



## Styresak 072-2024

### Tertialrapport 2-2024 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Marit Barosen, Beate Sørslett, Gro Ankill m.fl.  
Dato dok: 17.09.2024  
Møtedato: 25.09.2024  
Vår ref: 2024/2429

Vedlegg (t): Tertialrapport 2-2024 for Nordlandssykehuset HF

#### Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 2. tertial 2024 for oversendelse til Helse Nord RHF.

#### Bakgrunn:

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 2-2024 for Nordlandssykehuset HF. Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

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

For å redusere rapportering på styringskrav har Helse Nord RHF under utvikling målekort i virksomhetsportalen HN LIS. Rammeverket for risikovurdering utvikles og avtales i det regionale nettverket for risikostyring. Risikovurdering av utvalgte styringskrav, samt oversikt over foretakets «topp 5» risikoer pr 2. tertial fremgår av tertialrapporten.

I vedlagt tertialrapport 2-2024 rapporteres på punkter i tråd med mal oversendt fra Helse Nord RHF.

#### Direktørens vurdering:

Nordlandssykehuset arbeider løpende med oppdragene i Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF. Pr andre tertial er det startet arbeid på samtlige punkt.

# Tertialrapport nr 2-2024 for Nordlandssykehuset HF

## **Innhold**

3. Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	4
4. Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	5
4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet.....	5
4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon .....	8
5. Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.....	13
6. Øvrige krav og rammer for 2024 .....	14
6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet.....	14
6.4 Investeringer i store bygg og prosjektstyring .....	15
6.5 Øvrige krav i foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF.....	15
6.5.4 Oppfølging av revisjoner og tilsyn.....	15
7. Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet .....	15
7.1 Økonomiske krav og rammer .....	15
8. Andre krav til rapportering .....	18

## ***Om rapportering***

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

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

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

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

## Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene

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

#### Styringskrav:

1	<i>Helseforetakene skal sikre at alle barnevernsinstitusjoner tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetsteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og rus, og med bruk av eksisterende personell. Arbeidet skal koordineres av Helse Nord RHF jf. eget oppdrag til Helse Nord RHF.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<i>Koordineres av Helse Nord RHF, PHR-klinikken deltar med representanter i regional gruppe for arbeidet.</i>			
2	<i>Helseforetakene skal sikre fullverdig rapportering til kvalitetsregisteret KVARUS innen TSB.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<i>Avholdt flere møter med ansvarlige for KVARUS nasjonalt sammen med Avdeling for rus psykiatri og avhengighet (TSB-tjeneste) i PHR-klinikken for å sikre bedre rapportering. I tillegg er antall rapporteringspunkter for pasientene redusert nasjonalt for å sikre bedre måloppnåelse.</i>			
3	<i>Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<i>Det er iverksatt flere tiltak for å sikre økt aktivitet innen alle fagområdene. Rekruttering er et hovedpunkt med hensyn til TSB og det tilsettes flere i løpet av høst 2024. Vakante stillinger innen TSB har medført lavere aktivitet så langt i år.</i> <i>Innen PHV pågår prosjektet «Felles venteliste, koordinert ressursutnyttelse og bruk av teknologi», som sammen med bedre rekruttering fra høst 2024 (psykologer i spesialisering) vil bidra til økt aktivitet. BUPA har startet tidlig avklaringsteam som eget tiltak.</i> <i>DPS poliklinikker har planlagt oppstart tidlig avklaringsteam i løpet av høst 2024. Det planlegges også for regionalt prosjekt/pilot med Helse Nord vedr anskaffelse poliklinikk Salten DPS.</i>			
4	<i>Døgnaktiviteten og døgnkapasitet i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Veksten skal realiseres ved å dreie fra DPS til sykehusfunksjonene.</i>	<i>UNN, NLSH</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>

Sykehusavdelingene innen voksenpsykiatri har vært og er i en kritisk driftssituasjon på bakgrunn av økt tilsøking, inkludert økning i sikkerhetspasienter og pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern. Dette har skapt ringvirkninger i alle sykehusavdelingene med overbelegg og ivaretagelse av sikkerhetspasienter på lavere sikkerhetsnivå enn hva tjenestene er rigget for. I tillegg har bygningsmessige utfordringer og alder på bygningsmasse medført betydelige brekkasjer som har medført redusert drift i flere sykehusenheter inkludert skjermede avsnitt.

Rokade av døgnenheter er gjennomført og 4 rusakuttdøgnplasser etableres i eksisterende bygningsmasse. Det gjenstår å sikre rutiner og kompetanse slik at disse plassene kan åpnes ved årsskiftet 2024/2025.

Jfr. Helse Nord styresak vedr bærekraft er det besluttet å etablere 6 nye sikkerhetsplasser, det forventes derfor å få i oppdrag fra Helse Nord RHF om å få startet etablering av disse i eksisterende bygningsmasse i Rønvik.

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

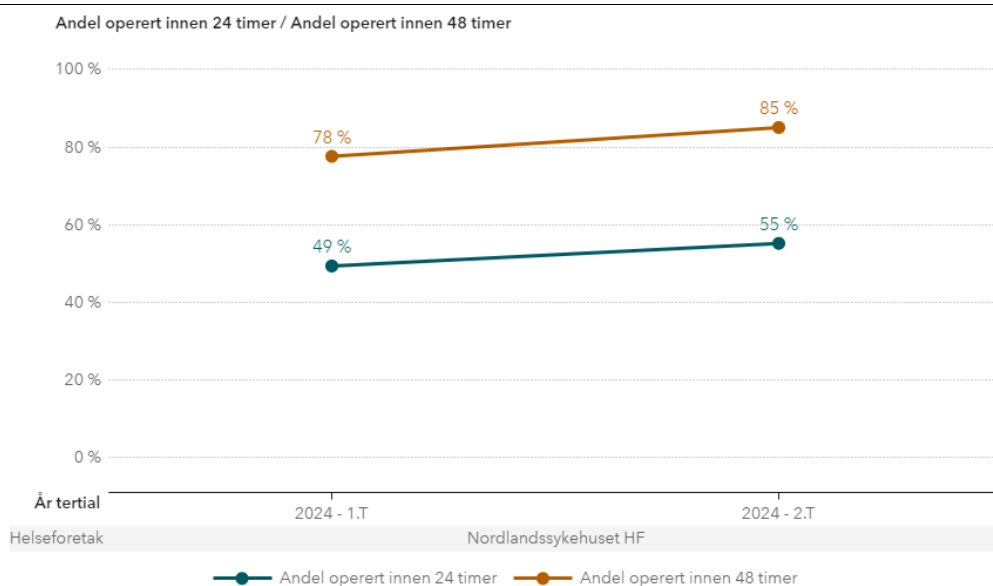
### 4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

#### Styringskrav:

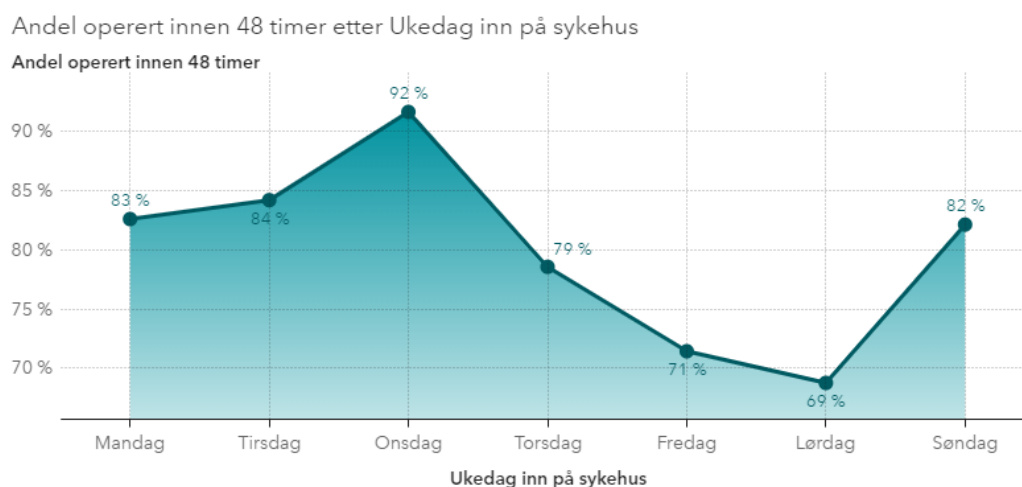
5  Se målekort HN LIS	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har med utgangspunkt i de seks utvalgte kvalitetsindikatorene fra OD 2023 utviklet indikatorer hvor det er moderat/lav måloppnåelse hos sykehusene. Hvert sykehus skal følge opp minst fem ulike kvalitetsindikatorer, og Helse Nord RHF ber helseforetakene iverksette tiltak for å forbedre måloppnåelsen, samt gi Helse Nord RHF tilbakemelding om forbedringsarbeidet i henhold til vedlagte rapporteringsmal.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024  Tertialrapporter og Årlig melding
-----------------------------	--	----------------------	---

#### Operasjon innen 48 timer – hoftebrudd (Bodø og Vesterålen)

85 % (gult nivå) av alle hoftebrudd i henhold til definisjon i nasjonal indikator ble operert innen 48 timer, og 55 % innen 24 timer, mot hhv 78 % (rødt nivå) innen 48 timer og 49 % innen 24 timer i 1. tertial 2024. Median ventetid t.o.m. august 2024 var 20 timer.



Det er betydelig større sannsynlighet for forlenget ventetid til operasjon ved innleggelse fredag/lørdag, noe som antas å ha sammenheng med manglende ortopedisk vaktberedskap i Lofoten og Vesterålen i helgene, samt begrenset kapasitet i Bodø. Det foreligger ikke sikre data på hvorvidt det er geografiske forskjeller i ventetid, men det mistenkes at skade fredag/lørdag og overflytting til høyere omsorgsnivå kan ha en betydning.



De fleste med hoftebrudd er skrøpelige eldre, hvor en ikke ubetydelig andel vil ha behov for utredning og stabilisering før operasjon, som forskyver operasjonstidspunktet.

**Tiltak:** Fortsatt pågående arbeid knyttet til logistikk i forhold til operasjonsplanlegging.

**Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) ved reseksjon av kolon (Bodø)**  
 Publiserte data for 2024 foreligger fortsatt ikke for denne indikatoren. De nyeste tilgjengelige kvalitetssikrede data er fra 2023, hvor forekomsten var 1,6 % (grønt nivå) for Nordlandssykehuset HF.

Registrator har undersøkt foreløpige tall for 2024, hvor det per utgangen av juli var 2 anastomoselekkasjer etter 69 gjennomførte operasjoner, tilsvarende 2,9 % (grønt nivå).

[Kvalitetsregister gastrokirurgi](#)

### **Komplikasjoner under operasjonen (hysteroskopi) (Bodø)**

Det foreligger ikke data etter 1. januar 2024 for denne indikatoren. De nyeste tilgjengelige foreløpige data er fra 2023, hvor forekomsten var 8,5 % (rødt nivå) for Nordlandssykehuset HF, og dermed over ønsket nivå på 2,0 %.

Alle hysteroskopier med komplikasjoner har vært undersøkt uten at det har blitt funnet noen gjennomgående like faktorer. De fleste avdekkede komplikasjonene har vært mindre alvorlige.

[Kvalitetsregister gynekologi](#)

### **Lofoten**

Ingen aktuelle indikatorer for klinikken

### **Prehospital Trombolyse ved hjerteinfarkt**

Nordlandssykehuset er tildelt midler fra SKDE til et forbedringsprosjekt med mål om å redusere tiden til prehospital trombolyse ved STEMI blir gitt av prehospitalt personell (ambulans og legevakt). Det er konkretisert en rekke aksjonspunkter som det er sterkt fokus på. Dette involverer hele behandlingsskjeden. Trygg Akuttmedisin ventes å forsterke dette arbeidet.

### **Trombolyse**

For perioden mai-august viser den en andel på 18,5 % som får trombolyse ved hjerneinfarkt i Bodø, noe som er moderat måloppnåelse. Det jobbes i avdelingen med ulike forbedringsprosjekter innen hjerneslag, blant annet har en gått igjennom alle pasienter som har fått trombolyse for å se om alle burde fått behandlingen. Avdelingen vurderer å starte prosjekt for å se på om flere med hjerneslag burde fått trombolyse enn de som får det.

9	<i>Intensivkapasiteten (ordinær kapasitet og beredskapskapasitet) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.</i>	NLSH, UNN	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
Intensivkapasiteten i kirurgisk klinikk er ikke økt i 2024 sammenliknet med 2023. Innenfor kategori 2 og 3 har klinikken bemanning for fire plasser i normal drift, lokalisert til Bodø. I tillegg kommer kategori 1 plasser (forsterket observasjonssenger) i Lofoten og Vesterålen. I normal drift er dette tilstrekkelig til å dekke behovet i foretaket.			



Klinikken kan ikke se at det er mulig å øke antallet plasser innenfor eksisterende rammer, og den økonomiske situasjonen er allerede svært krevende.

Antall plasser som kan gjøres tilgjengelig i beredskapsøyemed er heller ikke tallfestet presist, men det antas å ikke ha vært noen økning her heller, da det ikke er anskaffet nytt utstyr, lokaler eller tilsatt mer kvalifisert personell siden 2023. Viser for øvrig til rapporteringstekst tilhørende indikator intensivkapasitet angående planverk for intensivberedskap.

## 4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon

### Styringskrav:

11	Helseforetakene skal oppnevne medlem til nytt regionalt samarbeidsorgan for høyere yrkesfaglig utdanning. Organet skal bidra til at foretakenes behov for høyere utdanning i alle yrkesfag blir dekket. I løpet av andre tertial 2024 skal foretakene ha kartlagt behovet for høyere yrkesfaglig utdanning.	Alle	2. tertial og Årlig melding
Regionalt samarbeidsorgan for høyere yrkesfaglig utdanning er så langt ikke etablert. Når det etableres vil Nordlandssykehuset oppnevne medlem til organet. Behovet for høyere yrkesfaglig utdanning vil diskuteres gjennom revisjon av Nordlandssykehusets handlingsplan for strategisk kompetanseplanlegging og gjennom den årlige kartleggingen av kompetansebehov som gjøres i foretaket hver høst.			

13	Helseforetakene skal tilstrebe minimum 6 mnd. planleggingshorisont i arbeidstidsplanleggingen.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding
Når det gjelder sykepleiere og helsefagarbeidere på sengepost, har flertallet nå kalenderplan for perioder på 6 måneder om gangen.			
<b>Barneklubben</b> Nyfødtintensiv og barnemedisin, dagbehandling og poliklinikk har 6 mnd. planleggingshorisont. Det finnes utfordringer i denne langtidsplanlegging med tanke på uforutsett og langvarig fravær.			
Leger barn har det siste året hatt ca. 4 mnd. planleggingshorisont. Det tilstrebes planlegging opp til 6 mnd., utskifting og uforutsett sykefravær på legesiden gjør at arbeidsplanen ofte må endres.			
Ved barnehabiliteringen er det planlagt oppstart Godt Planlagt for å kunne iverksette en lengre planleggingshorisont. Sykefravær har ført til utsettelse.			

### **Diagnostisk klinikk**

Klinikken har som mål og innføre 6 mnd. planleggingshorisont på alle enheter. Enkelte enheter har allerede innført dette, mens andre er i gang med planlegging og/eller iverksetting.

**Kirurgisk klinikk** etterstreber 6 mnd. planleggingshorisont for alt personell. I de fleste sengeenheter, poliklinikker og legestaber planlegges det for 6-12 måneders perioder.

For enkelte enheter har planleggingen vært påvirket og forsinket på grunn av endringer i klinikkstrukturen, men også for disse enhetene begynner man nå å få lange planleggingshorisonter på plass.

### **Medisinsk klinikk**

Lofoten har en planleggingshorisont på 6 mnd. Bodø indremedisin har 6 måneders arbeidsplaner for LIS 2/LIS3 og overleger med bakgrunn i rotasjoner. Det gjør at det i overgangene er kortere planhorisont. Kreftavdelingen tilstreber 6 måneders planleggingshorisont, men noe utskifting på legesiden gjør at arbeidsplanen ofte må endres. Nev/rev har 26 ukers plan for overleger. LIS 3 har rullerende plan, men på grunn av rekrutteringsutfordringer er det i perioder vanskelig å ha en 6 mnd. plan.

### **PHR-klinikken**

Etterstreber 6 mnd. planleggingshorisont for alt personell. Flere enheter får bistand fra HR med hensyn til videre planlegging. I tillegg er flere av tiltakene etter prosjekt *Felles ressursbruk og kapasitetsutnyttelse DPS* ferdigstilt og i prosess.

### **Prehospital klinikk**

Avdelingene AMK og Akuttmottak har en planleggingshorisont på 6 måneder. Ambulanseavdelingen og Portøravdelingen starter planlagt opp med kalenderplaner (6 måneder) primo desember.

15	<i>Helseforetakene skal i løpet av 2024 påse at det eksisterer rutiner og tilpasset opplæring i arbeidet med å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering av ansatte.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Forebygging av vold og trusler er tema på grunnkurs i HMS for ledere, verneombud og tillitsvalgte som arrangeres to ganger per år. Her er det fokus på forebygging og oppmerksomhet rundt at mange av våre ansatte i alle deler av vår drift, kan utsettes for denne problematikken.</p> <p>All annen opplæring innen dette temaet må bestilles via Bedriftshelsetjeneste som tilbyr kurs på 1,5-2,0 timer. Det er opp til hver enkelt leder å sørge for bestilling av slik opplæring/kurs. Når denne opplæringen avtales, settes det også av 30 min til fokus på meldekultur inkludert «melding av skade på personell». I tillegg gis informasjon om hvilke tiltak som er etablert for bistand der situasjonen krever det: alarmsystem og bistand fra portører og/eller vektertjeneste og ev. behov for bistand fra politiet. Denne undervisningen skjer i et samarbeid med HMS-seksjonen og leder for Stab Brann- og sikkerhet v/SDE. Det er et mål at vi kan iverksette et internt</p>			

opplæringstilbud om vold og trusler i foretaket, og det er tidligere gjennomført en pilot på dette. På bakgrunn av ressursmangel på dette området har vi foreløpig ikke kunne tilby kurset som en fast ordning.

Det er foreløpig ikke laget spesifikk rutine for arbeid med å forebygge aggresjon, trusler og vold eller seksuell trakassering mot ansatte i NLSH.

NLSH har retningslinje som omhandler mobbing (RL2138 Mobbing – retningslinje for forebygging og håndtering av mobbing ved NLSH). Denne inkluderer at ansatte ikke skal utsettes for trakassering, mobbing, rasisme, diskriminering eller annen form for utilbørlig opptreden.

Dette er også tema på grunnkurs i HMS i form av temaene «Forstå og forebygge konflikter» og «Mobbing/trakassering og varsling».

Det pr. tiden en krevende situasjon sett i forhold til bemanning så det er usikkert om vi klarer å oppfylle kravet fullt ut i inneværende år.

### **PHR-klinikken**

Har innført møte med aggresjonsproblematikk (MAP) i turnus ukentlig for alt miljøpersonell i aktuelle sykehusenheter. Klinikken har flere instruktører og det gjennomføres regelmessig ferdighetstrening på tvers av enheter og avdelinger.

18	<i>Helseforetakene skal inngå, eventuelt revidere eksisterende, lokale avtaler med de aktuelle universitetene ut fra angitte områder i instruksen.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Nordlandssykehuset er i prosess med å revidere våre samarbeidsavtaler med universitetene i henhold til styresak 101/2024 i Helse Nord. Vi vil å ferdigstille arbeidet i løpet av høsten 2024 i tråd med føringene i Styringskrav og rammer 2024.			

19	<i>Helseforetakene skal øke antall utdanningsstillinger innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie og jordmorfaget sammenlignet med 2023.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Nord Universitet har ikke opptak for utdanningsstillinger innenfor ABIOK i 2024. Neste opptak er høsten 2025. Det vil derfor ikke skje en økning av utdanningsstillinger innenfor anestesi, intensiv, operasjon og kreftsykepleie i 2024. Når det gjelder videreutdanning innenfor barn, tas den ved UiT, da Nord Universitet ikke tilbyr denne utdanningen. For høsten 2024 er antallet økt til 5 plasser (fra 1 i 2023). I tillegg har vi 2 som tar videreutdanning i master avansert klinisk nyfødtsykepleie i Oslo (ikke inkludert i tabell 1). Utover de som tar videreutdanning innenfor ABIOK + jordmor, har vi 3 som tar videreutdanning i akuttisykepleie, og 2 innenfor hjertesykepleie, i tillegg til 7 mastergradsstudenter.			

Tabell 1. Antall utdanningsstillinger innenfor de ulike ABIOK + jordmor i 2024 høsten 2024

	Anestesi	Barn	Intensiv	Operasjon	Kreft	Jordmor	Sum
Nordlandssykehuset	3	5	11	7	5	7	38

20 Opprette nye LIS1-stillinger i samsvar med tabellen under.

LIS1	2023	+2024 vår	+2024 høst	Totalt
Universitetssykehuset Nord-Norge	82	3	1	86
Nordlandssykehuset	63	3	0	66
Finnmarkssykehuset	34*	0	0	34*
Helgelandsykehuset	35	2	1	38
<b>Helse Nord</b>	<b>214</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>224</b>

Nye LIS1-stillinger i Helse Nord i 2024. Alle tall er på helårsbasis.  
\* En av stillingene ved Finnmarkssykehuset er omdisponert til Nordlandssykehuset

FIN,  
UNN,  
NLSH,  
HSYK

Årlig melding  
(tertialvis  
avviksrapportering)

Nordlandssykehuset har etablert antall LIS1 stillinger samsvarende med antallet angitt i tabellen.

21 Helseforetakene skal iverksette sine planer for å øke antall helsefagarbeiderlæringer, og rapportere på tiltak som er iverksatt og resultater i årlig melding. I tillegg skal andel årsverk for helsefagarbeidere økes til minimum 5 prosent av totalt antall årsverk.

FIN,  
UNN,  
NLSH,  
HSYK

Årlig melding  
(tertialvis  
avviksrapportering)

Nordlandssykehuset hadde som mål å ansette 18 nye helsefagarbeiderlæringer i 2024, men per august 2024 har vi kun ansatt 12. Dette skyldes lave søkertall, på tross av 2. gangs utlysning og aktiv promotering gjennom yrkesdager, yrkesmesser osv. Flere av de som søker lærlingeplass er ikke kvalifiserte (mangler papirer, sluttkompetanse osv.). Nordlandssykehuset er i en prosess hvor Bemanningssenteret har lyst ut stillinger for Fagbrev på jobb og det vil bli tilsatt i minst 3 stillinger i løpet av høsten 2024. Disse kommer i tillegg til de 12 helsefaglærningene. Vi har fortsatt mulighet for å ansette flere lærlinger, hvis aktuelle kandidater dukker opp gjennom høsten.

I tillegg har vi tatt inn 9 ambulansefaglæringer, 1 portørlærling, 1 ernæringskokk lærling og 1 kontor- og service lærling i 2024.

23	Helseforetakene skal tertialvis rapportere på tiltak og tiltakseffekt for å redusere omfanget av innleie fra byrå.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Fullmakter til å beslutte innleie er strammet inn, og all innleie av helsepersonell må godkjennes av <b>klinikksjef</b>.</p> <p>Søknad om innleie skal sendes fra enhetsleder eller avdelingsleder til klinikksjef for avgjørelse. Før det besluttet å leie inn skal det vurderes om andre tiltak kan iverksettes for å unngå å leie inn jf. PR60998.</p> <p>All innleie av sykepleiertjenester til Kirurgisk- og Medisinsk klinikk i Bodø skal gå via Bemanningssenteret.</p> <p><b>Barneklubben</b> Det har ikke vært benyttet innleie fra byrå i barneklubben hittil i 2024.</p> <p><b>Diagnostisk klinikk</b> Innleie brukes kun for opprettholdelse av akuttberedskap og kritisk drift og er i henhold til rammer. Det gjøres fortløpende vurderinger av reelt behov og justeringer foretas deretter.</p> <p><b>Kirurgisk klinikk</b> Innleie av personell fra byrå er i hovedsak knyttet til legebemanning i Lofoten og Vesterålen, samt sykepleiere til sengeposter i Bodø og Vesterålen. Det forekommer også noe innleie av spesialsykepleiere, primært til operasjon Lofoten og Bodø, men i et betydelig mindre omfang enn i 2023.</p> <p><b>Tiltak:</b> Klinikken viderefører arbeidet med rekruttering for å redusere innleie av leger til Lofoten og Vesterålen. Muligheten for rekruttering av faste spesialister er begrenset, og det foreligger hittil ikke noen andre muligheter enn innleie for å opprettholde tilbud og beredskap. Ambulering benyttes der det er hensiktsmessig, men er ikke nødvendigvis en mer kostnadseffektiv løsning enn eksternt innleie.</p> <p>Sengepostene i Bodø jobber mot å avvikle innleie gjennom sengetalls- og bemanningsjustering, oppgavefordeling og reduksjon av pleiefaktor. Fremgangen rapporteres månedlig. Det forventes at forbruket av innleie på disse enhetene, som har vært økende i 2023 og 2024, har opphørt fra høsten 2024.</p> <p><b>Medisinsk klinikk</b> Medisinsk klinikk gjør fortløpende en kritisk gjennomgang av behov for innleie med siktemål å redusere omfang så langt som mulig. Det leies kun inn der hvor det er behov for innleid personell for å opprettholde kritisk drift, og beslutning om innleie gjøres på klinikksjefnivå. Ved behov for innleie utenom avtale gjøres beslutning på direktørnivå. På hjerte er bemanningsplanen nå redusert for å holde innleie nede. På lunge/hem har de lyktes med å stabilisere og rekruttere i flere av de ledige stillingene og målsetningen er å avvikle innleie fra årsskiftet 2024/2025. Oppgavedeling er godt innarbeidet på flere av sengepostene. Lofoten jobber med å ansette leger i små stillinger til erstatning for innleie fra byrå. Vesterålen har redusert sitt innleie fra byrå.</p>			

Sengeposten nyre, gastro, infeksjon har kun innleie behov på sommeren. Øvrige avdelinger leier bare unntaksvis inn noen fra firma. Innleiekostnadene fra firma er redusert i forhold til samme periode 2023.

**PHR-klinikken** har redusert innleie fra vikarbyrå sammenlignet med 2023. Det er kun innleie av overleger fra vikarbyrå i PHR klinikken, og som gjelder kritisk kompetanse for opprettholdelse av forsvarlig drift.

**Prehospital klinikk** har ikke innleie fra byrå.

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

### Styringskrav:

24	<i>Helseforetakene må senest i løpet av 2. kvartal 2024, delta i pilot for vedtatt rekvisisjonspraksis. Deltakelse i piloten skal sikre tilstrekkelig volum slik at Pasientreiser HF i løpet av 2024 kan vurdere risiko for økt antall telefoner når mer av bestillingsansvaret overføres fra behandler. Hensikten er å fremskaffe pålitelig informasjon slik at helseforetakene i samarbeid med HN RHF, kan sørge for riktig dimensjonering av kapasitet ved pasientreisekontorene i forkant av nasjonal implementering primo 2025.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Pasientreiser i Nordlandssykehuset startet pilot for ny rekvisisjonspraksis medio februar. To avdelinger i Nordlandssykehuset deltar i piloten, i tillegg til en fysioterapeut i en kommune. Piloten avdekket raskt at de aller fleste behandlere mangler tilgang til løsningen gjennom sin EPJ-leverandør, noe som har påvirket utrullingstakten. Det er forventet at tilgangsproblemene løses for flere EPJ-leverandører ilt høsten, slik at flere behandlingssteder kan bli tilkoblet.</p>			
26	<i>Etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskrivning.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Kvinneklinikken har rutiner for at kvinner kan henvende seg direkte den første tiden etter fødsel. Det gjelder alle tre lokasjoner.</p>			

## 6. Øvrige krav og rammer for 2024

### 6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet

#### Styringskrav:

36	<i>Følge opp innkjøpsområdet spesielt i arbeidet med å sikre økonomisk bærekraft.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Nordlandssykehuset styrket innkjøpsområdet med ekstra ressurser fra 2. halvår 2023, og kostnadsreduksjon knyttet til økt bruk av innkjøpsavtaler er en sentral del av tiltakene i foretakets omstillingsplan for 2024. Gjennom 1. og 2. tertial er det iverksatt flere tiltak knyttet til reduksjon av anskaffelser utenfor avtale, da kjøp innenfor etablerte avtaler forventes å bidra til kostnadsreduksjon og unngåtte kostnader. Det arbeides fortløpende med å identifisere nye deltiltak innenfor konkrete produktområder.</p>			
37	<i>Allokere nødvendige kliniske ressurser til å ivareta faglige krav i forbindelse med anskaffelser og sortimentsavklaringer innen rammen av styringsmodellen. Delta i arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser slik at kategoristyringen er gjennomførbar. Arbeidet skal ledes av Helse Nord RHF. Delta i utvikling av nødvendige endringer og aktivt følge opp at disse gjennomføres, slik at sortimentsstyring gjennomføres i tråd med omforent plan.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Nordlandssykehuset deltar aktivt i arbeidet med implementering av ny styringsmodell for anskaffelser, herunder arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og sortimentsstyring. Det er iverksatt interne prosesser for bedre involvering av kliniske ressurser i anbudsprosesser og sortimentsavklaringer. Innkjøpsavdelingen har etablert tett samarbeid med klinisk personell i flere klinikker innenfor definerte produktområder. I det regionale arbeidet knyttet til implementering av ny styringsmodell for anskaffelser er det blant annet identifisert behov for tydeliggjøring av modellen i form av rollebeskrivelser og mandater, samt strukturer for kommunikasjon og involvering. En slik tydeliggjøring er svært viktig å få på plass for å underbygge et godt samspill mellom kliniske ressurser og innkjøpsavdelingen lokalt, som vurderes som en forutsetning for å lykkes i arbeidet med standardisering og styring av sortiment.</p>			



## 6.4 Investeringer i store bygg og prosjektstyring

### Styringskrav:

38	Helseforetakene skal følge opp at langsiktige investeringsplaner tar høyde for forventet utvikling i arealbehov, herunder at andre forutsetninger i arealprognosene følges opp.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Strategisk utviklingsplan samt Rullerende plan for drift og investering ivaretar disse forhold.			

## 6.5 Øvrige krav i foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF

### 6.5.4 Oppfølging av revisjoner og tilsyn

#### Styringskrav:

39	Styrene i helseforetakene skal behandle og vedta plan for oppfølging av alle rapporter fra Riksrevisjonen, andre tilsynsmyndigheter og internrevisjon i Helse Nord RHF som gjelder foretaket.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Dette settes opp som styresaker i styremøtet 2 ganger per år samt fortløpende.			

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

### 7.1 Økonomiske krav og rammer

#### Styringskrav:

43	Helseforetaket skal identifisere konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Virksomhetsrapport og tertialrapport
<p><b>Barneklinikkens</b> avvik ligger i hovedsak på lønn og lønnsutgifter. Mye skyldes sykefravær og vakante vakter, økt UTA bla grunnet en høy andel seniorer blant overlegene. Det finnes også stillinger som ikke er budsjettert, men er av nødvendighet for rekruttering til overlegesiktet.</p> <p><b>Diagnostisk klinikk</b> jobber på alle nivåer for å tilpasse driften til de rammene vi har. Vi har avdekket områder hvor vi ser at det er mulig å gjøre endringer for å redusere fremtidige kostnader. Her er alle ledernivåer involvert for å sikre at vi setter inn riktige tiltak og at vi har gjennomføringskraft.</p> <p><b>Kirurgisk klinikk</b> står i en kontinuerlig utfordring med å holde driftskostnadene innenfor tildelte rammer, parallelt med opprettholdelse av tilbud og forbedring av</p>			



tilgjengelighet og kvalitet. Avstanden mellom forventninger, økonomiske rammer og reelt handlingsrom er fortsatt betydelig.

For å skape et bedre grunnlag for økonomi- og øvrig styring har Kirurgisk klinikk endret avdelingsstrukturen til en mer fagorientert organisasjon, hvor endringene ble gjort permanente fra 1. februar 2024. Nye ledere er ansatte, og den nye organisasjonen er i ferde med å «sette seg», men det er fortsatt for tidlig å si hvor stor effekt dette vil ha på den økonomiske utviklingen på sikt.

Klinikken hadde ved utgangen av juli (per 06.05.24) et negativt resultatavvik på 63,9 mill., mot 79,3 mill. i samme periode i 2023. Estimert effekt av «tiltaksplan 1» per juli var 24,2 mill. Regnskapet for august måned viser ett negativt resultat på 80,5 mill.

Det klart største avviket er som tidligere knyttet til lønn, hvor differansen mellom brutto månedsvik og faktisk tilgjengelige månedsvik er stor, primært knyttet til (syke-)fravær. Vikarer og innleie er som kjent langt mer kostbart for driften enn faste, stabile ansatte. Sykefraværet har økt fra 8,2 % i 2019 til 10,9 % hittil i 2024. Arbeidet for å redusere sykefraværet pågår kontinuerlig.

### **Medisinsk klinikk**

Klinikken jobber videre med oppfølging av tiltaksplaner og har god gjennomføringsevne på tiltakene. Per august hadde klinikken et negativt budsjettavvik på 8,2 mill. kr hvorav merforbruket i stor grad er knyttet til innleie, overtid og medisinsk materiell. Det jobbes med å identifisere nye tiltak for å bringe klinikken i balanse. Klinikken bidrar også aktivt i arbeidsgruppene for utredning av tiltak på tvers av klinikker.

### **PHR klinikken**

Det er iverksatt flere pågående og nye tiltak i og på tvers av avdelinger for å stoppe fremtidige fristbrudd i aktuelle DPS og BUP poliklinikker. Fristbruddkostnader er PHR klinikkens største økonomiske driver.

### **Prehospital klinikk**

Budsjettavvik hittil i år: - 45,9 mill. kr  
Forventet effekt tiltaksplan 1 per august: 5,1 mill. kr  
Faktisk effekt tiltaksplan 1 per august: 5,5 mill. kr

Tiltaksarbeidet har hatt god effekt. Arbeidet med omstrukturering av ambulansetjenesten (tiltaksplan 2) holder tidsplanen og vil gi effekt i 2025. Portøravdelingen har redusert overforbruket med 30 %. Akuttmottaket har redusert overforbruket med 13 %.

Av totalt budsjettavvik i år er 16,6 mill. kroner relatert til overtid til tross for 10 % reduksjon i forhold til forrige år. Innføringen av kalenderplan er forventet å gi en betydelig reduksjon. 5 mill. kr av overforbruket i forhold til forrige år er relatert til leie av lokaler.

Sykefraværet i klinikken er pr august 9,2 %.. Det har vært en positiv trend i 2024 med en reduksjon med 12 %. AML-brudd i bilambulansen viser en betydelig nedadgående trend. Reduksjonen er på 63 % pr. august 2024 i forhold til samme periode i fjor.

**Senter for Drift og eiendom (SDE)** er ajour i forhold til tiltak i Tiltakspakke 2.

44  Se målekort HN LIS	Helseforetaket skal sikre kontroll og oppfølging av tiltakene og ved behov iverksette ytterligere tiltak. Det skal rapporteres månedlig.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Virksomhetsrapport og tertialrapport
---------------------------------	--	------	--

**Barneklubben** har tre tiltak som følges opp månedlig. Effekt på overtid/innleie grunnet sykefravær har vært forsinket grunnet høyt sykefravær i årets første måneder. Effekt på de to øvrige tiltak har gått som planlagt.

#### **Diagnostisk klinikk**

Tiltakene følges opp i egne møter og det vurderes fortløpende behov for endringer. Det rapporteres videre i henhold til overordnet rapporterings mal.

#### **Kirurgisk klinikk**

Økonomistyring og tiltaksarbeid vies mye tid og ressurser og er satt i system i klubben med blant annet faste månedlige oppfølgingsmøter med hver avdeling, hvor tiltakseffekt evalueres. Det er utarbeidet en felles rapporteringsmal for alle avdelinger, som fylles ut i forkant av oppfølgingen. Plan/analyse er sterkt involvert i planleggings- og rapporteringsarbeidet og deltar i alle oppfølgingsmøter. Det som kommer frem i oppfølgingsmøtene med avdelingene samles og rapporteres videre i klubbens påfølgende møte med direktøren.

Klubben vurderer situasjonen som kritisk og jobber aktivt og målrettet for å identifisere ytterligere tiltak med økonomisk effekt inneværende år.

For mer detaljert beskrivelse av tiltak og effekt vises det til klubbens budsjettokumenter og økonomirapportering.

#### **Medisinsk klinikk**

Det jobbes målrettet med tiltakene og de følges opp i månedlige faste driftsmøter med avdelingene i klubben. Det pågår et kontinuerlig og langsiktig arbeid med å rekruttere og stabilisere bemanningen spesielt ved sengepostene hvor klubben har vært avhengig av innleie for å sikre drift.

#### **PHR-klubben**

Tiltaksplan for å stoppe fremtidige fristbrudd har hovedprioritet.

#### **Prehospital klinikk**

Det jobbes målrettet med tiltakene for 2024 og oppfølgingen av disse. Måloppnåelsen er på 5,5 millioner kroner (forventet 5,1 millioner kroner).

Prehospital klinikk arbeider med kalenderplaner med mål om innføring desember 2024. Som et ledd i tiltakspakke 2 arbeides med en strukturprosess i bilambulansetjenesten. Dette er forventet å gi en effekt på 11 millioner.

**Senter for Drift og eiendom** har månedlig oppfølging på flere styringsperspektiv, herunder økonomi og tiltak knyttet til å nå resultatkrav.

## 8. Andre krav til rapportering

### Risikovurdering:

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

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

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

Område for risikostyring	Mål	Hvilke(t) foretak?	Målefrekvens	Detaljer av måling	Datakilde (hvilken) eller manuell telling?
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	1. Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE 2. Redusere fristbrudd 3. Ventetid innenfor frister 4. Pakkeforløp innenfor frister	Sykehusforetak	Tertialvis Månedlig Månedlig Månedlig	Vedlegg til styringskrav og rammer 2024	SKDE HN LIS HN LIS HN LIS
Personell, utdanning og kompetanse	1. Redusert innleie 2. Redusert overtid 3. 6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging	Sykehusforetak Alle Sykehusforetak	Månedlig Månedlig Månedlig	Andel ventende med tildelt time innen 6 mnd frem i tid	HN LIS HN LIS HN LIS
Helse-Miljø-Sikkerhet	1. Reduksjon i sykefravær 2. Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Alle	Månedlig Kvartal	Hendelser/avviksmeldinger registrert i DocMap	HN LIS DocMap
Sikkerhet og beredskap	1. Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser ( <i>graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring</i> )	Alle	Kvartal Kvartal  Månedlig Månedlig Månedlig	Antall gjennomførte øvelser Andel oppdaterte beredskapsplaner  Antall beredskapshendelser i eget helseforetak 1. Overordnet beskrivelse av hendelsen 2. Beskrive evaluering av hendelse  Antall kritiske sårbarheter internt i HN, totalt og fordelt på foretak i regionen. Antall eksponerte sårbarheter medium til kritisk som detekteres av NHH. Antall Utdataerte enheter og sertifikater	Helse CIM Helse CIM/DocMap  Helse CIM  HN IKT HN IKT HN IKT
Økonomi	1. Oppnå økonomisk resultatkrav 2. Gjennomføring tiltaksplan for omstilling 3. Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Alle	Månedlig Månedlig Månedlig	Regnskap mot budsjett Manuell måling av gjennomføringsgrad Økt andel kjøp	SAS LIS Manuell rapportering SAS LIS
Forskning og innovasjon	1. Økt antall kliniske studier 2. Økt antall pasienter i kliniske studier	Sykehusforetak	Årlig Årlig	Målene er spesifisert i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025, og spesifisert de enkelte år i oppdragsdokument fra HOD	Nasjonalt målesystem for forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

## Risikovurdering av utvalgte styringskrav

Område (RL1602)	ID	Mål	Initiell Risiko-vurdering	Begrunnelse for risikovurdering	Risiko-vurdering T2	Begrunnelse for risikovurdering)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
Kvalitet og kapasitet i	1	Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE	Gul	Kapasitetsutfordringer (operasjonsplanlegging) gir utfordringer til å nå måltall Tiltak og ansettelse r er med på å endre bilde i positiv retning. Flere områder vurdert til grønn, men små forhold påvirker måloppnåelse .	Gul	Kapasitetsutfordringer (operasjonsplanlegging) gir utfordringer til å nå måltall Tiltak og ansettelse r er med på å endre bilde i positiv retning. Flere områder vurdert til grønn, men små forhold påvirker måloppnåelse .	ja	
	2	Redusere fristbrudd	Rød	Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidsplanlegging. Mangler ressurser i viktige stillinger og på lokasjoner	Rød	Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidsplanlegging. Mangler ressurser i viktige stillinger og på lokasjoner	ja	
	3	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Måsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	Rød	Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidsplanlegging. Manglende tilgjengelige ressurser, god logistikk og langtidsplanlegging Habilitering for barn og unge har en ventetid i januar 2024 på 390 dager. Dette gjelder primært heldøgns utredninger. Behov er større en produksjon. Eksterne avhengigheter - helsenord pilot felles inntak avtalespesialister, henvisningsmegde, behandlingskontorer	Rød	Måloppnåelse avhenger av tilgjengelige ressurser (herunder tilgjengelig personell, lokaler og utstyr), god logistikk og god langtidsplanlegging. Manglende tilgjengelige ressurser, god logistikk og langtidsplanlegging Habilitering for barn og unge har en ventetid i januar 2024 på 390 dager. Dette gjelder primært heldøgns utredninger. Behov er større en produksjon. Eksterne avhengigheter - helsenord pilot felles inntak avtalespesialister, henvisningsmegde, behandlingskontorer	ja	
	4	Andel pakkeforløp innenfor frister	Rød	Ulik måloppnåelse for de ulike pakkeforløpene - noen forløp er innefor kravet andre ikke.	Rød	Ulik måloppnåelse for de ulike pakkeforløpene - noen forløp er innefor kravet andre ikke.	ja	

Område (RL1602)	ID	Mål	Initiell Risiko-vurdering	Begrunnelse for risikovurdering	Risiko-vurdering T2	Begrunnelse for risikovurdering)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
Personell, utdanning	5	Redusert innleie	Gul	Klinikkene melder om at de vil redusere innleie i 2024, men at de ikke kommer til å nå målet om null innleie i 2024. Det er flere sengeposter som er avhengig av innleie for å drifte sengeposter. Mangler leger for å drifte i lofoten Vanskelig rekrutteringsmarked for diagnostisk personell	Gul	Klinikkene melder om at de vil redusere innleie i 2024, men at de ikke kommer til å nå målet om null innleie i 2024. Det er flere sengeposter som er avhengig av innleie for å drifte sengeposter. Mangler leger for å drifte i lofoten Vanskelig rekrutteringsmarked for diagnostisk personell	ja	
	6	Redusert overtid	Gul	Overtid vil reduseres, men forutsetter at det jobbes med rekruttering, stabilisering, bemanningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet Mangler personell Små fagfelt - skal lite til Stedvis høyt sykefravær over lang tid gjør det vanskelig å "treffe" på hvor mange vikarer som skal leies inn over en 6 mnd.periode I tillegg er det vanskelig å erstatte sykemeldte med høy kompetanse. Det kan føre til lavere kompetanse på vakt og videre overtid eller flytting av vakter i perioder med høy aktivitet.	Gul	Overtid vil reduseres, men forutsetter at det jobbes med rekruttering, stabilisering, bemanningsplanlegging, arbeidsfordeling og kompetanseheving, organisering og logistikk knyttet til oppgaver i den enkelte enhet Mangler personell Små fagfelt - skal lite til Stedvis høyt sykefravær over lang tid gjør det vanskelig å "treffe" på hvor mange vikarer som skal leies inn over en 6 mnd.periode I tillegg er det vanskelig å erstatte sykemeldte med høy kompetanse. Det kan føre til lavere kompetanse på vakt og videre overtid eller flytting av vakter i perioder med høy aktivitet.	ja	
	7	6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging	Gul	For å klare en planleggingshorisont på 6 måneder forutsetter at det jobbes med rekruttering, stabilisering, bemanningsplanlegging og logistikk. Rekrutteringsutfordringer gjør det mer utfordrende å planlegge over lengre perioder.	Gul	For å klare en planleggingshorisont på 6 måneder forutsetter at det jobbes med rekruttering, stabilisering, bemanningsplanlegging og logistikk. Rekrutteringsutfordringer gjør det mer utfordrende å planlegge over lengre perioder.	ja	

Område (RL1602)	ID	Mål	Initiell Risiko-vurdering	Begrunnelse for risikovurdering	Risiko-vurdering T2	Begrunnelse for risikovurdering)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
	8	Reduksjon i sykefravær	Gul	Det er stor variasjon i sykefraværet mellom de ulike avdelingene og enhetene.	Gul	Det er stor variasjon i sykefraværet mellom de ulike avdelingene og enhetene.	ja	
Helse-Miljø-Sikkerhet	9	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Gul	Varierende tilbud/tilgang til kurs/opplæring For generelle prosedyrer - har ikke felles forståelse for hva vold og trusler er. Vi mangler overordnet prosedyre for foretaket Mangel på kunnskap om tema på ulike nivå Ulik opplæring i de forskjellige avdelingene Mangler felles forståelse av voldsrisikovurdering. Oppfølging av personell etter hendelser kan bli bedre. Meldekultur internt kan bli bedre.	Gul	Varierende tilbud/tilgang til kurs/opplæring For generelle prosedyrer - har ikke felles forståelse for hva vold og trusler er. Vi mangler overordnet prosedyre for foretaket Mangel på kunnskap om tema på ulike nivå Ulik opplæring i de forskjellige avdelingene Mangler felles forståelse av voldsrisikovurdering. Oppfølging av personell etter hendelser kan bli bedre. Meldekultur internt kan bli bedre.	ja	
Sikkerhet og beredskap	10	Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	Gul	Beresskapssjef ansatt fra 01.01.24. Ikke tilstrekkelig oversikt over risiko i forbindelse med beredskapsområdet, utføringsbildet er i rask endring.	Gul	Overordnet risiko og sårbarhetsvurdering for beredskap i Nordlandssykehuset gjennomført og ferdigstilt. Anbefalte tiltak vil bli innført etter prioritet. Risiko er vurdert men risikoreduserende tiltak er ikke iverksatt pr nå.	ja	Revisjon av regional overordnet ROS samt regional beredskapsplan som har innarbeid styringskrav

Område (RL1602)	ID	Mål	Initiell Risiko-vurdering	Begrunnelse for risikovurdering	Risiko-vurdering T2	Begrunnelse for risikovurdering)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
Økonomi	11	Oppnå økonomisk resultatkrav	Rød	Kirurgisk klinikk og Prehospital klinikk har store økonomiske omstillingsutfordringer inneværende år og sannsynligheten for å gå i balanse i disse klinikkene er svært liten. Noen av tiltakene vil ta tid før de gir ønsket effekt. Klinikkenes største utfordringer er fortsatt en drift med betydelig bruk av overtid/innleie som må reduseres uten vekst i faste månedsverk. Det er også høy risiko knyttet til mulighet for å finne nye tiltak når nye utfordringer oppstår i løpet av året. Psykisk helse og rus klinikken har løpende kostnader til tidligere fristbrudd som klinikken ikke kan avslutte, arbeidet med å unngå nye fristbrudd er særdeles viktig for å oppnå bedre økonomisk resultat.	Rød	Kirurgisk klinikk og Prehospital klinikk har store økonomiske omstillingsutfordringer inneværende år og sannsynligheten for å gå i balanse i disse klinikkene er svært liten. Noen av tiltakene vil ta tid før de gir ønsket effekt. Klinikkenes største utfordringer er fortsatt en drift med betydelig bruk av overtid/innleie som må reduseres uten vekst i faste månedsverk. Det er også høy risiko knyttet til mulighet for å finne nye tiltak når nye utfordringer oppstår i løpet av året. Psykisk helse og rus klinikken har løpende kostnader til tidligere fristbrudd som klinikken ikke kan avslutte, arbeidet med å unngå nye fristbrudd er særdeles viktig for å oppnå bedre økonomisk resultat.	ja	
	12	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Gul	Foretaket hadde ved styrebehandling tiltak for 123 mill. kroner av en omstillingsutfordring på 271 mill. kroner. Dette innebærer at foretaket har en tiltakspakke for deler av nødvendig omstilling for å drifte i tråd med styringskrav på + 5 mill. kroner.	Gul	Foretaket hadde ved styrebehandling tiltak for 123 mill. kroner av en omstillingsutfordring på 271 mill. kroner. Dette innebærer at foretaket har en tiltakspakke for deler av nødvendig omstilling for å drifte i tråd med styringskrav på + 5 mill. kroner.	ja	
	13	Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Grønn	Potensiale for økning på 10% identifisert, arbeid allerede i gang	Grønn	Potensiale for økning på 10% identifisert, arbeid allerede i gang	ja	Kapasitet hos Sykehusinnkjøp er en kritisk suksessfaktor. Må løses av regionen i fellesskap

Område (RL1602)	ID	Mål	Initiell Risiko-vurdering	Begrunnelse for risikovurdering	Risiko-vurdering T2	Begrunnelse for risikovurdering)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
Forskning og innovasj	14	Økt antall kliniske studier	Grønn	Nordlandssykehuset har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	Grønn	Nordlandssykehuset har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	ja	Videreføring av regional støtte til studiepersonell er en helt avgjørende faktor. Det er viktig at støtten videreføres for å tilby ønsket kapasitet på dette området.
	15	Økt antall pasienter i kliniske studier	Grønn	Nordlandssykehuset har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	Grønn	Nordlandssykehuset har per dato kontroll over dette området og ser ingen spesielle grunner til at situasjonen skal endre seg.	ja	Videreføring av regional støtte til studiepersonell er en helt avgjørende faktor. Det er viktig at støtten videreføres for å sikre kontinuitet og kompetanse.

Helseforetakets Topp 5 risiko		Navn på risiko	Risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Begrunnelse for risikovurdering (se forklaring linje 3-5)	Er tiltak iverksatt (ja/nei)?	Forslag til regionale tiltak
Risikoområde	HF1	Utskrivningsklare pasienter	Rød	Økt ressursbehov medfører lengre ventetid for elektiv kirurgi jan24 - overbelegg i sengepost med mer enn 30% utskrivningsklare pasienter - fører til fristbrudd, økt overtid og innleie. Vi kan ikke styre denne risiko selv.	ja	
Risikoområde	HF2	Kapasitetsutfordring i PHR	Rød	ref. helsenord styresak - funksjons og oppgavedeling	ja	
Risikoområde	HF3	Manglende økonomisk bærekraft	Rød	Manglende mulighet til investering og vedlikehold. Gjelder både bygningsmasse og utstyr/maskiner.	ja	
Risikoområde	HF4	Manglende bemanning	Gul	Mangler personell til nøkkelstillinger og kunne vært satt til rødt, men det generelle bilde tilsier gult nivå.	ja	
Risikoområde	HF5	Kapasitet på radiologiske tjenester	Rød	Mangler radiologer	ja	Løfte problemstilling med svak rekruttering nasjonalt for å sikre likverdige helsetjenester i årene som kommer