



Møtedato: 23.05.2024

Vår ref.:

2024/25-1

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

10.05.2024

Styresak 52-2024 Tertialrapport nr.1 - 2024

Forslag til vedtak

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Tertialrapport nr.1 - 2024* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Tertialrapport nr.1 - 2024 redegjør for hvordan Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) følger opp styringskrav, indikatorer og mål i *Styringskrav og rammer for 2024 fra Helse Nord RHF* (HN RHF).

Formål

Informere styret om fremdrift i *Styringskrav og rammer 2024* fra Helse Nord RHF.

Saksutredning

Styringskrav og rammer 2024 fra HN RHF til UNN inneholder 44 styringskrav og flere kvalitative mål og indikatorer. I henhold til en fastsatt mal er UNN i 1.tertialrapport bedt om å avviksrapportere på 39 av styringskravene, samt beskrive pågående arbeid for 9 styringskrav, 9 indikatorer og 2 mål.

Avviksrapportering er nytt av året, og det er ikke gitt noen føringer fra HN RHF for hvordan denne skal gjøres. UNN har valgt å gjøre en risikovurdering av de aktuelle krav, indikatorer og mål. Hvorvidt det er vurdert som høy, middels eller lav risiko for at UNN vil kunne innfri oppdraget innen året er omme illustreres gjennom trafikklysmerking av de oppdrag som er vurdert, se vedlegg 1. Risikovurderingen er gjort av Kvalitetsavdelingen etter en samlet rapportering via *Styringshjulet* fra de ulike klinikkene og stabene.

Ett styringskrav og fem indikatorer vurderes per 1.mars å ha høy risiko for å ikke kunne bli

innfridd ved årets slutt, og er markert med rødt i vedlegget:

- *Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov).*
- *Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).*
- *Følge opp innkjøpsområdet spesielt i arbeidet med å sikre økonomisk bærekraft.*
- *Helseforetaket skal identifisere konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.*
- *Helseforetaket skal sikre kontroll og oppfølging av tiltakene og ved behov iverksette ytterligere tiltak. Det skal rapporteres månedlig.*
- *Redusere fristbrudd.*

Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene skal for regionen samlet sett økes med minst 15 %. UNN har vedtatt en egen handlingsplan for økt forskningsaktivitet, og flere fagområder rapporterer om en aktiv tilnærming til kliniske studier. Samtidig er kapasiteten på røntgen- og laboratorietjenester svært presset. Lang saksbehandlingstid hos personvernombudet (PVO) har vært en bekymring, men nylig kapasitetsøkning indikerer nå en ønsket utvikling.

Det er en positiv utvikling på flere områder for SKDEs utvalgte kvalitetsindikatorer. Et eksempel er at det i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) er økt andel fra 5 til 15 % hos pasienter >75 år med hoftebrudd som får sementert stamme ved operasjon med hoftebruddsprotese. Et annet eksempel er at andelen trombolyse ved hjerneslag er nær målet på 20 %.

Bemanning, ledelse og organisasjon

UNN har i 1.tertial 2024 en liten reduksjon i sykefravær (-1,9 %).

Det arbeides videre med å innføre og legge til rette for en planleggingshorisont på 6 måneder, men det er risiko for at dette ikke er fullt ut implementert i løpet av 2024.

Det er positivt at innleie fra eksterne firma er redusert i årets 3 første måneder fra 63 til 41 gjennomsnittlige månedsverk.

Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

For pakkeforløp kreft er 67 % av pasientene innen standard forløpstid ved tertialets ende. Dette er nært måltall på 70 %. Det forventes reduksjon i ventetidene, og det pågår flere tiltak for å øke kapasiteten innen de fagområdene med størst utfordringer.

Sikkerhet og beredskap

Arbeidet med å skaffe oversikt over medisinsk utstyr som er tilkoblet digitalt nettverk pågår og registreres inn i «Asset management». Handlingsplan og plan for forvaltning utarbeides i samarbeid med regionalt prosjekt.

Økonomiske krav og rammer

UNN konkretiserer nye tiltak for økonomisk bærekraft i omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN». I tillegg risikovurderes budsjett og økonomisk resultat flere ganger årlig for å sikre kontroll og oppfølging.

Andre krav til rapportering

UNN har ansatt en innkjøpscontroller som skal jobbe konkret med å øke andelen anskaffelser gjennom Sykehusinnkjøp.

Det jobbes systematisk med å redusere overtidsbruk, og hittil i år er det en nedgang på ca 3400 timer sammenlignet med 2023. Andelen innleid personell er 0,6 % av månedsverkene mot 1,1 % i samme periode i 2023.

UNN har økning i antall fristbrudd hittil i år. Psykiatri og Øre-nese-hals er blant de fagområdene som har størst utfordring med fristbudd.

I UNN er det en reduksjon av rapporterte tilfeller av vold og trusler hittil i 2024.

For å sikre en motstandsdyktighet mot uønskede hendelser sikres oppdatering av relevante beredskapsplaner og det innføres nye systemer og tiltak i henhold til regionale prosjekter.

Medvirkning

Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten og arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 19/20. Protokoll og referat fra møtene legges frem som referatsaker i styremøtet 23.05.2024.

Vurdering

Tertialrapport nr.1 - 2024 beskriver status på oppfølgingen av kravene HN RHF har bedt om rapport på i første tertial. Alle styringskrav, indikatorer og mål i oppdragsdokumentet er tatt inn i *Styringshjulet* og er under oppfølging i ulike klinikker og staber i UNN. 6 av de risikovurderte punktene i årets styringsdokument vurderes å ha høy risiko for ikke å kunne slutføres innen året er omme. Disse er knyttet til økonomisk budsjettbalanse, reduksjon i fristbrudd, overholdelse av pasientavtaler og økt intensivkapasitet.

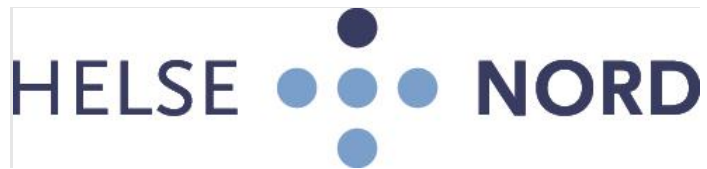
Tertialrapport nr.1 - 2024 anbefales godkjent for oversendelse til Helse Nord RHF.

Tromsø, 14.05.2024

David Johansen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2024
2. Oversikt over UNNs topp 6 risikoområder – styresak 28-2024.



Tertialrapport nr 1-2024 for Universitetssykehuset Nord-Norge



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU



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	10
5. Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.....	15
6. Øvrige krav og rammer for 2024	19
6.1 Sikkerhet og beredskap	19
6.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern	19
6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet.....	20
6.4 Investeringer i store bygg og prosjektstyring.....	21
6.5 Øvrige krav i foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF.....	21
6.5.4 Oppfølging av revisjoner og tilsyn.....	21
7. Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet	22
7.1 Økonomiske krav og rammer	22
8. Andre krav til rapportering	24

Om rapportering

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

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

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

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

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

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

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

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

<i>Krav nr / Mål / Indikator</i>	<i>Krav tekst</i>	<i>Gjelder foretak</i>	<i>Rapporterings- frekvens (evt avviksrapportering tertialrapport)</i>
<i>Kilde</i>			
<i>Rapporteringstekst:</i>			

Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene

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

Mål	Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----	---	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels -usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist

Indikator	Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----------	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

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

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Indikator Se målekort HN LIS	Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.	UNN, NLSH	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
--	--	--------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Indikator	Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.	UNN, NLSH	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----------	--	--------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Styringskrav:

1	Helseforetakene skal sikre at alle barnevernsinstitusjoner tilknyttes et ambulant spesialisthelsetjenestetteam 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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	---	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

2	Helseforetakene skal sikre fullverdig rapportering til kvalitetsregisteret KVARUS innen TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

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

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

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

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

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

4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

Mål	Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----	--	------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

<i>Mål</i>	<i>Økt kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning</i>	<i>Alle</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

<i>Mål</i>	<i>Sykehusene skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

<i>Indikator</i>	<i>Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2024, skal for regionen samlet sett, økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er en forventning om at UNN og NLSH har større økning enn øvrige helseforetak.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			
<i>Rapporteringstekst:</i>			
<p>Barne- og ungdomsklinikken (BUK) har en aktiv tilnærming til forskning; utdanning, prosjekt og rekruttering til studier. Det er flere pågående prosjekter i klinikken eller hvor klinikken er inkludert, og erfaringen er at vi er i gang med å innfri målkravene.</p> <p>Diagnostisk klinikk (DK) bidrar for gjennomføring av studier. Røntgenavdelingen har store utfordringer med å bidra i den økende andel studier som etterspørres. Dette skyldes i hovedsak manglende legekapasitet, men også manglende kapasitet på MR og CT. Klinisk patologi og Laboratoriemedisin har også utfordringer med å kunne si ja til alle forespørslers.</p> <p>Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken (K3K) blir i mindre grad invitert med til kliniske studier pga kapasitetsproblemer på rtg-CT og lang svartid hos personvernombudet (PVO). K3K klarer ikke å bidra til 15 % økning i antall kliniske studier så lenge vi ikke blir invitert med i studier og saksbehandlingstid hos PVO er opptil 6 mnd.</p> <p>Medisinsk klinikk (MK) hadde ved utgangen av 2023 28 studier, og fire av disse har foreløpig avslutningsdato i løpet av 2024.</p> <p>I Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) er 1 behandlingsstudie kommet til fra 2024 (Høyintensiv trening mot angst: En RCT studie) slik at klinikken nå har 5 studier (Høyintensiv trening mot angst, Ketamin mot depresjon og alkoholavhengighet, Thetaburst stimulering og depresjon, Mentaliseringsbasert terapi samt Høyintensiv trening og psykisk helse ved Medikamentfri Avdeling). Det er således en økning på 20 % fra 2023 til 2024 for kliniske studier.</p> <p>Oppdaterte tall fra 2023 i Cristin publiseres juni 2024.</p>			

<i>Indikator</i>	<i>Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

<i>Indikator</i>	<i>Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov).</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.			
Gjennomgå prosedyre for full intensiv. Eventuell økning av kapasitet utsettes i påvente av evaluering av oppdelingen av intensivvirksomheten i kirurgisk og medisinsk intensiv i A9, tiltaksplan og overordnede føringer. Beredskapsplaner er under arbeid Selv med oppgaveglidning (30 % ordinære sykepleiere) er tilgangen på bemanning begrensende			

Styringskrav:

<i>5</i>	<i>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.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
<i>Se målekort HN LIS</i>	<i>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.</i>		<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			
Rapporteringstekst:			
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag:			
<ul style="list-style-type: none"> • Mål: 80 % (Jfr målepunkt i Pakkeforløp hjerneslag) • Status april 2024: Oppdaterte tall for 2023 fra registeret publiseres juni 2024. <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak: Fortsette arbeidet med å systematisere kontrollrutiner for hjerneslagpasienter. Bedre rutinene for å få til fortløpende registrering. 			
Operasjon innen 48 timer etter hoftebrudd pasienter over 65 år			
<ul style="list-style-type: none"> • Mål i UNN: 90 % • Status april 2024: <ul style="list-style-type: none"> • Tromsø 73 % • Harstad 95 % • Narvik 78 % 			

- **Tiltak:** To prosjekter pågår: Fast-Track hoftebrudd hvor prosjektet nå er i fase hvor preoperativ del av prosjektet utvides til Harstad og Narvik. Nyoppstartet prosjekt for ivaretagelse av ortopedisk ø-hjelp. Ventetid på operasjon er et Tromsø-problem
- **Resultatutvikling:** Harstad har stabil utvikling, mens både Tromsø og Narvik har hatt nedgang. For Tromsø er det manglende ø-hjelpskapasitet som er årsaken.

Sementert stamme ved bruk av protese ved hoftebrudd for pasienter over 70 år

- **Mål:** Alle pasienter over 70 år skal ha sementerte proteser
- **Status** april 2024:
 - Tromsø 15 %
 - Harstad 92 %
 - Narvik 100 %
- **Tiltak:** Flere brikker for sementert hofteprotese og supplerende nødvendig utstyr er under anskaffelse, venter på endelig godkjenning på noe utstyr. To operatører kurses i sementering i januar, flere sendes på kurs etter hvert som vi får plass. Legge til rette i arbeidsplanen slik at de som kurses kommer i gang med sementering.
- **Resultatutvikling:** Stabile tall for Narvik og Harstad. Tromsø har hatt en pen økning siden 2023 fra 5 % til 15 %.

Andel trombolysed ved hjerneslag

- **Mål: 20%** (jfr Norsk hjerneslagregister er 20 % definert som høy måloppnåelse)
- **Status** mars 2024:
 - Tromsø 20,7 %
 - Harstad 17,1%
 - Narvik 17,9 %
- **Tiltak:** For Tromsø er tiltaket å fortsette å ha fokus på god registreringspraksis og opplæring av nyansatte i prosedyrer. For Narvik og Harstad: Gjennomgang av registreringspraksis med fokus på inklusjonskriterier og rutiner for fortløpende registrering. Internundervisning om trombolysed ved lav NIHSS
- **Resultatutvikling:** Tromsø ligger stabilt på måltallet mens Narvik og Harstad har god utvikling fra 2023 og nærmer seg måltallet.

Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes

- UNN ligger innenfor målområdet med en andel på 12 %.

Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt

- **Mål: 85 %** (Pasienter under 85, behandlet med blodproppopløsende medisin eller utblokking))
- **Status** mars 2024:
 - 45 %
 - UNN når ikke målene for anbefalt tid ved reperfusjonsbehandling ved STEMI
- **Tiltak:**
 - Prosjekt TA Troms og Ofoten – Prosjektleder fra hjertemedisin
 - Revisjon regionale retningslinjer for AKS i HN , hjertemedisin har hatt ledende rolle i arbeidsgruppa. Videre arbeid vil nå avhenge av fagrådet i kardiologi.

8	<p><i>Finnmarkssykehuset skal tilby, eventuelt i samarbeid med UNN, barn og særlig sårbare voksne som avhøres ved Statens barnehus i Finnmark medisinske undersøkelser i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige råd. Det vises til at Justis- og beredskapsdepartementet har besluttet å etablere Statens barnehus i Alta og Karasjok.</i></p>	FIN, UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Risikovurdering - Grønn: Målet forventes nådd innen frist.</p> <p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Barne- og ungdomsklinikken (BUK) har en muntlig avtale om å bistå barnehuset i Finnmark med legetjenester hver mandag. Det foreligger ikke en skriftlig avtale ennå. Barnehuset i Finnmark skal komme tilbake med forslag til en slik avtale. Muntlig avtale etterleves fra BUK sin side. Det har vært etterspurt skriftlig avtale, avtaleforslag ikke lagt frem per nå.</p>			
9	<p><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></p>	NLSH, UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.</p> <p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Gjennomgå prosedyre for full intensiv. Eventuell økning av kapasitet utsettes i påvente av evaluering av oppdelingen av intensivvirksomheten i kirurgisk og medisinsk intensiv i A9, tiltaksplan og overordnede føringer. Beredskapsplaner er under arbeid Selv med oppgaveglidning (30 % ordinære sykepleiere) er tilgangen på bemanning begrensende</p>			
10	<p><i>Ansvar for Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) er lagt til Helse Nord RHF. UNN HF skal ivareta administrative vertskapsoppgaver for enheten innenfor oppdrag gitt i brev til UNN HF 4. februar 20164 samt påse at enheten rapporterer om sin virksomhet i årlig melding.</i></p> <p><i>Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) skal bidra til en kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet gjennom forskning og forskningsbasert formidling.</i></p> <p><i>Senteret skal ivareta forskning og kunnskapsformidling, ut fra nasjonale kunnskapsbehov både i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og i skjæringsflaten mellom tjenestene. Senteret skal ha fokus på forskningsproduksjon og økt ekstern finansiering av forskning. Den nasjonale styringsgruppen for senteret skal virke i henhold til styringsgruppens mandat.</i></p>	UNN	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

4.2

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

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Rapporteringstekst:

UNN har en nedgang i sykefraværet på 1,9 % sammenlignet med samme periode i 2023. Det er stor variasjon mellom ulike klinikker og avdelinger i UNN med hensyn til sykefravær. Det arbeides med flere tiltak for økt tilstedeværelse:

- Lederseminar på enhetsnivå med fokus på erfaringsdeling og læring på tvers.
- Tett oppfølging av medarbeidere, mulighet for hjemmekontor og oppfølging av BHT med tanke på belastningsskader.
- Fokus på arbeidsmiljø og tiltak fra bransjeprogrammet IA i sykehus.
- Prosjektene «Tidlig og tett på» og «der hvor skoen trykker» særlig på enheter med høyt sykefravær.
- Overtallsbemanning vurderes der det er særlig krevende i perioder.
- Målrettet arbeid med rekruttering og stabilisering.
- Workshop om ny normering av bemanning innen psykiatri.

Indikator	Bransjeprogram IA: Ved UNN og Nordlandssykehuset skal minimum 30 prosent av enhetene være i gang med partsarbeidet knyttet til tiltaksområdene "Tidlig og tett på" og/eller "Sammen om forbedring" i løpet av 2024. Ved øvrige foretak er kravet 10 prosent. Alle helseforetak skal øke antall enheter hvor «Der skoen trykker» benyttes.	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrappoterering)
-----------	---	------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Indikator	Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023. Utgangspunktet for økningen er som følger: UNN 90, Nordlandssykehuset 48, Helgelandssykehuset 18 og Finnmarkssykehuset 18 stillinger.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avvikrappoterering)
-----------	---	----------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Indikator	Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus skal økes sammenlignet med 2023. Andel helsefagarbeidere: minimum 5 prosent av totalt antall årsverk.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

Styringskrav:

12	Helseforetakene skal delta i det regionale Tørn-programmet for å fremme riktig oppgavedeling, alternative arbeidstids- og turnusordninger, dokumentasjon av kompetanse og deling av kompetanseplaner. Helseforetakene skal vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger, og iverksette tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

13	Helseforetakene skal tilstrebe minimum 6 mnd. planleggingshorisont i arbeidstidsplanleggingen.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			
<p><i>Rapporteringstekst:</i></p> <p>Gjennom ressursstyringsteamet og arbeidsplanutvalgene er det lagt til rette for at vi skal få til 6 mnd. planleggingshorisont. Metodikken tas gradvis i bruk i organisasjonen og enhetene er kommet ulikt langt med dette arbeidet. På noen områder er dette utfordrende på grunn av bemannings situasjonen, særlig mangel på spesialister. Dette påvirker mulighetene til langsiktighet i bemanningsplanleggingen. Det arbeides konkret med å øke andelen klinisk personell med 6 mnd. planleggingshorisont i alle klinikker. UNN vil ikke være helt i mål med dette arbeidet i løpet av 2024.</p>			

14	Helseforetakene skal øke innsatsen på Bransjeprogram IA i sykehus.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

15	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.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

16	Helseforetakene skal innføre teknologistøttet løsning for on- og offboarding innen utgangen av 2024. I denne sammenheng også vurdere tiltak for å systematisere gjennomføringen av sluttsamtaler.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

17	Personellkonsekvenser skal utredes særskilt og inngå som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingen bør inneholde personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud av andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

18	Helseforetakene skal inngå, eventuelt revidere eksisterende, lokale avtaler med de aktuelle universitetene ut fra angitte områder i instruksen.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

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

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

20	<p>Opprette nye LIS1-stillinger i samsvar med tabellen under.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>LIS1</th> <th>2023</th> <th>+2024 vår</th> <th>+2024 høst</th> <th>Totalt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Universitetssykehuset Nord-Norge</td> <td>82</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>86</td> </tr> <tr> <td>Nordlandssykehuset</td> <td>63</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>Finnmarkssykehuset</td> <td>34*</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>34*</td> </tr> <tr> <td>Helgelandssykehuset</td> <td>35</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Helse Nord</td> <td>214</td> <td>8</td> <td>2</td> <td>224</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nye LIS1-stillinger i Helse Nord i 2024. Alle tall er på helårsbasis. * En av stillingene ved Finnmarkssykehuset er omdisponert til Nordlandssykehuset</p>	LIS1	2023	+2024 vår	+2024 høst	Totalt	Universitetssykehuset Nord-Norge	82	3	1	86	Nordlandssykehuset	63	3	0	66	Finnmarkssykehuset	34*	0	0	34*	Helgelandssykehuset	35	2	1	38	Helse Nord	214	8	2	224	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
LIS1	2023	+2024 vår	+2024 høst	Totalt																													
Universitetssykehuset Nord-Norge	82	3	1	86																													
Nordlandssykehuset	63	3	0	66																													
Finnmarkssykehuset	34*	0	0	34*																													
Helgelandssykehuset	35	2	1	38																													
Helse Nord	214	8	2	224																													

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

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)
----	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

22	Helseforetakene skal klargjøre krav og vilkår for å garantere helsefaglæringer hel fast stilling ved fullført fagbrev. Foretakene skal innen utgangen av 2024 etablere en slik jobbgaranti.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	-------------------------------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

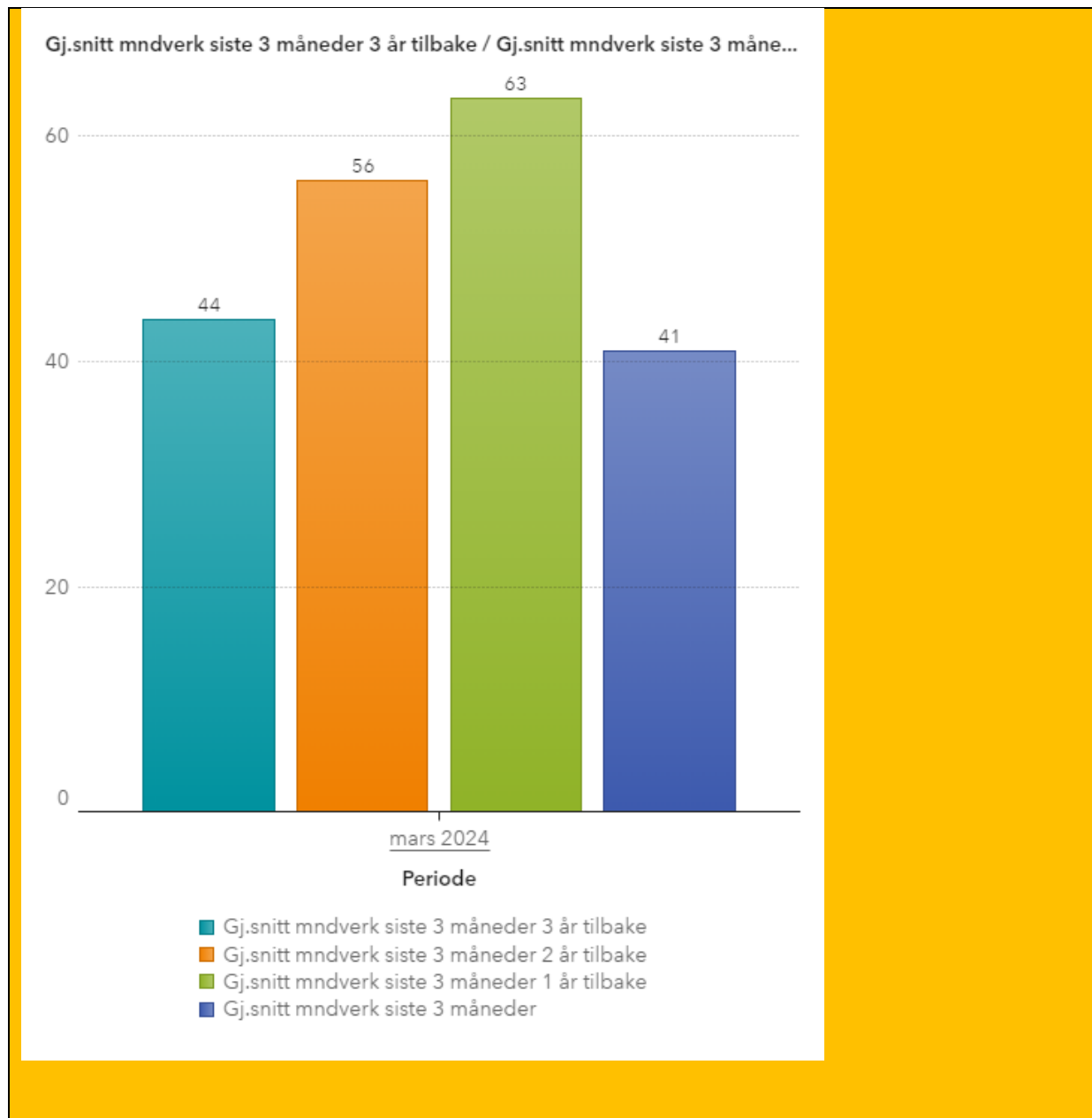
23	Helseforetakene skal tertialvis rapportere på tiltak og tiltakseffekt for å redusere omfanget av innleie fra byrå.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	--	-------------------------	-----------------------------------

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Rapporteringstekst:

Det er utarbeidet gode beskrivelser for oppfølging av bemanningsplanleggingen som et ledd i målsetningen om å redusere bruk av dyre personelløsninger (overtid og innleie). Videre er det iverksatt nye rekrutterings- og stabiliseringstiltak for utvalgte grupper. Sammenlignet med fjoråret har vi redusert innleie fra 63 gjennomsnittlige månedsverk i 2023 til 41 gjennomsnittlige månedsverk i 2024.

Vikarinnleie ekstern – UNN (HN-LIS 25.04.2024):



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

Mål	<i>Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

Mål	<i>Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelig og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, skal oppleve sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels usikkert om målet vil bli nådd innen frist.

Mål	<i>Arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellens kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
-----	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

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

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Rapporteringstekst:

Variasjon i ulike forløp påvirkes av behandlingsbehov. Diagnostisk kapasitet og utilstrekkelig operasjonskapasitet er kort oppsummert hovedfaktorene til manglende måloppnåelse. Driftsrapport pakkeforløp viser imidlertid at det er små brudd, det er små justeringer som skal til for å holde frist. Dette jobbes det aktivt med i samarbeid med FAGKVAL. Det må også kommenteres at små tall/lav andel gir store utslag i prosentregning, så informasjon gitt i % må tolkes med varsomhet. Kreftbehandling innen standard forløpstid er på 67 % i UNN i 1. tertial.

Indikator	<i>Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB.</i>	FIN, UNN,	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
-----------	--	--------------	--------------------------------------

Se målekort HN LIS	Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
--------------------	--	------------	-----------------------------------

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Rapporteringstekst:

Det forventes en reduksjon i ventetid i løpet av 2024. Vi vil kunne nå målsetningene på lengre sikt.

Ventetid avviklede Psykisk helsevern voksne (PHV) er pr. 31.03.24 71 dager. Pr. 31.12.23 var ventetiden 118 dager. Det er en markant nedgang fra årsskiftet.

Ventetid avviklede TSB er pr. 31.03.24 på 38 dager noe som er uendret fra 31.12.23. Psykisk helse- og rusklinikken har hatt store utfordringer med tilgjengelighet og kapasitet ved voksenpsykiatriske poliklinikker siden 2019. Dette har resultert i fristbrudd og lange ventetider. Det er gjennomført både faglige og organisatoriske tiltak. Opprettelse av korttidspoliklinikk PHV er et sentralt tiltak for å redusere ventetider og øke tilgjengelighet. Målrettet arbeid knyttet til rekruttering og stabilisering er et annet sentralt tiltak framover.

Prosessen med å få bukt med lange ventetider, og ikke minst fristbrudd, er krevende og vil skje over tid. Målet om redusert ventetid sammenlignet med 2023 forventes nådd innen frist. Målet om ventetider lavere enn 40 dager innenfor psykisk helsevern vil mest sannsynlig ikke bli oppnådd i 2024.

Røntgenavdelingen har større utfordringer med svartid enn med ventetid på grunn av manglende legekapasitet. Sentrale tiltak er rekruttering og stabilisering. I tillegg leies det inn legevikarer frem til legekapasiteten i avdelingen er bedret. Det sendes også mange pasienter til eksterne aktører for å avlaste avdelingen. På PET varierer ventetiden. De har etablert mulighet å sende til private hvis det er behov og vil kontakte NLSH med spørsmål om nukleærmedisiner der kan beskrive i perioder hvor UNN trenger hjelp. Klinisk patologi har gjort forbedring på arbeidsflyt, noe som har bedret svartiden.

Det er særlig innen områdene ØNH, øye, ortopedi og fagområdene tilhørende spesialistpoliklinikken i Harstad at det er lang ventetid i UNN. Disse poliklinikkene følges opp med jevnlig møter og diskusjoner om tiltak i egne tavlemøter i sykehusledelsen. Det er ikke kortsiktige løsninger på disse kapasitetsutfordringene, men det arbeides langs flere akser for å redusere ventetider og fristbrudd. Blant tiltakene er flere stillinger for ØNH og Øye. Det er innført stipendordning for audiograf. Tiltak fra poliklinikkprogrammet følges opp og det er utarbeidet en prosess knyttet til "kloke valg" for å redusere ventelister til poliklinikk.

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

Risikovurdering - Rødt: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.

Rapporteringstekst:

UNN har 85-87 % overholdelse av pasientavtalene, med variasjoner mellom klinikkene. Tiltak: omstillingsprogrammet 2024-2027 «Vi fornyer UNN», styresak nr.41-2024. Inkludert videreføring av poliklinikkprogrammet.

<i>Indikator</i> <i>Se målekort HN LIS</i>	<i>Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

<i>Indikator</i>	<i>Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

<i>Indikator</i> <i>Se målekort HN LIS</i>	<i>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning innen somatikk, psykisk helsevern for voksne og TSB</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

<i>Indikator</i>	<i>Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelse innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

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>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

26	<i>Etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskriving.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
----	--	---	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

27	<i>Sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Det skal videre iverksettes tiltak for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
----	---	---	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

6. Øvrige krav og rammer for 2024

6.1 Sikkerhet og beredskap

Styringskrav:

28	Helseforetakene skal forberede seg på enda større hendelser, og skal utarbeide planer for reduksjon og bortfall av kritisk infrastruktur på inntil 7 dager. Med kritisk infrastruktur menes elektronisk kommunikasjon (EKOM) og forsyning av strøm, vann, drivstoff og mat.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

29	Helseforetakene skal planlegge for scenarioer som har store samfunnsmessige konsekvenser. Dette inkluderer planer for relokalisering av større deler av tjenesten ved behov.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

30	Helseforetakene skal videreutvikle tiltak for beskyttelse mot ondsinnede dataangrep og trusler mot kritisk infrastruktur i tråd med trusselbildet og basert på gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

31	Helseforetakene skal bidra i arbeidet med nasjonal verdikartlegging knyttet til grunnleggende nasjonale funksjoner iht. sikkerhetsloven.		Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	--	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

32	Helseforetak med ansvar for utpekte skjermingsverdige verdier som understøtter grunnleggende nasjonale funksjoner skal gjennomføre nødvendige sikkerhetstiltak for å etablere og opprettholde forsvarlig sikkerhetsnivå for de utpekte verdiene. Utdypende informasjon vil bli gitt de respektive helseforetakene i NBN.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

6.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern

Styringskrav:

33	<p>Innen 31. august 2024 styrebehandle status og rapportere på korrigerende tiltak fra arbeidet med informasjons-sikkerhet. Status skal som minimum inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter, • presentasjon av spesialisthelsetjenestens trusselbilde (utarbeidet av HN IKT), • resultater fra gjennomførte risikovurderinger, penetrasjonstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner, • oppsummering fra tertialvis avviksrapportering, • presentere modenhetsvurdering av NSM grunnprinsipper • beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp 	Alle	Innen 31. august 2024
<p>Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.</p>			

34	<p>Helseforetakene skal ha oversikt over alt medisinsk utstyr som er koblet til digitalt nettverk. Nødvendige opplysninger skal være registrert i «Asset management». Handlingsplan for ferdigstillelse av arbeidet, og plan for forvaltning skal rapporteres i tertialrapport nr. 1-2024</p>	Alle	1. tertial og Årlig melding
<p>Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.</p> <p>Rapporteringstekst:</p> <p>Arbeidet koordineres av HN-RHF.</p> <p>Medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler har ansatt en stillingsressurs fra 1.1.24, en egen stilling knyttet til personvern IKT som er sentral videre i samarbeid med HN-IKT og ESI.</p> <p>UNN har etablert en to-årig prosjektstilling til arbeidet, og vi er i gang med registrering av nødvendige opplysninger. Handlingsplan for ferdigstillelse av arbeidet, og plan for forvaltning utarbeides i samarbeid med regionalt prosjekt og framdriften i dette. Per dags dato er dette ikke ferdigstilt.</p>			

6.2.3 Videre utvikling av innkjøpsområdet

Styringskrav:

36	<p>Følge opp innkjøpsområdet spesielt i arbeidet med å sikre økonomisk bærekraft.</p>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Risikovurdering - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.</p> <p>Rapporteringstekst:</p>			

Det er kapasitetsproblemer på fagområdet. UNN ligger etter med arbeidet på grunn av vakanser og sykefravær.

Tiltak: Nyansettelser som inkluderer innkjøpscontroller

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 avvikrapportering)
----	--	------	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

6.4 Investeringer i store bygg og prosjektstyring

Styringskrav:

38	<i>Helseforetakene skal følge opp at langsiktige investeringsplaner tar høyde for forventet utvikling i arealbehov, herunder at andre forutsetninger i arealprognosene følges opp.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
----	--	------	--

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

6.5 Øvrige krav i foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF

6.5.4 Oppfølging av revisjoner og tilsyn

Styringskrav:

39	<i>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.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
----	--	------	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

40	<i>Helseforetakene skal systematisk minst årlig gjennomgå og vurdere styringssystemet for prehospital tjeneste inkludert luftambulanssevirkomheten, på grunnlag av tilgjengelig statistikk og annen informasjon fra tjenesten. Dette skal sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten jfr. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
----	--	----------------------	--

Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.

41	UNN skal bidra i arbeidet med å risikovurdere helsetjenestetilbudet på Svalbard.	UNN	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

7. Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet

7.1 Økonomiske krav og rammer

Styringskrav:

42	Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor vedtatte resultatkrav slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.	Alle	Virksomhetsrapport
Rapporteres i virksomhetsrapporter.			

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
Risikovurdering - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.			
<p>Rapporteringstekst:</p> <p>Pågående omstillingsplan for bærekraftig utvikling er beskrevet i styresak Omstillingsprogrammet 2024-2027 «vi fornyer UNN.» Styresak nr.41-2024. Det gjennomføres risikovurdering av budsjettene flere ganger årlig.</p>			

44	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
Se målekort HN LIS			Virksomhetsrapport og tertialrapport
Risikovurdering - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.			
<p>Rapporteringstekst:</p> <p>Pågående omstillingsplan for bærekraftig utvikling i styresak Omstillingsprogrammet 2024-2027 «vi fornyer UNN.» Styresak nr.41-2024. Risikovurdering av budsjettene flere ganger årlig.</p>			

8. Andre krav til rapportering

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

Styringskrav:

Indikator	Andelen anskaffelser på Sykehusinnkjøpavtaler skal økes med 10 prosentpoeng sammenlignet med 2023.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			
Rapporteringstekst:			
Nyansatt innkjøpscontroller har som sin oppgave å øke andel anskaffelser på Sykehusinnkjøpavtaler. Har oppnådd økning fra 2022 til 2023. Oppdaterte tall for 2024 er enda ikke tilgjengelig.			

Indikator	Redusert overtid.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			
Rapporteringstekst:			
UNN har hittil i år redusert overtid med 3386 timer sammenlignet med 2023.			

Indikator	Redusere innleie.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			
Rapporteringstekst:			
Andelen ekstern innleie hittil i år er på 0,6% av månedsverkene, mot 1,1% i 2023.			

Indikator	Redusere fristbrudd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Se målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding
Risikovurdering - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.			
Rapporteringstekst:			

Andelen avviklede fristbrudd hittil i år er på 6,5% og på tilsvarende nivå som i 2023. Antall aktive fristbrudd har doblet seg fra rundt 1400 pr mnd. til 2400 pr mnd.

<i>Indikator</i>	<i>Redusere vold, trusler og seksuell trakassering.</i>	<i>Alle</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>	
<i>Avviksmelding DocMap</i>			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>	
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.				
<i>Rapporteringstekst:</i>				
<i>I første kvartal 2024 er det meldt 58% færre personalskader angående vold, trusler og seksuell trakassering sammenlignet med samme periode i 2023.</i>				
			2023	2024
	Fysisk vold (hendelse primært med fysisk skade, kan gi psykisk belastning)		117	40
	Psykisk vold -(verbale trusler, truende adferd mm)		36	21
	Seksuell vold/trussel (fysisk og psykisk skade)		2	4
	sum		155	65

<i>Mål</i>	<i>Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring).</i>	<i>Alle</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>	
			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>	
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.				
<i>Rapporteringstekst:</i>				
<i>I UNN er relevante beredskapsplaner oppdatert i første tertial 2024. Innføring av nye systemer og tiltak gjennomføres i henhold til regionale prosjekter.</i>				

<i>Mål</i>	<i>Økt antall pasienter i kliniske studier.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>	
			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>	
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.				
<i>Rapporteringstekst:</i>				
<i>BUK har en aktiv tilnærming til forskning; utdanning, prosjekt og rekruttering til studier. Det er flere pågående prosjekter i klinikken eller hvor klinikken er inkludert og erfaringen er at vi er i gang med å innfri målkravene.</i>				
<i>Diagnostisk klinikk bidrar ved gjennomføring av kliniske studier. Røntgenavdelingen har store utfordringer med å bidra i den økende andel studier som etterspørres. Dette skyldes i hovedsak manglende legekapasitet, men også manglende kapasitet på MR og CT. Klinisk patologi og Laboratoriemedisin har også utfordringer med å kunne si ja til alle forespørsler.</i>				
<i>K3K blir i mindre grad invitert med til kliniske studier pga kapasitetsproblemer på rtg-CT og lang svartid hos PVO.</i>				

MK hadde ved utgangen av 2023 28 studier, og fire av disse har foreløpig avslutningsdato i løpet av 2024.

I PHRK er 1 behandlingsstudie kommet til fra 2024 (Høyintensiv trening mot angst: En RCT studie) slik at klinikken nå har 5 studier (Høyintensiv trening mot angst, Ketamin mot depresjon og alkoholavhengighet, Thetaburst stimulering og depresjon, Mentaliseringsbasert terapi samt Høyintensiv trening og psykisk helse ved Medikamentfri Avdeling). Det er således en økning på 20 % fra 2023 til 2024 for kliniske studier.

Kreftavdelingen blir i mindre grad enn tidligere invitert med i ulike kliniske studier fordi protokoller som krever CT kontroller på effekt av behandling, ikke blir utført ihht protokoll i UNN-Tromsø

Det er også en hemmende faktor for deltakelse/påmelding til kliniske studier at PVO har lang svartid på nødvendige godkjenninger.

Oppdaterte tall fra 2023 i Cristin publiseres juni 2024.

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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduksjon i sykefravær 2. Redusere vold, trusler og seksuell trakassering 	Alle	Månedlig Kvartal	Hendelser/avviksmeldinger registrert i <u>DocMap</u>	HN LIS <u>DocMap</u>
Sikkerhet og beredskap	<ol style="list-style-type: none"> 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 Utdaterte enheter og sertifikater	Helse CIM Helse CIM/ <u>DocMap</u> Helse CIM HN IKT HN IKT HN IKT
Økonomi	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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.



Møtedato: 20.03.2024

Vår ref.:

2024/846

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

05.03.2024

Styresak 28-2024 Risikovurdering av styringskrav 2024

Forslag til vedtak

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til risikovurderingen av prioriterte regionale mål i henhold til rapporteringskrav i *Styringskrav og rammer 2024*.
2. Styret slutter seg til risikovurderingen av «Topp 6 risiko» for UNN i henhold til rapporteringskrav i *Styringskrav og rammer 2024*.
3. Styret ber direktøren følge opp arbeidet med risikoreduserende tiltak i virksomhetsstyringen og rapportere på utvikling gjennom månedlig og tertialvis rapportering til styret.

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF (HN RHF) til helseforetakene ble overlevert i foretaksmøtet 7.februar 2024.

Jfr. *Styringskrav og rammer 2024, kapittel 8 Rapportering* har helseforetakene fått følgende to rapporteringskrav:

1. «Helseforetakene skal innen 1. mars 2024 gjennomføre risikovurdering av utvalgte mål og oppdrag, se tabell 3. *Prioriterte mål for regional risikostyring.*»
2. «I tillegg skal helseforetakene på selvstendig grunnlag orientere Helse Nord RHF om andre viktige risikoer på kort og lang sikt ("Topp 5").»

Saksutredning

1. Prioriterte mål for regional risikostyring

HN RHF har valgt ut 15 mål fra *Styringskrav og rammer 2024* som helseforetakene skal risikovurdere. Det er utarbeidet en felles mal for risikovurderingen som inkluderer beskrivelse eller vurdering av følgende elementer:

- Pågående tiltak
- Besluttede, men ikke iverksatte tiltak
- Risikovurdering (grønt=lav, gult=medium, rødt=høy)
- Begrunnelse for risikovurdering
- Konsekvenser
- Evt. forslag til nye tiltak som kan vurderes enten i eget helseforetak eller i regionen

Målene risikovurderes etter trafikklysmoell basert på en risikoskala med gitte kriterier. Risikoskalaen indikerer først og fremst graden av usikkerhet for om målene forventes innfridd innen utgangen av året, men også hvor stor del av virksomheten dette eventuelt omfatter. De resterende punktene i malen beskrives kvalitativt. En konsekvensskala hentet fra pågående arbeid i regionalt nettverk for risikostyring var foreslått som inspirasjon til uttrekk av de viktigste konsekvensområdene.

Som vist i tabell 1 har UNN valgt å gjøre noen små justeringer av malen for eget bruk i den hensikt å styrke den pedagogiske fremstillingen i intern og ekstern kommunikasjon. Her presenteres risiko både før og etter tiltakene, og konsekvensene er satt opp i separate felt.

Tabell 1: Forenklet versjon av UNNs risikovurdering av de 15 prioriterte regionale målene identifisert av HN RHF. Tabell viser risikovurdering før og etter tiltak, samt konsekvensvurdering.

Regional risikostyring - utvalgte målområder fra Styringskrav og rammer 2024								
Regional skala for risikovurdering (helhetlig vurdering av hvilken skala som beskriver risikoområdet best, ikke alle kriterier må være innfridd)								
Farge		Beskrivelse						
Grønn		Har god oversikt og kontroll. Eksisterende tiltak ser ut til å virke som forutsatt. Ingen utsikter til at risiko skal endres i negativ retning. Mindre del av virksomheten berøres						
Gul		Har ikke tilstrekkelig informasjon eller oversikt. Usikkerhet om eksisterende tiltak vil fungere. Skal lite til for at risiko endres. Flere deler av virksomheten berøres.						
Rød		Mangler informasjon, oversikt eller ressurser. Har ingen eksisterende tiltak, pågående tiltak ikke gitt effekt, besluttede tiltak er ikke iverksatt og/eller liten sannsynlighet at kommende tiltak vil virke. Store deler av virksomheten berøres.						
Område	ID	Mål	Risikovurdering før tiltak	Risikovurdering etter tiltak	Kort beskrivelse av vurdert konsekvens (de viktigste)			
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	1	Innfrå utvalgte kvalitetsindikatorer – jf oversikt fra SKDE	Gul	Gul	Kvalitet / pasient: Lav-Middels	Personell / HMS: Lav	Kapasitet: Lav	Økonomi: Medium
	2	Redusere fristbrudd	Rød	Grønn	Kvalitet / pasient: Lav-Middels	Personell / HMS: Lav	Kapasitet: Alvorlig	Økonomi: Svært alvorlig
	3	Redusere gjennomsnittlig ventetid	Rød	Gul	Kvalitet / pasient: Lav-Middels	Personell / HMS: Lav	Kapasitet: Alvorlig	Økonomi: Svært alvorlig
	4	Innfrå frister for kreftpakkeforløp	Rød	Gul	Kvalitet / pasient: Lav	Personell / HMS: Lav	Kapasitet: Medium	Økonomi: Lav-medium
Personell, utdanning og kompetanse	5	Redusere innleie	Rød	Gul	Kvalitet / pasient: Lav-medium	Personell / HMS: Medium	Kapasitet: Lav-medium	Økonomi: Svært alvorlig
	6	Redusere overtid	Rød	Gul	Kvalitet / pasient: Lav-medium	Personell / HMS: Medium	Kapasitet: Lav-medium	Økonomi: Svært alvorlig
	7	6 måneders planleggingshorisont i arbeidstids som hovedregel	Gul	Gul	Kvalitet / pasient: Lav	Personell / HMS: Lav-medium	Kapasitet: Lav	Økonomi: Lav-medium
Helse-Miljø-Sikkerhet	8	Redusere sykefravær	Rød	Gul	Kvalitet / pasient: Lav-medium	Personell / HMS: Medium	Kapasitet: Lav-medium	Økonomi: Høy
	9	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Grønn	Grønn	Kvalitet / pasient: Lav	Personell / HMS: Lav-medium	Kapasitet: Lav-medium	Økonomi: Lav
Sikkerhet og beredskap	10	Ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (kvalitet i prosessene)	Unntatt offentlig	Unntatt offentlig	Sikkerhet pasient: Medium - alvorlig	Sikkerhet ansatte: Medium - alvorlig	Kapasitet: Medium - alvorlig	Økonomi: Medium
Økonomi	11	Oppnå økonomisk resultatkrav	Rød	Gul	Kvalitet/pasient: Middels	Personell / HMS: Middels	Kapasitet: Medium	Økonomi: Svært alvorlig
	12	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Rød	Gul	Kvalitet/pasient: Middels	Personell / HMS: Middels	Kapasitet: Medium	Økonomi: Svært alvorlig
	13	Øke andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Gul	Grønn	Kvalitet / pasient: Ubetydelig-Lav	Personell / HMS: Ubetydelig-Lav	Kapasitet: Ubetydelig-Lav	Økonomi: Lav-moderat
Forskning og innovasjon	14	Øke antall kliniske studier	Gul	Gul	Kvalitet / pasient: Medium	Personell / HMS: Lav-Medium	Kapasitet: Medium	Økonomi: Lav
	15	Øke antall pasienter i kliniske studier	Gul	Gul	Kvalitet / pasient: Medium	Personell / HMS: Lav-Medium	Kapasitet: Medium	Økonomi: Lav

UNN har en rekke pågående eller planlagte tiltak innenfor hvert av de regionale målene. Dersom planlagt effekt oppnås ville alle mål blitt vurdert som grønne (lav risiko). Ettersom det er en viss usikkerhet knyttet til tilgang til fagpersonell og gevinstrealisering er de fleste mål vurdert som gule. Flere av de prioriterte målene har regionale indikatorer med forventet måloppnåelse gradvis over flere år. Eksempler på dette er 0 fristbrudd, 50 dagers ventetid og 7,5 % sykefravær. Risikovurderingen er gjort med utgangspunkt i krav om *reduksjon* i 2024 sammenliknet med 2023.

2. «Topp 6 risiko» for UNN

For vurdering av helseforetakenes «Topp 5-risiko» er det fra HN RHF ikke gitt føringer for valg av metode eller mal. Basert på kjente verktøy for risikovurderinger fra ulike virksomheter har UNN utarbeidet et eget verktøy som gjennom en systematisk tilnærming identifiserer våre største risikoområder. Vurderingene er gjort ut fra en definert skala for sannsynlighet og konsekvens. Aktuelle konsekvensområder er valgt ut og vektet ulikt. Samlet

beregnes en risikoscore som så rangerer de ulike risikoområdene. I vedlegg 2 fremgår det hva og hvordan risikoene er vurdert.

UNNs topp risikoer har tatt utgangspunkt i gjeldende risikoer for at UNN kan være et universitets- og regionssykehus for hele Nord-Norge og levere høyspesialiserte tjenester, forskning og utdanning. Det ble identifisert 6 områder som alle vurderes å være svært viktige risikoområder for UNN. Et vedvarende høyt antall utskrivningsklare pasienter oppnådde nesten like høy score som punktet over (se tabell 2), og vurderes derfor å være en like viktig del av det eksisterende utfordringsbildet. Det presenteres derfor 6 risikoområder istedenfor 5.

En forenklet versjon av «topp 6» risiko for UNN presenteres i tabell 2.

Tabell 2: Forenklet versjon av «Topp 6» risiko for UNN. Tabell viser blant annet hvordan sannsynlighet og konsekvens er vurdert.

Identifiserte risikoområder med risikovurdering

Risikoområde	Beskrivelse	Tids- perspektiv	Sannsynlighetsvurdering										#	SUM	
			1-5	2,0	2,0	1,5	1,0	1,5	1,5	1,0	1,0	1,5			1,0
Mangel på fagpersonell	Får ikke rekruttert til ledige stillinger, høy turnover og høyt sykefravær. UNN har en avhengighet av høyt forbruk av innleie og overtid	Kort (og lang)	5	3	3	4	1	4	4	1	3	4	2	1	67,50
Manglende midler for nye investeringer	Investeringsstopp pga økonomisk underskudd. Kan ikke investere i ny eller forebyggende teknologi, utstyr, behandlingsmetoder/diagnostikk, bygg og areal.	Lang	5	3	3	4	3	3	3	2	3	4	1	2	64,50
For lav tilgjengelighet	Behov for helsehjelp overstiger tilgjengelig kapasitet slik at lange ventetider og fristbrudd oppstår. Inkluderer operasjonskapasitet.	Kort (og lang)	4	3	3	5	1	3	2	2	3	4	2	3	60,20
For liten aktivitet innen forskning og innovasjon	Utilstrekkelig forskningsfokus og lav prioritering av forskning og utvikling.	Lang	4	4	2	5	1	3	4	1	4	3	1	4	59,50
Lav gevinstrealisering/ gjennomføringsevne av gitte oppdrag og besluttede tiltak	Av ulike årsaker gjennomføres ikke mange av oppdrag eller besluttede tiltak som planlagt, og oppnår dermed ikke effekter/gevinster (økonomiske og ikke-økonomiske) som er vurdert som nødvendige.	Kort (og lang)	3	3	3	5	1	4	3	1	3	4	2	5	58,50
Høyt antall utskrivningsklare pasienter	Ressurser (personell, tid, penger, areal/sengekapasitet) benyttes til USK pasienter	Kort (og lang)	4	3	3	4	1	4	3	1	2	4	1	6	56,70

Medvirkning

Saken er lagt frem i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 10.

Vurdering

UNN har svart på HN RHF's oppdrag i *Styringskrav og rammer 2024* om å gjennomføre risikovurderinger av gitte mål og egne definerte topp 5 risikoer. Selv om metode, formål og utgangspunkt for disse ikke er identiske, kan informasjon fra begge prosesser være nyttige i vurderingen av det totale risikobildet for UNN i 2024.

For de 15 risikoområdene definert av HN RHF er det allerede startet eller planlagt en rekke tiltak. Oppsummert er de vurdert slik:

- 3 mål er vurdert som grønne, 11 vurdert som gule, ingen er vurdert som røde basert på pågående og planlagte tiltak.
- Konsekvenser for pasientene er i gjennomsnitt lav-medium. UNN gjør kontinuerlig prioriteringer av pasienter og det finnes løsninger for å unngå død og alvorlig prognosetap. Pasientene må derimot ofte vente unødvendig lenge og kan få et tilbud som krever lengre reisevei.
- Konsekvenser for personell/HMS er i gjennomsnitt medium. Det er ikke fare for død eller alvorlige skader, men kan svekke stabilitet og rekruttering.
- Konsekvenser for økonomi er i gjennomsnitt svært alvorlig. Kostbare løsninger og underskudd skaper svært lite økonomisk handlingsrom.

For UNNs identifiserte topp 6 risikoer oppsummeres risikobildet slik:

- Risikoområdene innen tilgjengelighet, forskning og tilgang på fagpersoner er overlappende med de 15 prioriterte regionale målene. Manglende midler for investeringer og gjennomføringsevne av planlagte tiltak er identifisert av UNN som en høyere risiko enn flere av de målene som HN RHF har gitt oppdrag om risikovurdering av.
- De største konsekvensene for UNN er identifisert innen manglende måloppnåelser, økonomisk handlingsrom og påvirkning på kapasitet og robusthet. Kvalitet, ressurser, omdømme og tillit samt HMS er også vurdert høyt. Det er vurdert lave konsekvenser for straff og sanksjoner, informasjonssikkerhet og personvern og ytre miljø som følge av de topp 6 risikoene.

Risikovurderingene er oversendt administrativt til Helse Nord RHF innen utsatt frist 6.mars 2024 i henhold til rapporteringskrav fra *Styringskrav og rammer 2024*. Direktøren vil gjennom virksomhetsstyringen utover året ha stort fokus på arbeidet med risikoreducerende tiltak, og styret i UNN vil gjennom kvalitets- og virksomhetsrapporter, tertialrapporter og eventuelle øvrige saker bli holdt orientert om status i arbeidet og utviklingen av risikobildet.

Tromsø, 11.03.2024

Einar Bugge (s.)
konst. administrerende direktør

Vedlegg:

1. Risikovurdering av 15 prioriterte mål utvalgt for regionen av HN RHF
2. «Topp 5» risiko for UNN identifisert på et selvstendig grunnlag

Regional risikostyring - utvalgte målområder fra Styringskrav og rammer 2024

Regional skala for risikovurdering (helhetlig vurdering av hvilken skala som beskriver risikoområdet best, ikke alle kriterier må være innfridd)

Grønn	Har god oversikt og kontroll. Eksisterende tiltak ser ut til å virke som forutsatt. Ingen utsikter til at risiko skal endres i negativ retning. Mindre del av virksomheten berøres
Gul	Har ikke tilstrekkelig informasjon eller oversikt. Usikkerhet om eksisterende tiltak vil fungere. Skal lite til for at risiko endres. Flere deler av virksomheten berøres.
Rød	Mangler informasjon, oversikt eller ressurser. Har ingen eksisterende tiltak, pågående tiltak ikke gitt effekt, besluttede tiltak er ikke iverksatt og/eller liten sannsynlighet at kommende tiltak vil virke. Store deler av virksomheten berøres.

Område	ID	Mål	Risikovurdering før tiltak	Iversatte tiltak/pågående prosesser	Besluttede, men ikke iverksatte tiltak	Risikovurdering etter tiltak	Begrunnelse for risikovurdering	Kort beskrivelse av vurdert konsekvens (de viktigste)				Tiltak som vurderes i UNN eller regionalt og/eller foreslått til Helse Nord RHF
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	1	Innfri utvalgte kvalitetsindikatorer – jf oversikt fra SKDE	Gul	<ul style="list-style-type: none"> - Individualisert og tettere oppfølging av utvalgte pasientergrupper - Datarett og bruk av datakilder for å bl.a. identifisere pasienter - Optimalisering av behandlingsregimer - Involvere diabetesteam inkludert psykolog - Måltrettet bruk av medisinsk teknisk utstyr - Coaching av sykepleiere/leger på utfordrende problemstillinger - Trygg akuttmedisin - Teamtrening/opplæring samtrening - Gjennomgang registreringspraksis - Systematisere kontrollrutiner - Etablert eHj manual (hoffebrudd) for UNN Tromsø - Forløpsprosjekt for hoftebrudd - Prosjekt for all ortopedisk aHj UNN Tromsø - Opplæring ortopedier for sementerte proteser UNN Tromsø 	Ingen nye tiltak. Pågående tiltak gjennomføres i 2024 og 2025. Forventer effekt av disse.	Gul	Forventer at flere indikatorer vil bli innfridd, men usikkert om dette vil gjelde for alle. Risiko er hovedsakelig knyttet opp mot usikkerhet for behandlingsskapitet på grunn av mangel på fagpersoner (ledige stillinger og sårbart for sykefravær).	Kvalitet / pasient: Lav-Middels Lav Gjøres prioriteringer for å unngå prognosetap. Flere brudd gir kun mindre forsinkelser.	Personell / HMS: Lav Ingen alvorlige skader/dødsfall. Situasjon kan likevel oppleves som belastende, og kan påvirke mengde overtid, sykefravær og turnover.	Kapasitet: Lav Kapasitet påvirker indikatorene	Økonomi: Medium Delvis må indikatorene innfris ved å bruke ressurser på opplæring, forbedringsarbeid og/eller pasienter som må sendes til HELFO og pasienter.	Stærkere fokus fra HN RHF på gjennomføring av Trygg akuttmedisin i alle regioner
	2	Redusere fristbrudd	Rød	<ul style="list-style-type: none"> - Styrket rekruttering (ØNH og 13 hos BUK) - Oppgavedeling - Poliklinikkprogram - Øke andel videokonsultasjoner - Prosjektpoliklinikk PHRK - Optimalisering operasjonskapasitet - HELFO kartleggingsprosjekt - Klokke valg / prioriteringer / forbedringsarbeid pasientforløp - Ambulering og felles venteliste 	<ul style="list-style-type: none"> - Utvidet bruk av Checkware - Handlingsplan for styrking av operasjonskapasiteten i UNN - Forbedringsarbeid pasientforløp hos alle klinikker for å ta ned ventetid - Utvikle ny indikator for HELFO pasienter med tettere/tidligere monitorering og fellestilltak med høye klinikkvis oversikt og tiltak - Plan for tettere og konsentrert lederoppløpling - Handlingsplan for forsterket innsats av tiltak fra 2023 	Grønn	Høyt antall fristbruddspasienter i 2023, særlig innen psykisk helsevern og øre-nese-hals, men også økende innen andre fag. Økende trend skyldes delvis begrenset personal, areal og økonomisk handlingsrom. Likevel forventes reduksjoner i 2024 særlig på grunn av nylige rekrutteringer og satsinger i PHRK, BUK og NOR. Risiko i 2024 knyttes primært til kostnader for pasienter som allerede er i behandlingsforløp via HELFO, gjennomføringsgrad av alle de beskrevne tiltak, og enkelte fag (audiologi) hvor det ikke finnes et tilbud via HELFO.	Kvalitet / pasient: Lav-Middels Lav Gjøres prioriteringer for å unngå prognosetap. Pasienter får ofte et alternativt behandlingstilbud via HELFO eller private, men noe forsinket og kan kreve uønsket lang reisevei.	Personell / HMS: Lav Ingen alvorlige skader/dødsfall. Situasjon kan likevel oppleves som belastende, og kan påvirke mengde overtid, sykefravær og turnover.	Kapasitet: Alvorlig Omfattende/langvarig reduksjon av tjenesteleveransene. Mange takker nei til tilbud via HELFO som øker ventetiden.	Økonomi: Svært alvorlig. Store konsekvenser for økonomisk handlingsrom spesielt pga HELFO-kostnader.	Helse Nord bør undersøke mulighetsrom for reviderte betingelser når regional anskaffelsesavtale utløper i april. Svært kostbar avtale per i dag uten muligheter for innsyn/oppløpling. Må gjøres i tett dialog med UNN/hver HF.
	3	Redusere gjennomsnittlig ventetid	Rød	Samme som for Redusere fristbrudd	Samme som for Redusere fristbrudd	Samme som for Redusere fristbrudd	Gul	Stadig økende ventetid over mange år i kombinasjon med utfordrende forhold for rekruttering/stabilisering, men nye tiltak bør redusere ventetiden selv om ikke endelig mål forventes å bli innfridd i år. Rekruttering og stabilisering kombinert med manglende effekt på tidligere tiltak er hovedårsak for usikkerhet.	Kvalitet / pasient: Lav-Middels Lav Det er etablert rutiner for prioritering av de mest sårbare pasienter, men forsinket behandling kan gi uheldig belastning for pasienten.	Personell / HMS: Lav. Ingen alvorlige skader/dødsfall. Situasjon kan likevel oppleves som belastende, og kan påvirke mengde overtid, sykefravær og turnover.	Kapasitet: Alvorlig Fortsatt omfattende eller langvarig reduksjon av tjenesteleveransene. Presset situasjon kan føre til styrking. Kan bety ekstra utredning for enkelte pasienter.	Økonomi: Svært alvorlig Store konsekvenser for økonomisk handlingsrom spesielt pga HELFO-kostnader.

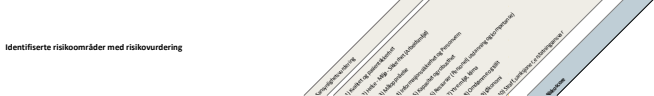
	4	Innfri frister for kreftpakkeforløp	Rød	- Oppfølging av evt. forekomst av feilregistreringer	- Klinikkvise handlingsplaner - Felles Handlingsplan for styrking av operasjonskapasiteten i UNN	Gul	Økt fokusområde. Forbedret resultat på slutten av 2023, men forverret igjen hitil i 2024. Gjelder enkelte forløp, og sjeldent store forsinkelser. Kan ikke utelukke at feilregistreringer trekker opp snittet slik at evt. korrigering kan gi rask reduksjon.	Kvalitet / pasient: Lav Det er etablert rutiner for prioritering av de mest sårbare pasienter. Forsinkelse er sjeldent mer enn noen dager. Strykninger kan oppleves belastende.	Personell / HMS: Lav Ingen alvorlige skader/dødsfall. Situasjon kan likevel oppleves som belastende, og kan påvirke mengde overtid, sykefravær og turnover.	Kapasitet: Medium Gir forsinkelser også for andre pasienter når kreftpasienter prioriteres.	Økonomi: Lav-medium Strykninger medfører kostnader. Kan også kreve overtid eller innleie for å sikre behandlingsskapasitet.
Personell, utdanning og kompetanse	5	Redusere innleie	Rød	- Innleie kan kun besluttes av ledere på N1 og N2 ref fulmaktmatrise RL7171. - Innsatssteam - Resursstyringsteam - Arbeidsplanvalg - Tidlig og god sommerplanlegging - Gjennomgang av bemanningsnormer og vaktplaner - Trafikklysmodellen - Oppgavedeling - Rekruttering og stabilisering inkl. ny strategi for stabilisering og lederutviklingskurs - Heltidskultur - Utfase vikartjenester utenfor rammeavtaler	- Lære fra andre (nye kilder identifisert) - Følge opp rapporter fra arbeidsgrupper om hva som er mulig å innføre - Følge opp identifiserte muligheter innenfor mer fleksibel/henriktmessig arbeidstidsordninger og benyttelse av lærlinger, LIS, studenter m. fl. - Vurdere nye samarbeidsarenaer for læring og deling av personell på tvers - Øke antall enheter i bransjeprogram "Tidlig og tett på", "Der skoen trykker" og "Sammen om forbedring" - Nye klinikkvise handlingsplaner - Utvidet digitalisering og bruk av KI	Gul	Forventer effekt av nyeste tiltak, spesielt ressursstyringsteam og arbeidsplanvalg. Noen usikkerhet knyttet til en økende trend på slutten av 2023. Innleie er noen ganger påkrevd for å unngå å ta ned aktivitet, tidligere tiltak som ikke har gitt effekt kan fortsette og enkelte nye tiltak vil gi større effekt på lengre sikt. Forventer fortsatt utfordring med rekruttering og stabilisering i 2024. Noen fagområder har lyktes med å holde innleie stabilt lav.	Kvalitet / pasient: Lav-medium Risiko for pasientsikkerhet kan påvirkes ved bruk av midlertidige ansatte sammenlignet med erfarne faste ansatte. Personell bruker tid på opplæring i stedet for fag og forskning	Personell / HMS: Medium Høy innleie kan oppleves belastende for faste ansatte knyttet til stadig opplæring og uerfarne kollegaer, reduserer det felles arbeidsmiljø, og kan gi negativ effekt på sykefravær og turnover.	Kapasitet: Lav-medium Innleie gir positiv effekt med en mulighet for økt behandling, og men er ingen langvarig løsning. Reduksjon av innleie kan gi lavere kapasitet hvis ikke kompenseres av andre tiltak. Foreløpig innvilges innleie for kritisk personell.	Økonomi: Svært alvorlig Noe kompenseres på fastlønn, men kostnader overstiger dette betydelig. Innleie er den dyreste løsningen for personellerstatning
	6	Redusere overtid	Rød	Samme som for Redusere innleie	Samme som for Redusere innleie	Gul	Ca. 200 mill budsjettavvik i 2023. Økende bruk av overtid, noe som erstatter for bruk av innleie. Ellers som beskrevet for redusere innleie	Kvalitet / pasient: Lav-medium Overarbeidet personell kan øke risiko for pasientsikkerhet	Personell / HMS: Medium Høy belastning for faste ansatte, og kan gi negativ effekt på sykefravær og turnover.	Kapasitet: Lav-medium Samme som for Redusere innleie	Økonomi: Svært alvorlig Noe kompenseres på fastlønn, men kostnader overstiger dette betydelig.

	7	6 måneders planleggingshorisont i arbeidstids-planlegging som hovedregel	Gul	<ul style="list-style-type: none"> - GAT som planleggingsverktøy - Godt planlagt - Tavlemøter - Poliklinikkprogram - Arbeidsplanvalg - Utarbeidelser av årshjul 	- Tettere oppfølging av besluttede tiltak	Gul	Ser liten grad av forbedring over flere år. Hjemmere er ofte usikkerhet for bemanningsplaner og risiko ved å re-planlegge pga ustabilitet og vakante stillinger, og dette forventes å fortsettes i 2024. Vurderes som vanskelig med forbedringer med dagens situasjon og andre store fokusområder.	Kvalitet / pasient Lav	Personell / HMS: Lav-medium Langtidplanlegging er ofte foretrukket av ansatte og pasienter	Kapasitet: Lav Korttidplanlegging kan i noen tilfeller påvirke mulighet for å evt. erstatte slik at kapasitet må reduseres.	Økonomi: Lav-medium Kan føre til økte kostnader med ambulering, innleie, overtid, reise mm. Kan potensielt kompenseres av re-planleggings-kostnader. Noe kompenseres på fastlønn, men kostnader overstiger dette betydelig.
Helse-Miljø-Sikkerhet	8	Redusere sykefravær	Rød	Samme som for Redusere innleie og Redusert overtid	Samme som for Redusere innleie og Redusert overtid	Gul	Mye likt som for innleie og overtid da dette er årsak til dyre personelløsninger. Sykefravær har holdt seg stabilt høyt (9-12%) og følger samme mønster år etter år.	Kvalitet / pasient: Lav-medium Samme som for Redusere overtid og Redusere innleie	Personell / HMS: Medium Samme som for Redusere overtid og Redusere innleie	Kapasitet: Lav-medium Samme som for Redusere overtid og Redusere innleie	Økonomi: Høy Noe kompenseres av refusjoner, men der hvor erstatning vurderes som nødvendig brukes dyre personelløsninger (overtid og innleie).
	9	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Grønn	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlig kurs for ansatte for forebygging - Utarbeidet egne prosedyrer og retningslinjer 		Grønn	Særlig aktuelt for psykisk helse og rus. Det er kjent at noe sykefravær skyldes dette, og det er registrert noe økning så risiko kan endres i løpet av året, men eksisterende tiltak ser ut til å ha god effekt.	Kvalitet / pasient: Lav	Personell / HMS: Lav-medium Svært variert risiko for hvert tilfelle, men jobbes med forebygging	Kapasitet: Lav-medium Samme som for Redusere overtid og Redusere innleie	Økonomi: Lav Kan gi sykemelding som øker konstanter til overtid og innleie, men omfanget er begrenset.
Sikkerhet og beredskap	10	Ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (kvalitet i prosessene)	Unntatt offentligheten	<ul style="list-style-type: none"> - Regionalt samarbeid på en rekke områder - Evaluerer organisering i UNN av sikkerhet og beredskap 	- Utpeke skjermingsverdige objekter eller infrastruktur jf. styringskrav, og etablere et nivå av forsvarlig sikkerhet for disse.	Unntatt offentligheten	Dette er informasjon og vurderinger som er unntatt offentligheten av sikkerhetsmessige hensyn	Sikkerhet pasient: Medium - alvorlig Innfrir ikke nasjonal sikkerhetslovgiving.	Sikkerhet ansatte: Medium - alvorlig Innfrir ikke nasjonal sikkerhetslovgiving.	Kapasitet: Medium - alvorlig Kan påvirke evne til å levere tjenester og opprettholde ordinær drift	Økonomi: Medium

Økonomi	11	Oppnå økonomisk resultatkrav	Rød	<ul style="list-style-type: none"> - Utarbeidet omfattende omstillingsplaner spesielt knyttet til innleie, overtid, fristrudd som har de største svakene (se tiltak over) - Kontinuerlig revidering av omstillingsplaner - Begrenset investeringer og innkjøp - Holdt tilbake nyansettelser - Risikovurdering av budsjett 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinikkvise omstillingsplaner iht. budsjettnotat - Handlingsplan for forsterket innsats av tiltak fra 2023 - Tettere økonomifølgning for planlagte tiltak med hver enkel klinikk (økonomiavdeling gjennomfører kvartalvis møter i tillegg til månedlige) - Regional prosess med å utrede slanking av ledere/adm personell - Vurdere omorganiseringer og nedtak av sengeplasser - Midler tildelt Helse Nord for rekruttering og stabilisering samt forventede midler for å finansiere fortsatt ø-hjelp kirurgi og fødeavdeling i UNN Narvik 	Gul	Det er utarbeidet omfattende planer som har til hensikt å innfri de økonomiske resultatkrav. Fortsatt usikkerhet med bakgrunn i at omstillingen er stor, og flere effekter ble ikke realisert som planlagt i 2023.	Kvalitet/pasient: Middels	Personell / HMS: Middels	Kapasitet: Medium	Økonomi: Svært alvorlig		
	12	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Rød	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav	Gul	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav	Samme som for Oppnå økonomisk resultatkrav			
	13	Øke andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Gul	<ul style="list-style-type: none"> - Dialog, samarbeid og avklaringer vedrørende grensesnitt med sykehusinnkjøp - Dedikert ressurser for arbeidet 	<ul style="list-style-type: none"> - Økt innsats/tettere oppfølging for standardisering av innkjøp for lik pasientbehandling på tvers av lokalisasjoner 	Grønn	Ser en svak forbedringstrend som forventes å fortsette i riktig retning. Noe av forbedringen er kulturavhengig som er vanskeligere å påvirke slik at det finnes litt usikkerhet om hvor stor effekten blir og er dermed sårbart for at risiko kan endres.	Kvalitet / pasient: Ubetydelig-Lav	Personell / HMS: Ubetydelig-Lav	Kapasitet: Ubetydelig-Lav	Økonomi: Lav-moderat	Rammeavtaler gir ikke alltid store økonomiske effekter sammenlignet med priser forhandlet utenfor rammer	
Forskning og innovasjon	14	Øke antall kliniske studier	Gul	<ul style="list-style-type: none"> - Revidere prosedyre om klinisk oppdrags- og bidragsstudier - Forbedringsprosjekt med laboratoriemedisin og forskningsbiobank for å øke kapasitet - Forbedringsprosjekt for saksbehandling hos PVO - Rekruttering av kliniske monitører for å bygge opp igjen monitorertjenesten - Nettverk for studiesykepleiere ved UNN og i Helse Nord - Revitalisere/følge opp og delta i samarbeidsorganer mellom UT og UNN - Vedtatt handlingsplan for økt forskningsaktivitet UNN 28.03.23 	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre vedtatt handlingsplan for forskning - Revidering av veileder for brukermidvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten - Gjennomføre digitale kurs (1-2 t) i Helseforskningsloven med forskrift - fellestiltak med klinikkvis handlingsplan - Styrke intern kommunikasjon mellom FORUT-klinikker, i direktørens ledergruppe, i styret og gjennom ulike media - Forbedringsarbeid for å øke røntgenkapasitet - Avtale for TTO for industristudier - Følge opp fellestiltak i dialogavtale med klinikkvis handlingsplan 	Gul	Økning i 2022. Tall for 2023 er ikke klare. Risiko er spesielt knyttet til kjente flaskehals og kapasitetsbegrensninger innen serviceavdelinger (røntgen, lab mm.). Utfordringer innen økonomi og kapasitet i tjenestetilbudet kan ofte redusere fokus på forskning men det er mer bevisstgjøring rundt dette nå. Har i 2023 sett flere eksempler på enheter som har lyktes som har gitt et mer positivt fokus og gode erfaringer som deles slik at en økning vil være mulig. NorTrials senter for forayessykdommer bidrar til øke antallet.	Kvalitet / pasient: Medium	Personell / HMS: Lav-Medium	Kapasitet: Medium	Økonomi: Lav	Reduserer mengden forskningsmidler, men midler skal gå til forbruk og være et økonomisk nullspill.	Vurdere regionale/nasjonale retningslinjer for PVO.

	15	Øke antall pasienter i kliniske studier	Gul	Samme som økt antall kliniske studier	Samme som økt antall kliniske studier	Gul	Samme som økt antall kliniske studier	Samme som økt antall kliniske studier	Samme som økt antall kliniske studier	Samme som økt antall kliniske studier	Samme som økt antall kliniske studier	
--	----	---	-----	---------------------------------------	---------------------------------------	-----	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Risikoavurdering: Risikoområder med risikoscore og prioritering	
"Hva er de største trusler til målet om at UNN skal være et universitets- og regionssykehus for hele Nord-Norge, og levere høyspesialiserte tjenester, forskning og utdanning?"	
Bakgrunn:	Bakgrunn for risikoavurderingen: Det kan være å kartlegge risiko i eksisterende drift eller risiko forbedringer med planlagte endringer. Beskrivelse i styringsbrev og sammen fra Risiko Nord-Biot
Mål:	Bakgrunn hva de ønsker å oppnå med å gjennomføre risikoavurderingen. Ofte kan det være for å få et god beslutningsgrunnlag, eller spesielt over risikoavurdering slik at det kan settes inn tiltaksplaner. Identifisere UNNs fem viktigste risikoområder som skal kommuniseres til HSB Biot og styret
Spørsmål:	Bakgrunn spørsmål, forbered og muligheter det kan oppstå hvis drift forbedres eller den planlagte endringen gjennomføres. Sikre felles forståelse og prioriteringer
Aggregasjon:	Bakgrunn hvilke sammen ligger til grunn for risikoavurderingen og om det er forhold som ikke skal inkluderes. Risikoen priorert på kort sikt på et overordnet nivå vurdert ut fra UNNs formål og samfunnsoppdrag. Det er tatt utgangspunkt i kjente risikoområder basert på tidligere risikoavurderinger og manglende tilgjengelige UNN.
Usikkerhet:	Bakgrunn usikkerhet som berører bare være oppsettet på. Det kan handle om forberedelse, tid, kompetanse, mangelfull informasjon, usikkerhet i datakvalitet og metodebruk. Ny metode for UNN. Begreper til tidligere oppsett vurderinger



Risikoområde	Beskrivelse	Tidsperspektiv	Risikoavurdering										SUM		
			1-5	1-2	2-3	3-4	4-5	1-1	1-2	2-3	3-4	4-5			
Mangel på fagpersonell	For ikke aktuelt til ledige stillinger, høy turnover og høyt sykefravær. UNN har en avhengighet av høyt forbruk av renter og overtid	Kort (og lang)	5	3	3	4	1	4	4	1	3	4	2	1	67,50
Manglende midler for nye investeringer	Investeringstiltak og økonomisk underskudd. Kan ikke investere i nye eller fornyede teknolog, utstyr, behandlingstiltak/diagnostikk, bygg og anlegg.	Lang	5	3	3	4	3	3	3	2	3	4	1	2	64,50
For lav tilgjengelighet	Bakgrunn for helsehjelp overtidstilgjengelig kapasitet slik at lange ventetider og forbruksforbruk. Inkluderer operasjonskapasitet.	Kort (og lang)	4	3	3	5	1	3	2	2	3	4	2	3	60,25
For liten aktivitet innen forskning og innovasjon	Utløst forskning, forskningsfokus og lav prioritering av forskning og utvikling.	Lang	4	4	2	5	1	3	4	1	4	3	1	1	59,50
Lav gjennomslagskraft/ gjennomføringsgrad av gata oppdrag og besluttete tiltak	Ar eller bruket gjennomføres ikke mange av oppdrag eller besluttete tiltak som planlagt, og oppdrag dermed ikke utført/gjennomført (gjennomslagskraft og ikke økonomisk) som er vurdert som nødvendig.	Kort (og lang)	3	3	3	5	1	4	3	1	3	4	2	5	58,50
Høyt antall utskrivningsklare pasienter	Resurser (personell, tid, penger, anlegg/kapasitet) benyttes til USK pasienter	Kort (og lang)	4	3	3	4	1	4	3	1	2	4	1	1	56,75

Sak 52/2024 - vedlegg 2

Sannsynlighet	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
% sannsynlighet	0-20 % sannsynlighet i mål- eller prosjektperioden	21-40 % sannsynlighet i mål- eller prosjektperioden	41-60 % sannsynlighet i mål- eller prosjektperioden	61-80 % sannsynlighet i mål- eller prosjektperioden	81-100 % sannsynlighet i mål- eller prosjektperioden
Frekvens	Færre enn 1 hendelser per X år	1-5 hendelser per X år	6-20 hendelser per X år.	21-100 hendelser X år	Flere enn hundre hendelser per X år.
Frekvens	Hvert annet år eller sjeldnere	Oftere enn hvert annet år	Oftere enn en gang i året	Oftere enn en gang i halvåret	Oftere enn en gang i måneden
Omfang	Ingen/svært liten del virksomheten	Deler av virksomheten	Stor del av virksomheten	Størstedelen av virksomheten	Hele virksomheten
Prosjekt	Estimert 0-10 % sannsynlighet i prosjektperioden	Estimert 10-35 % sannsynlighet i prosjektperioden	Estimert 35-65 % sannsynlighet i prosjektperioden	Estimert 65-90 % sannsynlighet i prosjektperioden	Estimert 90-100 % sannsynlighet i prosjektperioden
Strategiske mål Styringsmål	Estimert 0-10% sannsynlighet i målperioden	Estimert 10-35 % sannsynlighet i målperioden	Estimert 35-65 % sannsynlighet i målperioden	Estimert 65-90 % sannsynlighet i målperioden	Estimert 90-100 % sannsynlighet i målperioden
Subjektiv 1	Har aldri hørt om dette	Lite sannsynlig at dette inntreffer. Kun få rapporterte tilfeller.	Har hørt om. Dette har hendt før. Noen rapporterte tilfeller.	Inntreffer relativt ofte. Flere rapporterte tilfeller.	Dette skjer til stadighet. Hyppige rapporterte tilfeller.
Subjektiv 2	Det er ingen indikatorer på at en hendelse som dette vil inntreffe	Det er få eller svært få indikatorer på at en hendelse som dette vil inntreffe	Det er noen indikatorer som sannsynliggjør at hendelsen har potensiale for å inntreffe	Det er flere indikatorer som gir grunnlag for at hendelsen vil inntreffe	Mange indikatorer gir grunnlag for å anta at hendelsen vil inntreffe

Skala er hentet fra et pågående regionalt arbeid i Helse Nord

Konsekvensområde	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
1) Kvalitet og pasientsikkerhet	Får ikke betydning for pasientene. Ingen påviste skader.	Lettere, forbigående helseskader uten varige men.	Uheldige belastninger eller moderate skader på pasienter. Reversibel skade. Ikke knyttet til prognosetap.	Irreversibel akutt eller kronisk helseskade med alvorlige følger / tap av leveår. Knyttet til prognosetap	Tap av liv eller svært alvorlig skade på pasienter. Høygradig medisinsk invaliditet (>50 %) svært nedsett forventet levealder.
2) Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ingen eller ubetydelig personskade/plage eller påvirkning på arbeidsmiljø. Medfører ikke fravær.	Mindre alvorlig skade eller plage. Liten påvirkning på arbeidsmiljø. Kan medføre fravær	Lettere og forbigående helseplager uten varige mén. Påvirker arbeidsmiljø. Medfører fravær	Irreversibel akutt eller kronisk helseskade med alvorlige følger/tap av leveår. Alvorlig eller langvarig påvirkning på arbeidsmiljø og fravær.	Tap av liv eller svært alvorlig skade på medarbeidere. Svært omfattende påvirkning på arbeidsmiljø og fravær.
3) Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)
4) Informasjonssikkerhet og Personvern	Ingen opplysninger på avveie, alle opplysninger er korrekte, tilgang til opplysninger er opprettholdt (Ingen personvernbrudd). Ingen/ubetydelig påvirkning til å levere tjenester og fortsette daglig drift	Enkelte opplysninger på lavt nivå på avveie, ikke oppdatert eller er ikke tilgjengelig. Mindre påvirkning til å levere tjenester og fortsette daglig drift	Enkelte opplysninger med middels sikkerhetsnivå om ansatte eller pasienter er lekket eller ukorrekte. Ett system som inneholder virksomhetsskrittiske opplysninger er ikke tilgjengelig. Middels påvirkning på levering av tjenester og fortsette daglig drift.	Brudd med opplysninger som berører flere, men et begrenset antall (<100) ansatte eller pasienter. Flere system som inneholder virksomhetsskrittiske opplysninger er ikke tilgjengelig. Stor påvirkning på levering av tjenester og fortsette daglig drift.	Brudd med opplysninger som berører et stort antall (>100) ansatte eller pasienter som er ujenkallelige eller kan føre til alvorlig feilbehandling på pasient. Svært liten/ingen tilgang til virksomhetsskrittiske opplysninger. Fullstending bortfall av evne til å levere tjenester og svært lav/ingen kapasitet for å håndtere daglig drift.
5) Kapasitet og robusthet	Minimal innvirkning, tilnærmet normal drift og tjenesteleveranse eller ubetydelig bortfall av funksjon. Ingen/få tiltak nødvendig. Kan enkelt gjenopprettes av interne ressurser.	Liten eller kortvarig reduksjon eller forsinkelse i tjenesteleveransene eller mindre bortfall av funksjon. Mindre tiltak nødvendig. Kan enkelt gjenopprettes av interne og eksterne ressurser.	Betydelig reduksjon av tjenesteleveransene eller middels varighet eller middels bortfall av funksjon. Middels omfattende tiltak nødvendig. Kan gjenopprettes av interne og eksterne ressurser.	Omfattende eller langvarig reduksjon av tjenesteleveransene eller større/betydelig bortfall av funksjon. Større/mer omfattende tiltak nødvendig. Kan helt eller delvis gjenopprettes av eksterne ressurser.	Fullstendig eller langvarig tap av tjenesteleveransene eller bortfall av funksjon. Omfattende og tidkrevende tiltak nødvendig. Kan delvis gjenopprettes av eksterne ressurser. Ingen adgang eller kontroll på egne infrastruktur (fysisk tilgang til fysisk objekter/bygg)
6) Ressurser (Personell, utdanning og kompetanse)	Minimal innvirkning for utdanning og/eller kompetanseutvikling, tilnærmet normal tilgang til personell med tilstrekkelig utdanning og riktig kompetanse.	Liten eller kortvarig innvirkning på utdanning, kompetanseutvikling og/eller tilgang på personell med tilstrekkelig utdanning og riktig kompetanse.	Betydelig innvirkning for utdanning, kompetanseutvikling og/eller tilgang på personell med tilstrekkelig utdanning og riktig kompetanse	Omfattende eller langvarig mangel på utdanning, kompetanseutvikling og/eller personell med tilstrekkelig utdanning og riktig kompetanse	Svært omfattende eller langvarig innvirkning på utdanning og kompetanseutvikling, og/eller fullstendig mangel på personell med tilstrekkelig utdanning og riktig kompetanse. Uforsvarlig drift.
7) Ytre miljø	Ingen eller minimal negativ innvirkning på natur og ytre miljø. Tilnærmet normal drift	Liten eller kortvarig miljøpåvirkning. Kort restitusjonstid for natur og ytre miljø	Utslipp til vann, luft eller jord. Medfører lokale skader på natur/vegetasjon. Alvorlige skader på naturen, og det vil ta inntil et år for naturen å restituere seg.	Større utslipp til vann, luft eller jord. Forårsaker større lokale skader på natur/vegetasjon. Kritisk skade på naturen, og det vil ta lang tid før naturen restituerer seg (inntil 10 år). Varsling av eller anmeldelse til politi	Stort utslipp til vann, luft eller jord som gir varige skader på natur/vegetasjon. Utrykker vegetasjon/ natur i området. Restitusjonstid over 10 år. Rettsprøving/domfellelse i miløssaker
8) Tillit / Omdømme	Ingen eller minimal svekkelse av tillit/omdømme	Liten eller kortvarig svekkelse av tillit / omdømme	Betydelig eller middels varig svekkelse av tillit / omdømme	Alvorlig eller langvarig svekkelse av tillit / omdømme	Fullstendig eller uopprettelig svekkelse av tillit / omdømme
9) Økonomi	Ingen eller ubetydelig påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Mindre påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med moderate konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med store konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med katastrofale konsekvenser for økonomisk handlingsrom
10) Straff, sanksjoner, erstatningsansvar	Ingen eller ubetydelige avvik fra lov, forskrift eller krav. Medfører ikke sanksjoner eller erstatningsansvar	Avvik fra lov, forskrift eller krav. Kan medføre mindre sanksjoner eller erstatningsansvar	Avvik fra lov, forskrift eller krav. Kan medføre moderate sanksjoner eller erstatningsansvar	Avvik fra lov, forskrift eller krav. Kan medføre store sanksjoner eller erstatningsansvar	Avvik fra lov, forskrift eller krav. Kan medføre svært sanksjoner og/eller erstatningsansvar og/eller straff

Skala er hentet fra et pågående regionalt arbeid i Helse Nord

TOPP 5 OPPSUMMERT		
Mars 2024		Max
TOTAL RISIKOSCORE	310,20	562,50
Gjennomsnitt sannsynlighet	4,20	5,00
Gjennomsnitt konsekvens	2,86	5,00
Konsekvens sortert etter score:		
3) Måloppnåelse	4,6	5,00
9) Økonomi	3,8	5,00
5) Kapasitet og robusthet	3,4	5,00
1) Kvalitet og pasientsikkerhet	3,2	5,00
6) Ressurser (Personell, utdanning og kompetanse)	3,2	5,00
8) Omdømme og tillit	3,2	5,00
2) Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	2,8	5,00
10) Straff, sanksjoner, erstatningsansvar	1,6	5,00
4) Informasjonssikkerhet og Personvern	1,4	5,00
7) Ytre miljø, klima	1,4	5,00