslingssaker er etablert og har begynt sitt arbeid. Representant til arbeidsgruppe som skal utarbeide kompetansepakke er meldt inn til Helse Nord RHF.

RHF	78	Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av RHF-et med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019-2024).	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Fra NLSH har hovedverneombudet deltatt. Felles veileder er nå ferdigstilt, og det arbeides i Helse Nord med planer for implementering.

Årlig melding 2021

RHF	80	Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningscenter.	NLSH	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Foretaket har i 2021 mer enn fordoblet våre kostnader knyttet til innleie sammenlignet med nivå for 2019. Den største økningen er knyttet til innleie av sykepleiere, som vi før pandemien hadde svært lite av. Vi har imidlertid også en økning knyttet til innleie av leger, knyttet til økning på psykiater i Vesterålen og radiologer.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Innleie av leger fra firma	40 003 024	39 892 807	46 349 425	54 804 642	57 760 750	53 629 015	64 874 634
Innleie av sykepleiere fra firma	6 682 731	8 500 461	8 755 601	7 168 006	8 636 047	48 614 207	94 319 182
Innleie annet helsepersonell	1 669 098	1 052 371	1 921 883	377 159	4 987 757	8 604 322	6 568 164
Innleie	48 354 853	49 445 639	57 026 909	62 349 807	71 384 554	110 847 544	165 761 980
% vis endring fra året før			15,3 %	9,3 %	14,5 %	55,3 %	49,5 %

Klinikk	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BARN	601 855	811 307	622 460	22 488	285 867	780 750	776 350
DIAG	4 058 329	4 627 078	8 301 716	9 791 349	6 462 737	10 240 840	17 029 926
KIR	21 678 921	24 897 305	24 920 261	20 691 342	19 740 655	41 360 675	60 942 331
MED	11 938 115	12 806 948	13 526 606	13 579 994	14 679 518	31 977 507	58 381 638
PHR	10 077 632	6 303 001	9 655 866	18 264 634	30 215 777	25 023 416	28 862 286
PREH	0	0		0		1 464 356	-230 552
Sum	48 354 853	49 445 639	57 026 909	62 349 807	71 384 554	110 847 544	165 761 980

Økningen er delvis knyttet til økt behov for personell knyttet til pandemien, men er også begrunnet i behov for å sikre øvrig drift og beredskap. Innleie benyttes ikke som en ønsket erstatning for fast arbeidskraft, men i de tilfeller der det er nødvendig for å ivareta beredskapsordninger og et forsvarlig pasienttilbud og der vi ikke har fast arbeidskraft tilgjengelig.

Nordlandssykehuset har som mål å erstatte innleie og vikarbruk med fast arbeidskraft, noe det arbeides kontinuerlig med. Herunder arbeides det langsiktig med rekruttering og stabilisering innenfor de områdene der vi i dag har innleiebehov, for å konvertere innleiebehovet til faste hele stillinger. I 2021 ferdigstilte vi vår Strategiske kompetanseplan, som også inneholder plan for rekruttering og stabilisering. I HR-avdelingen arbeider et rekrutteringsteam løpende med å bistå ledere i foretaket med rekruttering av personell, i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen og Bemanningssenteret.

Innleie av sykepleiere har tidligere vært begrenset, men siden vi har sett en risiko for økt innleie også for denne gruppen etablerte vi i 2019 et bemanningssenter som gjør at vi kan øke vår mulighet for å ha fast ansatte sykepleiere som kan arbeide ved ulike klinikker for å dekke fravær i stedet for å måtte ansette vikarer eller leie inn fra byrå. Videreutvikling av Bemanningssenteret vil være et viktig tiltak for å redusere sykepleierinnleie, herunder ansette flere ressurser på heltid i Bemanningssenteret. Vi arbeider nå med en evaluering av Bemanningssenteret og ser i den forbindelse på hvordan senteret kan gi best mulig ressursutnyttelse fremover. Når det gjelder administrasjon av vikarinneleie har Bemanningssenteret siden pandemien hatt en rolle når det gjelder å veilede ledere i bruken av rammeavtaler, gjennomføre korrekte bestillingsprosesser og oppdatere ledere på gjeldende forskriftsendringer i forbindelse med innreiseregler. Vi vurderer nå hvorvidt Bemanningssenteret kan overta bookingen av vikarene. I dette ligger det også muligheter for at Bemanningssenteret kan være controller av faktura fra byråene for på den måten å identifisere strategiske muligheter for helhetlig ressursutnyttelse.

Øvrige tiltak vi har gjort i 2021 med mål om å redusere innleie:

Årlig melding 2021

- All innleie fra byrå godkjennes av klinikkssjef etter søknad fra ansvarlig leder, og avgjørelse om innleie dokumenteres i Elements i hvert enkelt tilfelle
- Økt antall utdanningsstillinger for sykepleiere
- Gjennomført prosjekt for oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere
- Innført kalenderplaner for sykepleiere/pleiepersonell på aktuelle sengeposter
- Innført rutine som begrenser utlysninger av deltidsstillinger for sykepleiere
- Etablert rutine for registrering av arbeidstiden til innleieleger i GAT
- Arbeidet målrettet med sykefraværarbeid og arbeidsmiljø, blant annet gjennom prosjektet Der skoen trykker

Forskning og innovasjon

RHF	81	Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Alle	Årlig melding
<p>Dette arbeidet er pågående, men har vært forsinket på grunn av pandemi. Forventes ferdigstilt i 2022.</p>				

RHF	82	Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Retningslinjene for åpen publisering følges opp i alle søknader som oversendes Helse Nord og Norges forskningsråd. Seksjon for forskning følger opp dette overfor alle som søker ekstern finansiering fra nevnte finansieringskilder.</p>				

HoD	83	Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding												
<p>De offisielle tallene for studier som hadde aktiv rekruttering av pasienter i 2019 og 2020 er som følger:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antall KBS totalt</th> <th>Koordinerer</th> <th>Deltar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>13</td> <td>2</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>12</td> <td>1</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table> <p>Som det fremgår av oversikten, hadde Nordlandssykehuset en svak nedgang fra 2019 til 2020. Hovedårsaken til dette er sannsynligvis at kliniske behandlingsstudier stoppet opp som virksomhet i mange norske sykehus som følge av Covid-19. De endelige tallene for kliniske studier for 2021 foreligger ikke før senere inneværende år, men vi ser at det er en økning i antall henvendelser om iverksettelse av kliniske studier, og forventer derfor at tallene etter hvert skal bli i henhold til de målene som er satt.</p>						Antall KBS totalt	Koordinerer	Deltar	2019	13	2	11	2020	12	1	11
	Antall KBS totalt	Koordinerer	Deltar													
2019	13	2	11													
2020	12	1	11													

Årlig melding 2021

HoD	84	Følge opp handlingsplan for kliniske studier .	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Nordlandssykehuset har iverksatt en rekke tiltak som følge av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. De viktigste i denne sammenheng er følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert støttefunksjon relatert til kliniske studier i Seksjon for forskning. En 50 % stilling er overført fra Medisinsk klinikk til Seksjon for forskning, og i forbindelse med en konkret studie er ytterligere en 50 % stilling etablert. Ved inngangen til 2022 disponerer altså Seksjon for forskning 100 % ressurs til oppfølging av kliniske studier. Ved å gjøre denne organisatoriske endringen signaliseres at oppfølging av kliniske studier ligger på foretaksnivå. • Det er viktig og nødvendig at tiltak for å styrke satsingen på kliniske behandlingsstudier drøftes i forskningsutvalget. På denne måten kan man også skape økt fokus og ytterligere trykk på satsingen. Forskningsutvalget, som nå består av ledere/koordinatorer for foretakets sju forskningsgrupper, er et viktig redskap i oppfølgingen av planen. • Nordlandssykehuset har inngått samarbeidsavtale med Inven2 knyttet til sponsordrevne, kliniske behandlingsstudier. Inven2 har tilsvarende avtale med alle foretakene i Helse Sør-Øst RHF i tillegg til UNN. Inven2 har ansvar for kontraktsinngåelse, forhandling, generell administrasjon og fakturering av Nordlandssykehusets industridrevne, kliniske studier. Gjennom avtalen vil de også ha en viktig rolle som formidler av studier. • Nordlandssykehuset har fått på plass en egen rutine som regulerer oppstart av kliniske behandlingsstudier. 				

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Anskaffelsesområdet

RHF	89	Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp HF, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 <i>Drosjemarked, anbud og avtaler</i> .	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Prosjektdeltagelsen fra Helse Nord har vært ivaretatt av representant fra Helgelandssykehuset. De øvrige pasientreisekontorene har vært konsultert underveis i prosessen. Malverket ble i stor grad benyttet ved siste anbudsrunde for landveis transport i regionen som ble gjennomført i 2021.</p>				

Teknologi

RHF	90	Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.	Alle	Årlig melding
<p>Avvik og hendelser for området meldes og behandles fortløpende i henhold til prosedyrer og retningslinjer. Vår handlingsplan for informasjonssikkerhet er utarbeidet i henhold til NSM grunnprinsipper, tiltak gjennomføres og følges opp løpende.</p>				

Årlig melding 2021

RHF	91	Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HF's ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Ved alle endringer eller installasjoner for medisinsk utstyr eller driftstekniske IKT systemer følges retningslinjer og krav til drift og forvaltning.

RHF	92	Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Nordlandssykehuset deltar i både prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjektet er ikke kommet så langt at det er aktuelt å opprette lokalt mottaksprosjekt.

RHF	93	Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Nordlandssykehuset deltar i arbeidet i prosjektet og i prosjektstyret. Det er ikke allokert særskilte prosjektrressurser, men utføres i linjen.

RHF	94	Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Benyttes i henhold til krav.

RHF	95	Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKTs tekniske og merkantile ansvar og oppgaver.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Arbeidet med tjenesteavtaler ble ikke ferdig i 2021, og er videreført i 2022 i samarbeid med de andre sykehusforetakene og Helse Nord IKT. Det er fortsatt rammer og omfang for ansvarsforhold som ikke er avklart og arbeidet med oppdatering av databehandleravtaler og andre avtaler er ikke påbegynt eller ferdigstilt.

RHF	96	Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Nordlandssykehuset deltar både med innføringsansvarlig og i styringsgruppen.

Årlig melding 2021

RHF	97	Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	--	---------------

Det er fortsatt rammer og omfang for ansvarsforhold som ikke er avklart. Nordlandssykehuset benytter Helse Nord IKT for de beskrevne tjenester. Arbeidet med merkantil forvaltning fordrer at revidering av tjenesteavtaler er gjennomført.

RHF	98	Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerutstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet. <ul style="list-style-type: none"> • Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. • Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT. 	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	--	---------------

Disse tjenestene leveres av Helse Nord IKT i henhold til avtale og styringssystem. Innspill om særskilt krav for andre områder er gitt tidligere og gjelder for området «Drift og eiendom».

RHF	99	Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	--	---------------

Når Helse Nord IKT er klar til å implementere vil NLSH ta dette i bruk.

RHF	100	Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	-----	---	--	---------------

Når Helse Nord IKT er klar til å implementere vil NLSH ta dette i bruk.

Årlig melding 2021

RHF	101	Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oversikt over applikasjoner i drift og informasjon om tilhørende avtaler er oversendt 1. oktober.				

RHF	102	Innføre Dialogmelding mellom sykehus og fastleger før utløpet av 2. kvartal 2021.	NLSH	Årlig melding
Fastlegedialog ble innført i månedsskifte august/september 2021.				

Informasjonssikkerhet

FTP	105	Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer .	Alle	Årlig melding
Handlingsplan er utarbeidet og forankret i ledelse og styret, samt hos eier. Hovedfunn, merknader og anbefalinger fra Riksrevisjonen er innarbeidet i handlingsplanen. Tiltak fra handlingsplanen utføres og følges opp løpende.				

FTP	106	Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger	Alle	Årlig melding
Norsk Helsenett SFs årlige rapport er gjennomgått og avsjekket at den dekkes av vårt arbeide med risikostyring.				

RHF	107	Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Alle	1. tertial og Årlig melding
Handlingsplanen utarbeidet. Denne er basert på NSM sine grunnprinsipper der vi har tatt inn merknader fra Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og egne funn. Handlingsplanen følges opp løpende.				

Årlig melding 2021

RHF	108	Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.	Alle	Årlig melding
-----	-----	---	------	---------------

Kartlegging av virksomhetskulturen er gjennomført i fellesskap i Helse Nord. Arbeidet med gjennomgang av resultatene er igangsatt. Videre arbeid med tilpasning av opplæringsprogram gjennomføres i 2022.

RHF	109	Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet • resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner • oppsummering fra avviksrapportering • behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet 	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	-----	--	------	-----------------------------------

Status fra arbeidet med informasjonssikkerhet ble behandlet av styret i styresak «2021-050 - Orienteringssak – Informasjonssikkerhet pr mai 2021. Unntatt offentlighet Offl.§13 jf fvl §13». Statusrapporteringen inneholdt alle de forhold som er beskrevet.

RHF	110	Med utgangspunkt i oppfølging fra Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020-2021) , skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.	Alle	Årlig melding
-----	-----	---	------	---------------

Nordlandssykehuset har prosedyre «PR 49242 Organisering av informasjonssikkerhet i Nordlandssykehuset HF» som følges i arbeidet med organisering av informasjonssikkerhet. Denne er i tråd med de regionale kravene i styringssystemet.

Krav i foretaksmøte 15. juni 2021

RHF		Rapportere i årlig melding for 2021 om rutiner og prosesser for involvering av ansatte i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	--	--	-------------------------------	---------------

I etterkant av overlevering av dette kravet har det ikke vært startet planlegging eller evaluering av nye sykehusbygg.

Møtedato: 6. desember 2022
Vår ref.:
2021/1163-26

Saksbehandler:
Jan-Petter Monsen

Dato:
29.11.2022

Foretaksmøtesak 32-2022

Egenkapitalinnskudd, Nordlandssykehuset HF

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

Helse Nord RHF vil foreta et kapitalinnskudd i Nordlandssykehuset HF på 420 mill. kroner. Innskuddet skal bokføres som annen innskutt egenkapital.

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

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

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

Foretaksmøtet i Nordlandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det blir gjennomført et kapitalinnskudd i Nordlandssykehuset HF på 420 mill. kroner.
2. Innskuddet skal bokføres som annen innskutt egenkapital.

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind
konst. adm. direktør

Møtedato: 6. desember 2022
Vår ref.:
2021/1163-26

Saksbehandler:
Jan-Petter Monsen

Dato:
29.11.2022

Foretaksmøtesak 33-2022

Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer

Styret i Nordlandssykehuset behandlet i møte 31. august 2022, *styresak 77-2022*
Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset HF

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

Foretaksmøtet i Nordlandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

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

Bodø, den 29. november 2022

Marit Lind
konst. adm. direktør

Vedlegg:

1. Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer
2. Protokoll fra styremøtet i Nordlandssykehuset 31. august 2022
3. Styresak 2022-077 Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset HF

Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset

Generelt

- Til grunn for Nordlandssykehusets retningslinjer for lederlønn ligger *statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel* (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 30.4.21), samt retningslinjer for lederlønn i Helse Nord RHF.
- Godtgjørelsen til ledende personer¹ skal fremme oppnåelse av foretakets mål og bærekraftig verdiskaping for spesialisthelsetjenesten, herunder bidra til foretakets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- Godtgjørelsen skal ikke være lønnsledende, men konkurransedyktig slik at foretaket får rekruttert og beholdt gode ledere. Hensynet til moderasjon skal ivaretas.
- Hovedelementet i godtgjørelsesordningen for ledere på nivå 1 og 2 er fastlønnen.

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

- Konkurransedyktig, men ikke lønnsledende godtgjørelser til ledende personer på nivå 1 og 2 skal balansere behovet for å rekruttere og beholde dyktige ledere, og en lønnsutvikling under kontroll. Rekruttering og stabilisering av dyktige ledere er viktig for virksomheten.
- Retningslinjene skal sørge for moderasjon, slik at godtgjørelsene ikke oppfattes som urimelige og svekker vårt omdømme. Foretaket er finansiert av offentlige midler som skal utnyttes til det beste for pasientbehandlingen, samtidig som foretakets mål skal nås.

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

- Lønnsutviklingen i Nordlandssykehuset generelt skal være en del av vurderingen ved lederlønnsoppgjør, for å sikre at ledere på nivå 1 og 2 som hovedregel har en lønnsutvikling i samsvar med andre ansatte.
- Konkurransedyktig lønn, men ikke lønnsledende, skal bidra til at foretaket er en attraktiv arbeidsplass for alle ansatte.

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

- Alle ledere på nivå 1 og 2 har fastlønnsordning og samme pensjonsordning.

Om beslutningsprosessen som benyttes for å etablere, revidere og gjennomføre retningslinjene

- Retningslinjer, herunder framtidige endringer, skal drøftes med tillitsvalgte, styrebehandles og stadfestes i foretaksmøtet. Retningslinjene skal behandles og godkjennes av foretaksmøtet ved enhver vesentlig endring og minst hvert fjerde år.

Fastsettelse og justering av godtgjørelsen

- Ved fastsettelse og justering av godtgjørelse skal følgende kriterier legges til grunn:
 - Lønnsnivå og lønnsutvikling i sammenlignbare stillinger
 - Lønnsutvikling i foretaket generelt
 - Eventuelle resultatavhengige justeringer skal være i henhold til mål og krav styret har satt og må være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser

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

Pensjonsordning

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

Naturalytelser

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

Pendlere

- Reisekostnader til ledende ansatte som pendler kan dekkes, og i særskilte tilfeller kan det ytes tilskudd til bolig. Det ytes ikke diett for slike reiser.

Sluttvederlag for administrerende direktør

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



Protokoll
Styremøte onsdag 31. august 2022
10.00-15.00
Nordlandssykehuset Rønvik
Møterom Festsalen

Tilstede

Mari Trommald	Styreleder	
Trine Karlsen	Nestleder	
Børge Selstad	Styremedlem	
Ellen Kalstad	Styremedlem	
Gunnar Alskog	Styremedlem	
Eivind Holst	Styremedlem	
Hege Kristin Aune Jørgensen	Styremedlem	
Karina Hjerde	Styremedlem	
Merete Danielsen	Styremedlem	
Frida Andræ	Styremedlem	
Martin Lundgren	Styremedlem	
Paul Daljord	Brukerutvalget	

Fra administrasjonen

Administrerende direktør	Siri Tau Ursin
Viseadm. direktør	Beate Sørslett
Fagdirektør	Tonje Elisabeth Hansen
Direktør for stab, innkjøp og logistikk	Gro Ankill
Kommunikasjonssjef	Randi Angelsen
Økonomisjef	Marit Barosen
HR-sjef	Liss Eberg
Klinikksjef	Hedda Soløy-Nilsen
Klinikksjef	Gro-Marith Karlsen
Klinikksjef	Gunn-Hege Valøy
Klinikksjef	Frode Hansen
Klinikksjef	Ane Fonnes Odnæs
Avd.leder	Asbjørn Jørgensen

Program 30. august 2022

- 16.00-20.00 Styreseminar: Styrearbeid
20.30- Middag

Program 31. august 2022

- 08.30-09.45 Omvisning Nordlandssykehuset Rønvik
08.45-10.00 Pause
10.00-15.00 Styremøte

Saksliste styremøte

- 2022-070 Godkjenning av innkalling og saksliste
2022-071 Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. juni 2022
2022-072 Orienteringssaker
~~2022-073 Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan 2023-2038~~
2022-074 Virksomhetsrapport juni og juli 2022
2022-075 Resultater for Nordlandssykehuset HF etter nasjonal undersøkelse i 2021 (PasOpp)
2022-076 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet pr august 2022
U.off. Offl. §13 jf fvl. §13
2022-077 Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset HF
2022-078 Justering av lønn administrerende direktør
U.off. Offl. § 23, 1. ledd
2022-079 Referatsaker
2022-080 Revidert møteplan 2023

Eventuelt

Styresak 070-2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Styreleder innledet med å spørre om det foreligger inhabilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte. Det kom ingen slike tilbakemeldinger.

Møtet vil bli lukket under behandling av sak 076-2022 ihht Offl. § 13 jf fvl. §13 og sak 078-2022 ihht. Offl. § 23, 1. ledd.

Sak 073-2022 trekkes. Utsettes til senere møte.

Sak 076-077-2022 behandles før sak 074-2022. Sak 078-2022 behandles etter sak 080-2022 (siste sak).

Innstilling til vedtak:

1. Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Innkalling og saksliste godkjennes.

Styresak 071-2022

Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. juni 2022

Innstilling til vedtak:

1. Protokoll fra styremøte 16. juni 2022 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Protokoll fra styremøte 16. juni 2022 godkjennes.

Styresak 072-2022

Orienteringssaker

1. Møtets sommerfugl
 - a. Presentasjon av bildeintensiv eksponeringsterapi - VR-teknologi – for behandling av PTSD og andre angst- og tvangslidelser
v/Ulrika Larsson, overlege/prosjektleder og enhetsleder Ruben Solbakken ved korttidspoliklinikken - Psykisk helse og rus.
2. Orientering fra styreleder – *mundlig*
 - a. Dialogmøte med Helse Nord 12. august, tema den alvorlige økonomiske situasjonen
 - b. Foretaksmøte 15. august.
3. Orientering fra administrerende direktør – *mundlig*
 - a. Ingen særskilte saker

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Styresak 073-2022

Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan 2023-38

Saken ble trukket. Utsettes til senere møte.

Styresak 074-2022

Virksomhetsrapport juni og juli 2022

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportene for juni og juli 2022 til orientering.

Styreleder la frem forslag til nytt vedtakspunkt 2 og 3:

2. Styret er tiltagende bekymret for den økonomiske utviklingen og konstaterer at gjennomføringen i sommer er for svak i henhold til plan. Styret ber administrerende direktør sikre oppfølging.
3. Styret ber administrerende direktør om å konkretisere tiltakene i tiltakspakke 2 og nye tiltak som er kommet til i prosessen og presentere disse i neste styremøte.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportene for juni og juli 2022 til orientering.
2. Styret er tiltagende bekymret for den økonomiske utviklingen og konstaterer at gjennomføringen i sommer er for svak i henhold til plan. Styret ber administrerende direktør sikre oppfølging.
3. Styret ber administrerende direktør om å konkretisere tiltakene i tiltakspakke 2 og nye tiltak som er kommet til i prosessen og presentere disse i neste styremøte.

Sak 075, 076 og 077-2022 ble behandlet før sak 074-2022

Styresak 075-2022

Resultater for Nordlandssykehuset HF etter nasjonal undersøkelse «Pasienters erfaringer med norske sykehus» i 2021 (PasOpp)

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapporten Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021 – Resultater etter en nasjonal undersøkelse – Nordlandssykehuset HF til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar rapporten Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021 – Resultater etter en nasjonal undersøkelse – Nordlandssykehuset HF til orientering.

Styresak 076-2022

Orienteringssak - Informasjonssikkerhet pr august 2022

Unntatt offentlighet Offl. § 13 jf fvl. §13

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Styresak 077-2022

Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar retningslinjene for lederlønn.

Adm. direktør la frem forslag til endret punkt 1:

1. Styret vedtar retningslinjene for lederlønn med følgende endringer: Under punkt «Fastsettelse og justering av godtgjørelsen» endres tredje kulepunkt til: Eventuelle resultatavhengige justeringer skal være i henhold til mål og krav styret har satt og må være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med endret punkt 1.

Vedtak:

1. Styret vedtar retningslinjene for lederlønn med følgende endringer: Under punkt «Fastsettelse og justering av godtgjørelsen» endres tredje kulepunkt til: Eventuelle resultatavhengige justeringer skal være i henhold til mål og krav styret har satt og må være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.

Sak 078-2022 ble behandlet etter sak 080-2022

Styresak 078-2022

Justering av lønn administrerende direktør

U.off. Offl. § 23, 1. ledd

Innstilling til vedtak:

1. Lønn for administrerende direktør lønn justeres med kr. 72.000 (4,1 %) til kr 1.822.000 med virkning fra 1. mai 2022.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Lønn for administrerende direktør lønn justeres med kr. 72.000 (4,1 %) til kr 1.822.000 med virkning fra 1. mai 2022.

Styresak 079-2022

Referatsaker

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 22.06.2022
2. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 24.08.2022
3. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord RHF 10.06.2022
4. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord RHF 15.08.2022
5. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 24.08.2022
6. Protokoll fra drøftingsmøte med hovedverneombud 24.08.2022
7. Protokoll AMU-møte 26.08.2022
8. Referat møte i Brukerutvalget 24.08.2022
9. Referat møte i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) 15.06.2022

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.

Styresak 080-2022

Revidert møteplan 2023

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar revidert møteplan for 2023 som følger:

Styremøter 2023	Sted	Kommentar	
1	22.02.2023	Bodø	Oppdragsdokument 2023
2	29.03.2023	Teams	Regnskap, Årsberetning, Årlig melding 2022 (innen 29.03) Styremøte i tilknytning til RHF styreseminar
3	25.04.2023	Bodø	Rullering plan for drift og investering
4	25.05.2023	Vesterålen	1. tertialrapport 2023 - innen 4.6
5	21.06.2023	Bodø	<i>Endret pga Nasjonalt direktørmøte 19.-20.6</i>
6	29.08.2023	Teams	
7	27.09.2023	Lofoten	2. tertialrapport 2023 - innen 7.10
8	24.10.2023	Bodø	Styremøte i tilknytning til RHF styreseminar. <i>(Endret pga flytting av reg styreseminar til 24.-25.10)</i>
9	22.11.2023	Teams	
10	14.12.2023	Bodø	Budsjett 2024

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret vedtar revidert møteplan for 2023 som følger:

Styremøter 2023	Sted	Kommentar	
1	22.02.2023	Bodø	Oppdragsdokument 2023
2	29.03.2023	Teams	Regnskap, Årsberetning, Årlig melding 2022 (innen 29.03) Styremøte i tilknytning til RHF styreseminar
3	25.04.2023	Bodø	Rullering plan for drift og investering
4	25.05.2023	Vesterålen	1. tertialrapport 2023 - innen 4.6
5	21.06.2023	Bodø	<i>Endret pga Nasjonalt direktørmøte 19.-20.6</i>
6	29.08.2023	Teams	
7	27.09.2023	Lofoten	2. tertialrapport 2023 - innen 7.10
8	24.10.2023	Bodø	Styremøte i tilknytning til RHF styreseminar. <i>(Endret pga flytting av reg styreseminar til 24.-25.10)</i>
9	22.11.2023	Teams	
10	14.12.2023	Bodø	Budsjett 2024

Mari Trommald

Trine Karlsen

Børge Selstad

Ellen Kalstad

Gunnar Alskog

Eivind Holst

Hege Kristin Aune Jørgensen

Frida Andræ

Merete Danielsen

Karina Hjerde

Martin Lundgren

Siri Tau Ursin



Styresak 077-2022

Retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset

Saksbehandler: Liss Eberg, Kari Råstad

Dato dok: 17.08.2022

Møtedato: 31.08.2022

Vår ref: 2022/3334

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

Styret vedtar retningslinjene for lederlønn

Bakgrunn

Saken foreslår retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset HF.

Retningslinjene skal gi styret *trygghet* for at godtgjørelsesordningene ikke er urimelige, gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker helseforetakets omdømme.

Retningslinjene skal bidra til å oppnå helseforetakets mål, samtidig som offentlige midler utnyttes effektivt.

Direktørens vurdering

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

Innledning

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

Nordlandssykehuset er bedt om å utarbeide og styrebehandle retningslinjer senest i løpet av september. Retningslinjene vil stadfestes i foretaksmøter senere i år.

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

Retningslinjene - hovedmomenter

Forslag til retningslinjer er vedlagt saken. De nye retningslinjene tar utgangspunkt i retningslinjer som gjelder Helse Nord RHF, som igjen bygger på retningslinjer som tidligere har vært felles for helseregionene. Forslaget til retningslinjer ivaretar kravene i *Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel* og kravene i *forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer*. Som ledende ansatte anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b

Et hovedpoeng i retningslinjene er at godtgjørelsen ikke skal være lønnsledende, men konkurransedyktig slik at helseforetaket får rekruttert og beholdt gode ledere. Hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette innebærer at behovet for å rekruttere og beholde dyktige ledere skal balanseres mot en lønnsutvikling som er under kontroll. Foretaket er finansiert av offentlige midler som skal utnyttes på best mulig måte for å oppnå fastsatte mål. Godtgjørelsene skal ikke oppfattes som urimelige eller bidra til at vårt omdømme svekkes.

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

Medbestemmelse

Nye retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset ble drøftet med foretakstillitsvalgte i drøftingsmøte 24. august 2022.

Utkast til retningslinjer for lederlønn i Nordlandssykehuset

Generelt

- Til grunn for Nordlandssykehusets retningslinjer for lederlønn ligger *statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel* (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 30.4.21), samt retningslinjer for lederlønn i Helse Nord RHF.
- Godtgjørelsen til ledende personer¹ skal fremme oppnåelse av foretakets mål og bærekraftig verdiskaping for spesialisthelsetjenesten, herunder bidra til foretakets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- Godtgjørelsen skal ikke være lønnsledende, men konkurransedyktig slik at foretaket får rekruttert og beholdt gode ledere. Hensynet til moderasjon skal ivaretas.
- Hovedelementet i godtgjørelsesordningen for ledere på nivå 1 og 2 er fastlønnen.

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

- Konkurransedyktig, men ikke lønnsledende godtgjørelser til ledende personer på nivå 1 og 2 skal balansere behovet for å rekruttere og beholde dyktige ledere, og en lønnsutvikling under kontroll. Rekruttering og stabilisering av dyktige ledere er viktig for virksomheten.
- Retningslinjene skal sørge for moderasjon, slik at godtgjørelsene ikke oppfattes som urimelige og svekker vårt omdømme. Foretaket er finansiert av offentlige midler som skal utnyttes til det beste for pasientbehandlingen, samtidig som foretakets mål skal nås.

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

- Lønnsutviklingen i Nordlandssykehuset generelt skal være en del av vurderingen ved lederlønnsoppgjør, for å sikre at ledere på nivå 1 og 2 som hovedregel har en lønnsutvikling i samsvar med andre ansatte.
- Konkurransedyktig lønn, men ikke lønnsledende, skal bidra til at foretaket er en attraktiv arbeidsplass for alle ansatte.

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

- Alle ledere på nivå 1 og 2 har fastlønnsordning og samme pensjonsordning.

Om beslutningsprosessen som benyttes for å etablere, revidere og gjennomføre retningslinjene

- Retningslinjer, herunder framtidige endringer, skal drøftes med tillitsvalgte, styrebehandles og stadfestes i foretaksmøtet. Retningslinjene skal behandles og godkjennes av foretaksmøtet ved enhver vesentlig endring og minst hvert fjerde år.

Fastsettelse og justering av godtgjørelsen

- Ved fastsettelse og justering av godtgjørelse skal følgende kriterier legges til grunn:
 - Lønnsnivå og lønnsutvikling i sammenlignbare stillinger
 - Lønnsutvikling i foretaket generelt
 - Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt. Resultatavhengig godtgjørelse skal være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser

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

Pensjonsordning

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

Naturalytelser

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

Pendlere

- Reisekostnader til ledende ansatte som pendler kan dekkes, og i særskilte tilfeller kan det ytes tilskudd til bolig. Det ytes ikke diett for slike reiser.

Sluttvederlag for administrerende direktør

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