



Møtedato: 25.09.2024

Vår ref.:

2024/25-2

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

13.09.2024

## Styresak 74-2024      Tertialrapport nr.2-2024

### 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. 2 – 2024 for oversendelse til Helse Nord RHF.

### Bakgrunn

*Tertialrapport nr. 2 – 2024* redegjør for hvordan Universitetssykehuset i 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 HN RHF.

### Saksutredning

I henhold til fastsatt mal fra HN RHF skal UNN i 2. tertial rapportere på totalt 38 styringskrav, 23 indikatorer og 9 mål fra *Styringskrav og rammer 2024*. For noen rapporteringspunkter (2 mål, 9 indikatorer og 9 styringskrav) skal det beskrives pågående arbeid, mens resterende punkter skal avviksrapporteres. Avviksrapporteringen er gjennomført på samme måte som i første tertial og synliggjort ved trafikklysmarking av de rapporteringspunktene som er vurdert (vedlegg 1).

I *Tertialrapport nr. 2 – 2024* er 4 av rapporteringspunktene røde, 30 gule og 36 grønne. Det er en endring i risiko knyttet til 14 av disse, hvor halvparten er en endring fra gult/rødt til grønt. Forbedring av risiko er bl.a. knyttet til reduksjon i ekstern innleie, oppfølging av innkjøpsområdet, øke antall utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, og arbeid med å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering av ansatte. Blant områdene som ved utgangen av 2.tertial har økt risiko for ikke å innfri styringskravet innen årets slutt sammenliknet med 1.tertial, er måloppnåelsen for pakkeforløp kreft, fullverdig rapportering til kvalitetsregisteret KVARUS innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at 80 % av pasientene i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandlingsammen med behandler

har utarbeidet en behandlingsplan. Risikovurderingen er gjort av Kvalitetsavdelingen etter en samlet rapportering via *Styringshjulet* fra de aktuelle klinikkene og stabene.

Ett styringskrav og tre indikatorer vurderes per 2. september å ha høy risiko for å ikke kunne bli innfridd ved årets slutt og er markert røde i vedlegget:

- *Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).*
- *Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.*
- *Helseforetaket skal identifisere konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.*
- *Redusere fristbrudd.*

#### *Bemanning, ledelse og organisasjon*

Det arbeides kontinuerlig for å redusere overtidsbruk og innleie. Hittil i år er overtidsbruk redusert med 4168 timer sammenlignet med 2023. For vikarbruk er andelen av ekstern innleie 0,7 % av månedsverkene, mot 1,1 % i 2023.

Det rapporteres færre tilfeller av vold og trusler hittil i 2024. UNN forventer å kunne innfri målet om å øke antall utdanningsstillinger innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie og jordmorfaget sammenlignet med 2023.

#### *Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp*

UNN har økning i samlet ventetid. Det er særlig innenfor behandling av pasienter med hørselstap, og fagområdene generell øre, nese og hals, øye og ortopedi det er lang ventetid. Månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter beskriver tiltak som er iverksatt for å redusere ventetid og fristbrudd i UNN.

#### *Sikkerhet og beredskap*

UNN har stort fokus på arbeid med sikkerhet og beredskap, dette synes blant annet gjennom opprettelse av den nye Sikkerhet- og beredskapsenheten i UNN som er operativ fra 9. september.

#### *Økonomiske krav og rammer*

Det 3-årige omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN» er iverksatt med en målsetning om å bidra vesentlig til å sikre økonomisk bærekraft. Innkjøpsområdet er spesielt belyst i *Styringskrav og rammer*, og har en egen arbeidsgruppe i omstillingsprogrammet. I tillegg risikovurderes budsjettet flere ganger årlig, og det jobbes kontinuerlig med fokus på effekt av etablerte og nye tiltak.

#### *Andre krav til rapportering*

UNN skal være beredt til å delta i regionale prosjekter på flere ulike områder. Rapporteringen viser at UNN i all hovedsak er klar til å bidra inn i de regionale prosjektene når det er aktuelt.

## Medvirkning

Saken er lagt frem i medvirknings- og drøftingsmøter i uke 37/38. Protokoll og referat fra møtene legges frem som referatsaker i styremøtet 25.09.2024.

## Vurdering

*Tertialrapport nr. 2 – 2024* beskriver status på kravene som Helse Nord RHF har bedt om rapportering på i andre tertial. Alle mål, styringskrav og indikatorer i *Styringskrav og rammer* er tatt inn i *Styringshjulet* og følges opp av aktuelle klinikker og stabsenheter i UNN. 4 av rapporteringspunktene i *Styringskrav og rammer* vurderes til å ha høy risiko for å ikke å innfris i siste del av 2024. Disse omhandler økonomisk budsjettbalanse, reduksjon i fristbrudd, overholdelse av pasientavtaler og måloppnåelse innen nasjonale pasientforløpsindikatorer. Det større omstillingsarbeidet med «Vi fornyer UNN» sammen med pågående tiltak i de ulike klinikkene forventes å gi en positiv endring i den økonomiske utviklingen i tiden framover. Det samme gjelder tilgjengeligheten i UNN.

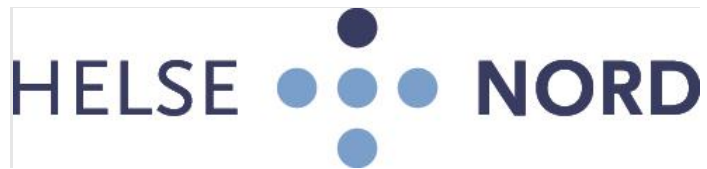
*Tertialrapport nr. 2 – 2024* anbefales godkjent for oversendelse til Helse Nord RHF.

Tromsø, 18.09.2024

David Johansen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Tertialrapport nr.2 – 2024 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF



# Tertialrapport nr 2-2024 for Universitetssykehuset Nord-Norge



## 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.....	17
6.	Øvrige krav og rammer for 2024 .....	22
6.1	Sikkerhet og beredskap .....	22
6.1.1	Informasjonssikkerhet og personvern .....	23
6.2.3	Videre utvikling av innkjøpsområdet.....	23
6.4	Investeringer i store bygg og prosjektstyring.....	24
6.5	Øvrige krav i foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF.....	24
6.5.4	Oppfølging av revisjoner og tilsyn.....	24
7.	Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet .....	25
7.1	Økonomiske krav og rammer .....	25
8.	Andre krav til rapportering .....	27

## ***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 blant annet å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen.

*Hovedregelen* er at det skal rapporteres i helseforetakenes årlige melding til Helse Nord RHF, mens 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 jamfør tabell 3 i kapittel 8 i *Styringskrav og rammer 2024* fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

For å redusere rapportering fra helseforetakene på styringskrav til Helse Nord RHF, er det nå målekort under utvikling i HN LIS. Målekortet utvikles og bygges ut i løpet av 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 kravnummer må beholdes der det er satt.

*Kravene er listet opp etter følgende oppsett, og fylles ut i henhold til angitt foretak og rapporteringsfrekvens.*

<b><i>Krav nr / Mål / Indikator</i></b>	<b><i>Krav tekst</i></b>	<b><i>Gjelder foretak</i></b>	<b><i>Rapporteringsfrekvens (evt avviksrapportering tertialrapport)</i></b>
<b><i>Kilde</i></b>			
<b><i>Rapporteringstekst:</i></b>			

## 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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling 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 avviksrapporing)
-----	--	----------------------	--

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 avviksrapporing)
-----------	--	----------------------	--

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 avviksrapporing)
---------------------------------	---	----------------------	--

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 avviksrapporing)
---------------------------------	--	-----------	--

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 avviksrapporing)
-----------	--	-----------	--

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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
---	---	-------------------------------	---

Risikovurdering - Gul: Middels usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.  
Endring fra grønn ved 1. tertialrapportering.

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

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Mål	<i>Økt kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
-----	--	------	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Mål	<i>Sykehusene skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
-----	---	----------------------	--

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

Indikator	<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>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	--	----------------------	-----------------------------------

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

**Rapporteringstekst:**

Barne- og ungdomsklinikken har en aktiv tilnærming til forskning; utdanning, prosjekt og rekruttering til studier. Tre nye behandlingsstudier pågår, den ene av disse er et samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Klinisk forskningspost.

Diagnostisk klinikk bidrar til 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.

Hjerte- og lungeklinikken bidrar til forskning med å utvikle UNN til et europeisk kreftsenter, som gjør oss til en mer attraktiv samarbeidspartner for multisenterstudier og styrker våre søknader om finansiering både fra offentlige fond og industristøtte. Hjerte- og lungeklinikken vektlegger at forskning/forbedringsarbeid er obligatorisk i legers spesialistutdanning, og antar at dette bidrar til å styrke forskerrekutteringen.

Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken blir i mindre grad invitert med til kliniske studier på grunn av kapasitetsproblemer på CT og lang svartid hos personvernombudet. Klinikken klarer ikke å bidra til 15% økning i antall kliniske studier så lenge vi ikke blir invitert med i studier og saksbehandlingstid hos personvernombudet er opptil 6 måneder.

Medisinsk klinikk hadde ved utgangen av 2023 28 studier, og fire av disse har foreløpig avslutningsdato i løpet av 2024. Det er også inngått nye avtaler i fagmiljøene om flere behandlingsstudier i 2024.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har stor forskningsaktivitet, men uklare kilder for å rapportere. Det jobbes med å etablere en bedre oversikt.

I Psykisk helse- og rusklinikken 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.

Antall kliniske behandlingsstudier i 2023 økte med 1,89 % sammenlignet med 2022.

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

**Rapporteringstekst:**

Indikatoren er svart ut med bakgrunn i styringskrav 9 – hvor økning i intensivkapasitet sammenlignet med 2023 er grunnlaget.

Gjennomgår prosedyre for full intensiv. Økt kapasitet utsettes i påvente av evaluering av A9 og tiltaksplan. Overordnede føringer og beredskapsplaner er under arbeid. Selv med oppgaveglidning (30% ordinære sykepleiere) er tilgangen på bemanning begrensende.

**Styringskrav:**

5	<i>Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har med utgangspunkt i de seks utvalgte</i>	<i>FIN, UNN,</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
---	--	------------------	---

Se målekort HN LIS	kvalitetsindikatorene fra OD 2023 utviklet indikatorer hvor det er moderat/lav måloppnåelse hos sykehusene. Hvert sykehus skal følge opp minst fem ulike kvalitetsindikatorer, og Helse Nord RHF ber helseforetakene iverksette tiltak for å forbedre måloppnåelsen, samt gi Helse Nord RHF tilbakemelding om forbedringsarbeidet i henhold til vedlagte rapporteringsmal.	NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
--------------------	--	------------	-----------------------------------

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

#### Rapporteringstekst:

##### Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag:

- **Mål:** 80% (Jmfør målepunkt i Pakkeforløp hjerneslag)
- **Status:** Tall fra Norsk hjerneslagregister 2023 viser at UNN når målsetting med 86 %
  - Tromsø: 94 %
  - Harstad: 73 %
  - Narvik: 63 %
- **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

- **Mål i UNN: 90%**
- **Status** september 2024:
  - Tromsø 72%
  - Harstad 98%
  - Narvik 78%
  - UNN totalt 82%
- **Tiltak:** To prosjekter pågår: Fast-Track hoftebrudd hvor prosjektet nå er i fase hvor preoperativ del av prosjektet utvides til Harstad og Narvik. Ny oppstartet 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** september 2024:
  - Tromsø 14 %
  - Harstad 95 %, sementert stamme er standard
  - Narvik 100 %, sementert stamme er standard
  - UNN totalt 61 %
- **Tiltak:** Flere brikker for sementert hofteprotese og supplerende nødvendig utstyr 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 på kurs. Legge til rette for (arbeidsplan) at de som kurses kommer i gang med sementering.

- **Resultatutvikling:** Stabile tall for Narvik og Harstad. Tromsø har hatt en pen økning fra 2023 fra 5 % til 14 %.

#### Andel trombolyse ved hjerneslag

- **Mål: 20%** (jfr Norsk hjerneslagregister er 20% definert som høy måloppnåelse)
- **Status 2023:**
  - Tromsø 21 %
  - Harstad 16 %
  - Narvik 17 %
- **Tiltak:** For Tromsø er det å fortsette å ha fokus på god registreringspraksis og opplæring av nyansatte i prosedyrer. For Narvik og Harstad er det gjennomgang av registreringspraksis med fokus på inklusjonskriterier og rutiner for fortløpende registrering Internundervisning om trombolyse ved lav NIHSS
- **Resultatutvikling:** Tromsø ligger stabilt på måltallet mens Narvik og Harstad har god utvikling fra 2022 og nærmer seg måltallet.
- Valide tall som fortløpende beskriver utviklingen i løpet av året, er ikke mulig å innhente. Nye tall vil først være tilgjengelig ved neste årsrapport.

#### 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:** Hjerne lungeklinikken og Akuttmedisinsk klinikk samarbeider om tiltak for å bedre resultatene.

For flere indikatorer har det dessverre ikke vært mulig å innhente valide tall fra kvalitetsregistrene fortløpende gjennom året.

8	<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>	FIN, UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
---	--	-------------	-----------------------------------

Risikovurdering - Grønn: Målet forventes nådd innen frist.

#### Rapporteringstekst:

Barne- og ungdomsklinikken 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 Barne- og ungdomsklinikken sin side. Det har vært etterspurt skriftlig avtale, avtaleforslag ikke lagt frem per nå. Ansvar for videre fremdrift er hos Finnmarkssykehuset.

9	<i>Intensivkapasiteten (ordinær kapasitet og beredskapskapasitet) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.</i>	NLSH, UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	--------------	--------------------------------------

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

**Rapporteringstekst:**

Gjennomgår prosedyre for full intensiv. Økt kapasitet utsettes i påvente av evaluering av A9 og tiltaksplan. Overordnede føringer og beredskapsplaner er under arbeid. Selv med oppgaveglidning (30 % ordinære sykepleiere) er tilgangen på bemanning begrensende.

10	<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>  <i>Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) skal bidra til en kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet gjennom forskning og forskningsbasert formidling.</i>  <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>	UNN	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	---	-----	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

## 4.2

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

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

**Rapporteringstekst:**

UNN har en minimal nedgang i sykefraværet til nå i år 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.

Akuttmedisinsk klinikk har sykefravær på 9,4 % i første halvår 2024 mot 11,5 % 2023. Det er stor variasjon i enheter og noen er godt innenfor styringsmålet. Det arbeides med å identifisere enheter med høyt langtidsfravær. Der det er mulig vurderes "overtallsbemanning". Flere enheter mottar bistand fra HR og bedriftshelsetjenesten. En avdeling med høyt sykefravær er identifisert og det jobbes med god oppfølging.

Barne- og ungdomsklinikken har i flere av seksjonene vedvarende høyt sykefravær, særlig langtidsfravær som skaper utfordringer i drift. Klinikken består av små enheter med spesialisert personale, bortfall av disse gir store utfordringer med leveranse av helsetjenester. Sykefraværet er 11,3 % (hørere enn 2023) og langtidsfraværet 8,5 %. Det arbeides med problemstillingen i KVAM og lederteam. Det er planlagt kompetanseheving og skoling i bransjeprogram til høsten. Lederressurser er stabilisert i avdeling hvor det tidligere har vært langvarig fravær og ubesatte lederstillinger.

Diagnostisk klinikk har økt sykefravær med 17,6 % sammenlignet med samme periode i 2023. Kun PET-senteret har klart å redusere fraværet. Klinikklerteamet har vært i dialog med rådgiver ved avdeling for lederstøtte og organisasjonsutvikling for planlegging av "dialogduk til bruk i partssamarbeidet" for alle enhetene i klinikken, men på grunn av kapasitetsutfordringer, har klinikklerteamet valgt å utsette det til over nyttår. Det er likevel høyt fokus på sykefravær og oppfølging i KVAM og lederteam i avdelingene, og en del tiltak er gjennomført med godt resultat.

Forsknings og utdanningscenteret har sykefravær i juli 2024 på 18,2 % mot 20,3 % i 2023.

Hjerte- og lungeklinikken har utvalgte enheter som har etablert et samarbeid med NAV og bedriftshelsetjenesten. For klinikken samlet forventes sykefraværet å ligge på mellom 7-8 % som tidligere, akkurat nå er det 7,8 %.

Operasjons- og intensivklinikken har fokus på dette og det er igangsatt ulike tiltak, men arbeidet vil ta tid.

Psykisk helse- og rusklinikken har pr. 31.07.24 11,9 % sykefravær. Noe nedgang fra 13,3 % 31.12.23. Det jobbes systematisk med oppfølging av sykemeldte i tråd med gjeldende retningslinjer. Det er godt lagt til rette for bred deltakelse i bransjeprogrammet IA, som man håper vil gi resultater kommende år. Det er også jobbet målrettet og systematisk med rekruttering og stabilisering, noe som på sikt kan gi positiv effekt på sykefraværet. Ved poliklinikk som har hatt høyt sykefravær er det gjort omorganisering for å sikre tettere personaloppfølging og fagledelse. Dette har allerede hatt en positiv effekt. Gjennom stabilisering av personalgrupper i enkelte enheter har man også her klart å redusere sykefraværet noe.

<i>Indikator</i>	<i>Bransjeprogram IA: Ved UNN og Nordlandssykehuset skal minimum 30 prosent av enhetene være i gang med partsarbeidet knyttet til tiltaksområdene "Tidlig og tett"</i>	<i>Alle</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	--	-------------	--

	<i>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.</i>		
--	---	--	--

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

<i>Indikator</i>	<i>Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, 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.</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>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.</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:**

<i>11</i>	<i>Helseforetakene skal oppnevne medlem til nytt regionalt samarbeidsorgan for høyere yrkesfaglig utdanning. Organet skal bidra til at foretakenes behov for høyere utdanning i alle yrkesfag blir dekket. I løpet av andre tertial 2024 skal foretakene ha kartlagt behovet for høyere yrkesfaglig utdanning.</i>	<i>Alle</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
-----------	--	-------------	------------------------------------

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

UNNs medlem er oppnevnt og første møte i nytt regionalt samarbeidsorgan er 9. september der utkast til mandat skal gjennomgås.

<i>12</i>	<i>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.</i>	<i>Alle</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
-----------	---	-------------	--

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 måneders planleggingshorisont. Metodikken tas gradvis i bruk i organisasjonen og enhetene er kommet ulikt langt med dette arbeidet. På noen områder er dette utfordrende grunnet bemanningssituasjonen og 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 100 % i mål med dette arbeidet i løpet av 2024.</p>			
14	Helseforetakene skal øke innsatsen på Bransjeprogram IA i sykehus.	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
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 avvikrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.			
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 avvikrapportering)
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	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)



	<i>typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.</i>		
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

18	<i>Helseforetakene skal inngå, eventuelt revidere eksisterende, lokale avtaler med de aktuelle universitetene ut fra angitte områder i instruksen.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.			

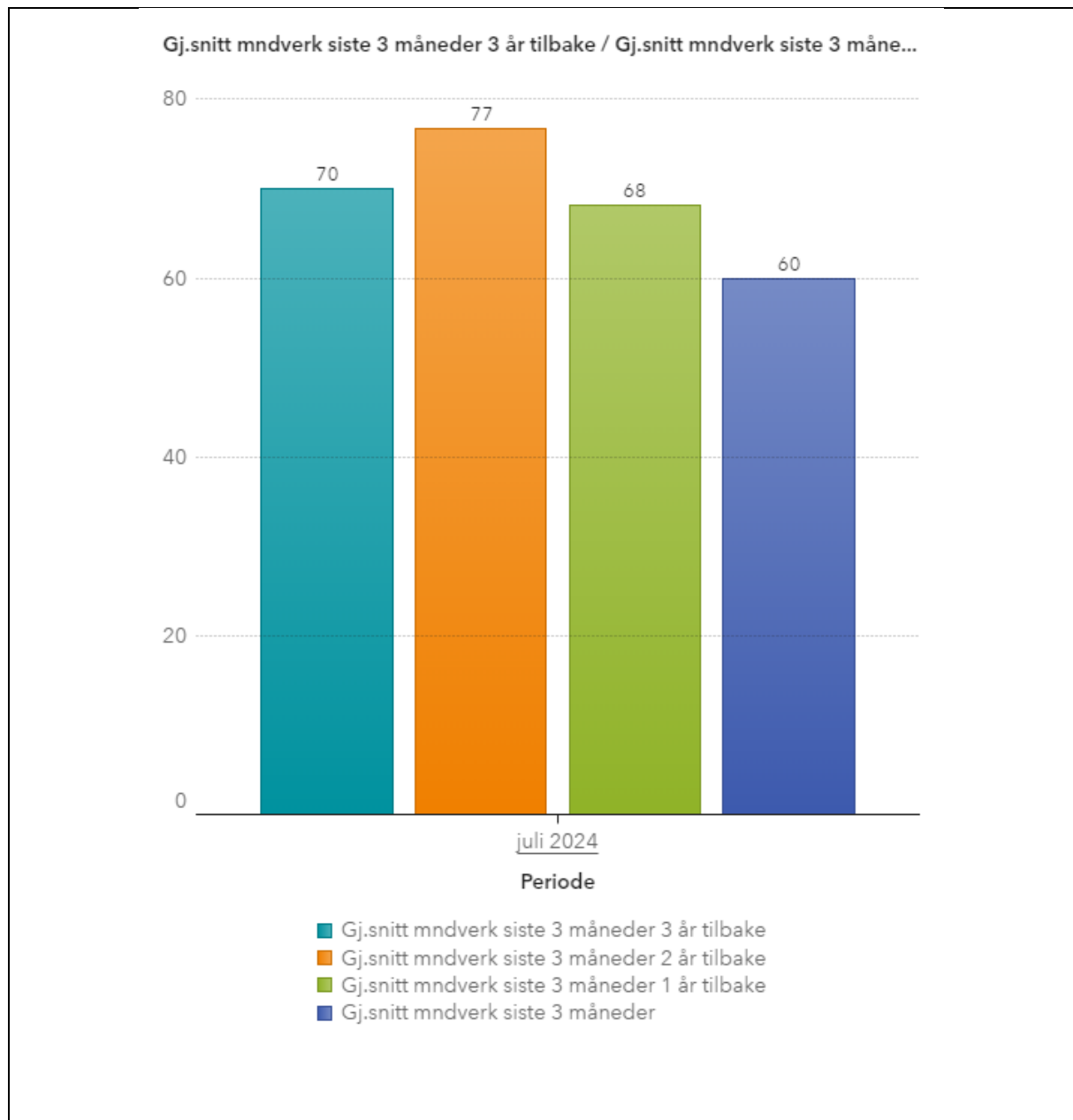
19	<i>Helseforetakene skal øke antall utdanningsstillinger innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie og jordmorfaget sammenlignet med 2023.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.			

20	<p><i>Opprette nye LIS1-stillinger i samsvar med tabellen under.</i></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>Helgelandsykehuset</td> <td>35</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td><b>Helse Nord</b></td> <td><b>214</b></td> <td><b>8</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>224</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Nye LIS1-stillinger i Helse Nord i 2024. Alle tall er på helårsbasis. * En av stillingene ved Finnmarkssykehuset er omdisponert til Nordlandssykehuset</i></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*	Helgelandsykehuset	35	2	1	38	<b>Helse Nord</b>	<b>214</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>224</b>	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*																													
Helgelandsykehuset	35	2	1	38																													
<b>Helse Nord</b>	<b>214</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>224</b>																													
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.																																	

21	<i>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.</i>	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.			
<p><b>Rapporteringstekst:</b></p> <p>Det er utarbeidet gode beskrivelser for oppfølging av bemanningsplanleggingen som et ledd i målsetningen om å redusere bruk av dyre personell løsninger (overtid og innleie). Videre er det iverksatt nye rekrutterings- og stabiliseringstiltak for utvalgte grupper. Sammenlignet med fjoråret har vi redusert innleie fra 68 gjennomsnittlige månedsverk i 2023 til 60 gjennomsnittlige månedsverk i 2024.</p> <p>Vikarinnleie ekstern – UNN (HN-LIS 29.08.2024):</p>			



## 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 avvikrapporing)
-----	--	----------------------	---

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 avvikrapporing)
-----	--	----------------------	---

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 avvikrapporing)
-----	--	----------------------	---

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 - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.  
Endring fra grønn ved 1. tertialrapportering.

### Rapporteringstekst:

Variasjon i ulike forløp påvirkes av behandlingsbehov. Diagnostisk kapasitet og utilstrekkelig operasjonskapasitet er kort summert 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 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 inne standard forløpstid er på 60,7 % i UNN i 2. tertial.

Indikator  Se målekort HN LIS	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. 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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024  Tertialrapporter og Årlig melding
--	--	-------------------------------	---

Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.

*Rapporteringstekst:*

Forventer en reduksjon i ventetid i løpet av 2024. Vil kunne nå målsetningene på lengre sikt.

Ventetid avviklede Psykisk helsevern voksne er pr. 31.03.24 71 dager. Pr. 31.12.23 var ventetiden 118 dager. Det er således en markant nedgang fra årsskiftet. Ventetid avviklede tverrfaglig spesialisert rusbehandling er pr. 31.03.24 på 38 dager. Pr. 31.12.23 var ventetiden 38 dager. 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 faglige og organisatoriske grep som tiltak. Opprettelse av kortidspoliklinikk psykisk helsevern er et sentralt tiltak for å redusere ventetider og øke tilgjengelighet. Måltrettet 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.

Røntgen har større utfordringer med svartid enn ventetid på grunn av manglende legekapasitet. Tiltak er rekruttering og stabilisering. I tillegg leies det inn legevikarer frem til legekapasiteten i avdelingen er optimal. Det sendes også mange pasienter til eksterne aktører for å avlaste avdelingen. På PET varierer ventetiden. Det er etablert mulighet for å sende til private hvis behov og man vil kontakte Nordlandssykehuset om nukleærmedisiner 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 audiologi, generell øre, nese og hals, øye, ortopedi og fagområdene under spesialist poliklinikken i Harstad at det er lang ventetid i UNN. Disse følges opp med jevnlig møter og diskusjoner om tiltak i egne tavlemøter i sykehusledelsen. Det er ikke kortsiktige løsning på disse kapasitetsutfordringene, men det arbeides langs flere akser for å redusere ventetider og fristbrudd. Blant tiltakene er økte stillinger for Øre, nese og hals og Øye. Innført stipendordning for audiograf. Oppfølging poliklinikkprogrammet. Startet prosess knyttet til "kloke valg" for å redusere ventelister til poliklinikk.

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

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

**Rapporteringstekst:**

UNN har hittil i år 82,6 % 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 - Rød: Høy - målet vil ikke bli nådd innen frist.  
Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.

**Rapporteringstekst:**

Det pågår fortsatt et utviklingsarbeid i HN-LIS i samarbeid med Regional forvaltning knyttet til bedre muligheter for rapportering i forhold til nasjonale pasientforløp. Virksomheten har per tiden ikke tilfredsstillende verktøy for å kunne rapportere på oppdraget. To poliklinikker hadde internrevisjon på tematikken i starten av 2024. På en av poliklinikkene var det dokumentert at 70 % av pasientene hadde behandlingsplan utarbeidet i samarbeid med pasient. På den andre poliklinikken hadde 40 % av pasientene en behandlingsplan, og halvparten av disse behandlingsplanene var dokumentert utarbeidet sammen med pasient. Det er startet et forbedringsarbeid i etterkant av internrevisjonen og resultatene fra internrevisjonen har blitt gjennomgått i poliklinikknettverket der ledere for alle poliklinikkene i psykisk helse- og rusklinikken deltar. Det er planlagt en ny gjennomgang av et utvalg av journaler ved slutten av året 2024.

<i>Indikator</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,</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	--	----------------------	--

Se målekort HN LIS		NLSH, HSYK	
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist.			

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

**Styringskrav:**

24	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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.			

26	Etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskrivning.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

27	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	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	-------------------------------	---

	<i>koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).</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 - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.  
Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.

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 - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.  
Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.

### 6.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern

#### Styringskrav:

33	<p>Innen 31. august 2024 styrebehandle status og rapportere på korrigerende tiltak fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter,</li> <li>• presentasjon av spesialisthelsetjenesten trusselbilde (utarbeidet av HN IKT),</li> <li>• resultater fra gjennomførte risikovurderinger, penetrasjonstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner,</li> <li>• oppsummering fra tertialvis avviksrapportering,</li> <li>• presentere modenhetsvurdering av NSM grunnprinsipper</li> <li>• beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp</li> </ul>	Alle	Innen 31. august 2024
<p>Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.</p>			
<p>Rapporteringstekst:          Dette ble styrebehandlet i UNN 19. juni. Status inneholdt de punkter som er beskrevet i kravet fra Helse Nord.</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 - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.          Endring fra rød ved 1. tertialrapportering.</p>			
37	<p>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</p>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)

	<i>og aktivt følge opp at disse gjennomføres, slik at sortimentsstyring gjennomføres i tråd med omforent plan.</i>		
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist. Endring fra grønn ved 1. tertialrapportering.			

## 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 avviksrapportering)
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.			

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

41	<i>UNN skal bidra i arbeidet med å risikovurdere helsetjenestetilbudet på Svalbard.</i>	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.

#### Rapporteringstekst:

Pågående omstillingsplan for bærekraftig utvikling i styresak Omstillingsprogrammet 2024-2027 «vi fornyer UNN.» Styresak nr.41-2024. Risikovurdering av budsjettene flere ganger.

Akuttmedisinsk klinikk har identifisert tiltak for at budsjettet skal gå i balanse, men har ikke lyktes med dette i første kvartal. Klinikken har ikke identifisert tiltak som kan bidra til å hente inn etterslepet, og skal i samarbeid med Økonomi og analysesenteret og Personal- og organisasjonsenhet ha tett og månedlig oppfølging. Flere av seksjonene i klinikken utreder om det vil ha en økonomisk gevinst å innføre 12-timersvakter – spesielt med tanke på bemanning på helg.

Barne- og ungdomsklinikken driftes med positivt resultat. Det ses på tettere samarbeid mellom avdelingene i klinikken – for å kunne redusere risiko for fristbrudd og ikke øke behovet for nye stillinger. Det benyttes aktivt digitale konsultasjoner der det er hensiktsmessig, og vikarbruken er minimal.

Diagnostisk klinikk har størst utfordring med lønnskostnader og varekostnader, herunder blant annet for behandlingshjelpemidler. Viktigste tiltak for klinikken vil være å få stabilisert radiologbemanningen. Det jobbes spesifikt med å sørge for at man ikke bruker ressurser på unødvendige analyser og undersøkelser, eksempelvis; “Ikke stikk meg uten grunn”. Egenproduksjon av PET-radiofarmaka bidrar til betydelig besparelse sammenlignet med kjøp - dessverre har det vært utfordrende i sommer og man har måtte benytte seg av ekstern leveranse i tillegg til egenproduksjon. I forholdt til behandlingshjelpemidler er det økende antall pasienter som får hjemmebehandling, samtidig som prisøkning genererer negativt regnskap månedlig. Aktuelt tiltak som vurderes er å gjenbruke utstyr der det er mulig – men dette vil kreve ekstra ressurser.

Drifts- og eiendomssenteret har en prognose om budsjett i balanse i 2024. Arbeidet med kontinuerlig forbedring fortsetter, og sikring av riktig forhold mellom arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser. Stadig økende vedlikeholdsetterslep gir økt risiko for redusert økonomi og driftsmessig bærekraft fremover.

Forsknings- og utdanningscenteret benytter ikke vikarer ved fravær, men fordeler oppgaver på gjenværende personell.

Hjerte- og lungelinikken har identifisert tiltak, men gjennomføringen har dessverre ikke gitt full kostnadskontroll. I hovedsak er det variabel lønn og høyere materialkostnader som er utfordrende – hvor uforutsett prisstigning spiller en betydelig rolle. Inntektene gjennom innsatsstyrt finansiering har også tidvis vært betydelig under budsjettet.

Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken har fortsatt overforbruk i forhold til budsjett. Det er identifisert konkrete tiltak som er operasjonalisert i detaljerte handlingsplaner, disse følges opp i månedlige økonomimøter. Det forventes at tiltakene vil gi resultater, men for flere av tiltakene er risikoen vurdert til høy.

Medisinsk klinikk har i andre kvartal et underskudd. Det er identifisert og igangsatt tiltak som synes å ha god effekt, og prognosen for 2024 er budsjettbalanse.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har regelmessig gjennomgang av tiltak i alle avdelinger. Det er gjennomført 3 risikovurderinger før sommeren og det er planlagt ytterligere 2 i løpet av høsten.

Psykisk helse- og ruslinikken har stort fokus på å redusere fristbrudd. I tillegg jobbes det kontinuerlig med å redusere kostnader knyttet til innleie og overtid gjennom god bemanningsplanlegging, samarbeid om personell på tvers av enheter, bemanning i henhold til oppgaver, samt en målrettet satsing på rekruttering og stabilisering. Det arbeides også for å øke inntekter gjennom kodeforbedring i virksomheten og tiltak for å redusere/unngå overbelegg (tiltak for å komme ut av gul beredskap innenfor døgnvirksomhet, oppnå måltall for belegg ved ulike typer døgnenheter, styrker samarbeid på tvers og bedre utnyttelse av klinikkens samlede døgnkapasitet). Reduksjon av overbelegg og fast ansettelse av vikarer bidratt til en betydelig reduksjon i bruk av variabel lønn (overtid) i en avdeling.

44		Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
----	--	------	--------------------------------------

Se målekort HN LIS	Helseforetaket skal sikre kontroll og oppfølging av tiltakene og ved behov iverksette ytterligere tiltak. Det skal rapporteres månedlig.		Virksomhetsrapport og tertialrapport
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra rød ved 1. tertialrapportering.			
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Pågående omstillingsplan for bærekraftig utvikling i styresak Omstillingsprogrammet 2024-2027 «vi fornyer UNN.» Styresak nr.41-2024. Risikovurdering av budsjettene flere ganger.</p> <p>I samarbeid med klinikkene utarbeides det kontinuerlig tiltak for å møte den økonomiske situasjonen vi står i og dette rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse nord RHF månedlig.</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	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024									
Se målekort HN LIS	Sykehusinnkjøpsavtaler skal økes med 10 prosentpoeng sammenlignet med 2023.		Tertialrapporter og Årlig melding									
Risikovurdering - Gul: Middels - usikkerhet om målet vil bli nådd innen frist. Endring fra grønn ved 1. tertialrapportering.												
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Rapportuttrekk på tall fra QlikSense over kjøp på konkurransabaserte avtaler (Sykehusinnkjøpsavtaler) i Clockwork for perioden jan – juli i 2023 og 2024 på ordretypene AB, MB og MB2 gir følgende tall:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Omsetning i mill. kr over sykehusinnkjøpsavtaler</th> <th>Andel omsetning over sykehusinnkjøpsavtaler</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>209</td> <td>54 %</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>266</td> <td>62 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Omsetningen i kr økt med 57 mill. kr., mens andelen i prosent har økt med 8%, altså 2% mindre enn måltallet på 10%. Hvis man i 2024 hadde benyttet ordretypen «INV» i stedet for ordretypen MB3 på utstyrskjøp, som Sykehusinnkjøp har håndtert, ville måltallet vært passert. Målsetningen er å raskt ta i bruk ordretypen "INV" ved investeringsanskaffelser.</p>				År	Omsetning i mill. kr over sykehusinnkjøpsavtaler	Andel omsetning over sykehusinnkjøpsavtaler	2023	209	54 %	2024	266	62 %
År	Omsetning i mill. kr over sykehusinnkjøpsavtaler	Andel omsetning over sykehusinnkjøpsavtaler										
2023	209	54 %										
2024	266	62 %										

Omsetningen over Sykehusinnkjøpsavtaler i Clockwork er stadig økende. Generelt vil bedre avtaledekning og standardisering av sortiment internt i UNN bidra til høyre andel kjøp over Sykehusinnkjøpsavtaler. Det meldes derfor i større grad en tidligere inn til Sykehusinnkjøp behov/kjøp hvor det ikke eksisterer avtaler. I tillegg er man de siste par årene blitt lang mer påpasselig med å gi Sykehusinnkjøp god oversikt over kjøp som er gjort innenfor anskaffelser de skal gjennomføre. Dette gir godt grunnlag for behovsverifisering i selve anskaffelsen og dermed bedre avtaledekning.

<i>Indikator</i>	<i>Redusert overtid.</i>	<i>Alle</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
<i>Se målekort HN LIS</i>			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.</p>			
<p><i>Rapporteringstekst:</i> UNN har hittil i år redusert overtid med 4168 timer sammenlignet med 2023.</p>			

<i>Indikator</i>	<i>Redusere innleie.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
<i>Se målekort HN LIS</i>			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd. Endring fra gul ved 1. tertialrapportering.</p>			
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Andelen ekstern innleie hittil i år er på 0,7% av månedsverkene, mot 1,1% i 2023. Innleiekostnadene hittil i år er 67 millioner mot 83,4 millioner på samme tid i 2023.</p>			

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

Andelen avviklede fristbrudd hittil i år er på 9,7 %, noe lavere enn 10,3 % på samme tid i 2023. Antall aktive fristbrudd er i juli 2024 3000 mot 1705 i juli 2023. Det er altså en økning på 8,5 % fra 2023 til 2024.

Det er særlig innen områdene audiologi, generell øre, nese og hals, øye, ortopedi og fagområdene under spesialist poliklinikken i Harstad at det er lang ventetid i UNN. Disse 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 økte stillinger for Øre, nese og hals og Øye. Innført stipendordning for audiograf. Oppfølging poliklinikkprogrammet. Startet prosess knyttet til "kloke valg" for å redusere ventelister til poliklinikk.

Indikator Avviksmelding DocMap	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding	
Risikovurdering - Grønn: Sannsynlig at målet vil bli nådd.				
<p>Rapporteringstekst: I første og andre tertial 2024 er det meldt 34% færre personalskader angående vold, trusler og seksuell trakassering sammenlignet med samme periode i 2023.</p>				
<b>1. og 2. tertial</b>			<b>2023</b>	<b>2024</b>
Fysisk vold (hendelse primært med fysisk skade, kan gi psykisk belastning)			215	146
Psykisk vold - (verbale trusler, truende adferd mm)			81	60
Seksuell vold/trussel (fysisk og psykisk skade)			11	7
Sum			307	213
<p>UNN har nylig gjort en omfattende risikovurdering av trakassering, seksuell trakassering og kjønnsbasert vold, som del av et større arbeid for å sikre etterlevelse av krav i likestillings- og diskrimineringsloven. Resultat og oppfølging fremgår av likestillingsredegjørelsen.</p>				



<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.			
<p><i>Rapporteringstekst:</i> I UNN er relevante beredskapsplaner oppdatert i første tertial 2024. Innføring av nye systemer og tiltak gjennomføres i henhold til regionale prosjekter.</p>			

<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.			
<p><i>Rapporteringstekst:</i> Barne- og ungdomsklinikken har hatt en økning i antall pasienter som deltar i kliniske studier. Det er ikke tilgjengelige data for å tallfeste detaljert, men økningen antas å ligge på omtrent 15 %.</p> <p>Diagnostisk klinikk bidrar til 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 grunnet kapasitetsutfordringer.</p> <p>Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken blir i mindre grad invitert med til kliniske studier på grunn av kapasitetsproblemer på CT og lang svartid hos personvernombudet.</p> <p>Medisinsk klinikk hadde ved utgangen av 2023 28 studier, og fire av disse har foreløpig avslutningsdato i løpet av 2024.</p> <p>Klinikken har i 2024 totalt 5 kliniske behandlingsstudier. Det er en økning på 20 % fra 2023 til 2024. Dette betyr en økning i antall pasienter i kliniske studier fra 2023 til 2024.</p> <p>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 i henhold til protokoll i UNN-Tromsø.</p> <p>Det er også en hemmende faktor for deltakelse/påmelding til kliniske studier at PVO har lang svartid på nødvendige godkjenninger.</p> <p>Antall pasienter inkludert i kliniske behandlingsstudier i UNN økte med 1,88 % fra 2022 til 2023. Fra 690 pasienter i 2022, til 703 pasienter i 2023.</p>			

**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"> <li>1. Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE</li> <li>2. Redusere fristbrudd</li> <li>3. Ventetid innenfor frister</li> <li>4. Pakkeforløp innenfor frister</li> </ol>	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"> <li>1. Redusert innleie</li> <li>2. Redusert overtid</li> <li>3. 6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging</li> </ol>	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"> <li>1. Reduksjon i sykefravær</li> <li>2. Redusere vold, trusler og seksuell trakassering</li> </ol>	Alle	Månedlig Kvartal	Hendelser/avviksmeldinger registrert i <u>DocMap</u>	HN LIS <u>DocMap</u>
Sikkerhet og beredskap	<ol style="list-style-type: none"> <li>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>)</li> </ol>	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 NHN. 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"> <li>1. Oppnå økonomisk resultatkrav</li> <li>2. Gjennomføring tiltaksplan for omstilling</li> <li>3. Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp</li> </ol>	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"> <li>1. Økt antall kliniske studier</li> <li>2. Økt antall pasienter i kliniske studier</li> </ol>	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.