

Styringsparametere for 2022 skal oppfylle krav 1 - Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling				Risikovurdering		Risikonivå	Sykehusledelsen				Risikovurdering		Risikonivå	Måloppnåelse for dette tertial
				S	K						S	K		
Gjenn risiko for målet:				3	3	Middels					2	3	Middels	
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risiko eier:	Nye tiltak 1. tertial 2022:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå	Skriv lav, middels eller høy
R1	Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst. (3.3 - 30)	Behandlere har for lite kjennskap til hvordan registrering skal gjøres	Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer.Fokus på tema på avdelingsmøter.	3	3	Middels		Gjennomgang av veiledere for pakkeforløp - gjøres av forløpskoordinatorer. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer.Fokus på tema på avdelingsmøter. Følge rutiner for registrering i PPR. Bruke forløpskoordinatorer aktivt for å følge opp forløpene. Prosedyre for registrering etablert og gjort kjent.			2	3	Middels	lav
R2	Andel av pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent. (3.3 - 31)	Frister er lite kjent/kommer ikke frem i DIPS Arena. Behandlere har for liten kjennskap til hvordan registrering skal gjøres	Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer.Fokus på tema på avdelingsmøter.	3	3	Middels		Gjennomgang av veiledere for pakkeforløp - gjøres av forløpskoordinatorer. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer.Fokus på tema på avdelingsmøter. Følge rutiner for registrering i PPR. Bruke forløpskoordinatorer aktivt for å følge opp forløpene. Intemrevisjoner.Prosedyre for registrering etablert og gjort kjent			2	3	Middels	lav
R3	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB skal være minst 70%. (3.3 - 32)	Epikrise kommer ikke fort nok til adressat kan føre til fare for liv og helse	Fokus på aktivitet og kvalitet i ledermøter og avdelingsmøter. Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid.	3	3	Middels		Bedre dialog mellom spesialist og merkantil tjeneste.			2	3	Middels	middels
R4	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne. (3.3 - 28)	For få spesialister, og ubesatte stillinger generelt.	Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett.	3	3	Middels		Utnytte kapasitet på tvers i klinikken. Lage rutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata. Utlyse ledige stillinger raskt/ målrettet annonsering. Hyppige pas.liste gj.ganger/ avslutte			2	3	Middels	høy
R5	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge. (3.3 - 28)	For få spesialister, og ubesatte stillinger generelt.	Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utvingen tett.	3	3	Middels		Lage rutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata. Utlyse ledige stillinger raskt/ målrettet annonsering. Hyppige pas.liste gj.ganger/ avslutte. Vurdere å styrke kapasiteten			2	3	Middels	lav
R6	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB. (3.3 - 28)	For få spesialister, og ubesatte stillinger generelt.	Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett.	3	3	Middels		Lage rutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata. Utlyse ledige stillinger raskt/ målrettet annonsering. Hyppige pas.liste gj.ganger/ avslutte			2	3	Middels	høy
R7	Aktivitet i psykisk helsevern og TSB. Høyere aktivitet i 2022 enn i 2021, både innen døgntilbud og poliklinisk aktivitet.(3.3 - 29)	For få spesialister, og ubesatte stillinger generelt.	Ikke innenfor alle områdene er det "ønskelig" med høyere aktivitet, men at de riktige pasientene får tilbud. Den totale aktiviteten innen klinikken bør nok innenfor poliklinikk ligge stabilt, mens innenfor døgntilbud bør den øke.	3	3	Middels		Sørge for at de riktige pasientene får tilbud			3	3	Middels	middels

Styringsparametere for 2022 skal oppfylle krav 2 - Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet				Risikovurdering		Risikonivå	Sykehusledelsen					Risikovurdering		Risikonivå	Måloppnåelse for dette tertial
				S	K							S	K		
Gjennomsnitt for målet:				3	3	Middels						2	3	Middels	
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risiko eier:	Nye tiltak 1. tertial 2022:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå	Skiv lav, middels eller høy	
R1	Antall nye kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022. Krav: Økt med minst 15 % sammenliknet med 2021		krav i OD2022 8.0 - 80 (Forskning og klinikkene) Status 01.05.22: Vi har 2 nye behandlingsstudier, en fra 2021 og en ny i 2022, men ingen nye studier med pasienter så langt i 2022.	4	3	Middels		Fag og forskning kontakter klinikkene for å se på mulighetene for oppstart av studie med pasienter.	Forskningssjef/ klinikkssjefer		2	3	Middels	middels	
R2	Antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleie og jordmødre. Krav: Økes sammenliknet med 2021		krav i OD2022 7.2 - 65 (Klinikkene, fagstab, org.stab) Helgelandssykehuset skal ha minimum 15 utdanningsstillinger innen ABIOK- sykepleiere og jordmor. Helgelandssykehuset vil nå måttet i 2022.	1	3	Middels		MED klinikk : 3 ansatte startet Kreft sykepleier. Ferdig 2022. I tillegg en på utdanning i Smittevern, samt en IBD/Gastro sykepleier			1	3	Middels	middels	
R3	Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget. Krav: Økes sammenliknet med 2021		krav i OD2022 7.2 - 61 (Fagstab) Helgelandssykehuset planlegger å ta inn 10 helsefaglærlinger i 2022.	4	3	Middels		For å sikre måloppnåelse skal sykehusledelsen behandle forslag om og er en forutsetning for å lykkes: •Finansieringen av lærlinger trekkes ut fra klinikkens budsjett og det etableres en modell for sentralfinansiering. Klinikker som tar inn lærlinger for overført lønnsmidler tilsvarende inntak. •Dagens finansieringsordning videreføres og klinikkene er forpliktet til å ta inn lærlinger jamfør vedtatte opptrappingsplan.			3	3	Middels	middels	
R4	Antall LIS i psykiatri. Økes sammenliknet med 2021		krav i OD2022 7.3 - 71 (Psyk, fagstab, org.stab) Antall LIS er ikke øket. HSYK har hittil ikke lyktes med å få søkere til utlyste stillinger.	4	3	Middels		Rekruttering i samarbeid med HR og kommunikasjon.	Klinikkssjef psyh		2	3	Middels	lav	
R5	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT. Krav: Redusert til 10 % innen 2023		krav i OD2022 4.0 - 38 (Fagstab, klinikkene) I 2021 er andel pasientopphold med minst en pasientskade 15 % . Andelen pasientopphold med minst en skade er redusert med 2,5 % fra 2020.	3	3	Middels		Presentasjon av GTT data skal presenteres hvert tertial for ledergruppa, kvalitetsråd og klinikkvise ledermøter.			3	3	Middels	middels	
R6	Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2022 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner). Krav: 30 % reduksjon i samlet bruk i 2022 sammenliknet med 2012.		krav i OD2022 3.2 - 24 (Fagstab, farmasøytene, klinikkene) Se vedlegg: 2021-Helgelandssykehuset-HF-antibiotikaforbruk.pdf DDD/100 Id: endring fra 2012 er -15,62% DDD: endring fra 2012 er -29,38%	2	4	Middels		MED klinikk : LAB bruker PCR test på blodkulturer nå. Antibiotika notat er rutine på sengepost. Fokus på revurdering av antibiotika på tavlemøte.			2	4	Middels	middels	

Styringsparametere for 2022 skal oppfylle krav 3 - Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp				Risikovurdering		Risikonivå	Sykehusledelsen			Risikovurdering		Risikonivå	Måloppnåelse for dette tertial	
				S	K					S	K			
Gjnsn risiko for målet:				4	3	Middels				3	3	Middels		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risiko eier:	Nye tiltak 1. tertial 2022:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå	Skriv lav, middels eller høy
R1	Gjennomsnittlig ventetid skal være redusert i regionen sammenliknet med 2021. (OD 2022: 3.2 - 19)	Denne er endret fra 50 dager til: være redusert ift. 2021	krav i OD2022 3.2 - 19 (se virksomhetsrapport, PPT side 2) Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått påbegynt helsehjelp er hittil i år økt til 66 dager. Øye, hud og ortopedi har lengst ventetid, mens ortopedi har flest antall som venter.	3	3	Middels		Må ha fokus på de fagområdene med lengst ventetid samt på ortopedi hvor flest venter.	Klinikkssjefene		3	3	Middels	middels
R2	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021. (OD 2022: 3.0 - 1)	Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før. Skal overholde minst 95 % av avtalene.	krav i OD 2022: 3.0 - 1 (se virksomhetsrapport, PPT side 4) ØNH, øye og ortopedi er fagområder som har høyt antall passerte kontakter her, og disse går igjen i høy ventetid og fristbrudd, mens hjerte og fordøyelse som har mange kontakter PPT ikke har fristbrudd eller lang snitt ventetid for nyhenviste.	3	3	Middels		For både ØNH og Øye arbeides det nå med å prioritere kontroller og oppfølgingstimer ytterligere, mens for bl.a. hjerte og fordøyelse er vi i gang med et arbeid for å se på sammensetningen av ventelistene og om et visst omfang av kontrollene enten ikke er nødvendig lengre eller ikke har behov for spesialisthelsetjenester lengre til fordel for andre tilbud i kommunen. MED klinikk : 20,8 %. Økt med 3 % siste år. Pga Vakante stillinger. Tilsatt gastroenterolog i MSJ/MIR fra august 2022.	Klinikkssjefene		3	3	Middels	lav
R3	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. (OD 2022: 3.0 - 2)	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon. Skal være minst 15 %	krav i OD 2022: 3.0 - 2 (se virksomhetsrapport, PPT side 9) Hittil i 2022 er andelen omkring 10 % av planlagte konsultasjoner, som er på samme nivå som i fjor.	4	3	Middels		Økt fokus, økt opplæring, samt fortsette arbeidet med å konkret definere innenfor hvert fagområde hvilke konsultasjonstyper som skal settes opp til digital konsultasjon.	Klinikkssjefene		3	3	Middels	middels
R4	Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. Minst 70 % (OD 2022: 3.2 - 20)		krav i OD 2022: 3.2 - 20 (se virksomhetsrapport, PPT side 5) I perioden januar – mars 2022, har Helgelandssykehuset behandlet 45 % av pakkeforløpene innen standard forløpstid. Dette er en reduksjon fra tidligere år. Fra september 2021 til februar 2022 er det tatt 61 prostatabiopsier med microUL som er en ny metode i HSYK. Det er forventet at denne metoden, når den får et større volum, vil redusere forløpstidene for noen av pasientene som ellers må vente på undersøkelser i Tromsø. For lungekreft er det også OF2 som har noe redusert måloppnåelse mens de andre fasene er innenfor målet, og her skyldes det også ventetid på undersøkelser ved andre foretak.	4	4	Høy		Det er forventet at den nye metoden (microUL), når den får et større volum, vil redusere forløpstidene for noen av pasientene. Få redusert ventetid på undersøkelser ved andre foretak.	Klinikkssjefene		3	4	Høy	middels
R5	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. Minst 70 % (OD 2022: 3.2 - 21)		krav i OD 2022: 3.2 - 21 Jan 55%, Feb 62%, Mars 52%, hittil i April 55%.	4	3	Middels		Gjennomgå prosedyre med alt involvert personell i kjeden, samt se på arbeidsmetodikk.			3	3	Middels	middels

Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering personell.				Risikovurdering		Risiko-nivå	Sykehusledelsen				Risikovurdering		Risiko-nivå	Måloppnåelse for dette tertial	
Gjenn risiko for målet:				3	4	Hay					3	3	Middels		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risiko-eier:	Nye tiltak 2. tert 2021:	Nye tiltak 1. tertial 2022:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Skriv lav, middels eller høy
R1	Ingen negativ påvirkning på driften av Covid-19	Negativ påvirkning på driften av Covid-19	Smitteutbrudd kan medføre tiltak som påvirker aktivitet og personell. Økende smitte i flere kommuner i løpet av sommeren. Registrerte covid-19 effekter har vært synkende. Fra 3,1 mill. kr. i juni til 1,8 mill. kr i juli, men opp til 4,1 mill. kr. pr. august. Dette er inkludert avvik i f.t. aktivitet. Viktig at ALLE økte kostnader spesielt knyttet til personell er avvirket. Fremdeles utfordringer i sommer forhold til svenske vikarer som ikke har kommet. På grunn av økt smittetrykk så oppfordres flere til å teste seg ved forkjølelessymptomer. Karantene for ansatte som da venter på svar. Kan medføre økt variabelønn.	3	3	Middels		Følge pandemiplan og smitteverntiltakene lokalt, regionalt og nasjonalt. Utstyr er supplert og kompetanse hos personalet er vedlikeholdt. Vi er fortsatt sårbar men i mindre grad, svenske ferievikarer ikke tilgjengelig, dyr innleie fra firma i sommer, drifta er totalt sett mindre påvirket enn 1. halvår. Ingen signal om kompensasjon tapte aktivitetsinntekter 2. halvår.	Pandemien fortsetter å påvirke drift. Høyt sykefravær blant egne ansatte. Må leie inn mye mer enn budsjettet. Det samme med variable kostnader. Aktivitet lavere enn plan. Får tilført Covid-19 midler som reduserer negativ effekt			3	3	Middels	
R2	Gjennomføring av (felles tiltakene)	Lavere effekt enn innarbeidet i budsjett ( Herunder Benchmarking). Nye tiltak iverksettes ikke fort nok	Internt arbeid med benchmarking igangsatt. Andre fellestiltak følges opp. Oppfølgingsmøte 26.05. Felles oppfølgingsmøte ny/gammel struktur gjennomført 27.09. inkludert gjennomgang av tiltak. <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 18)</b>	3	4	Hay		Prosjektorganisering. Styringsgruppe og prosjekter opppe å går. Må følges opp. Ved overgang til klinikkstruktur – overføring fra prosjekt til drift. Kommer ledermøtesak på dette. Døgnmedisingruppa må reorganiseres. Det arbeides godt, men det tar tid å realisere de økonomiske effektene.	Benchmarkingsarbeidet er gått over fra å være prosjektorganisert til drift. Hovedansvarlige er klinikksefene.Unntak er bemanningsprosjektet. Fremdeles prosjektorganisert, men klinikksefene ansvarlige. Gjort mye bra arbeid, men det tar lang tid å få realisert effektene. Kir. klinikk først, oppstart medisin og akutt klinikk er planlagt medio mai.	Adm. Dir/klinikksefene	Fortløpende	3	4	Hay	
R3	Budsjettlojalitet/ kostnadskontroll	Manglende lojalitet/ikke kostnadskontroll	Risikostyring ihht "RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord" følges med tydelig ansvar, månedlig oppfølging og konsekvenser dersom mål ikke oppnås. Fullmaktsmatrisen er oppdatert. <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 15)</b>	3	4	Hay		Intensivert og systematisert månedlig oppfølging. Plassering og tydeliggjøring av ansvar i hele lederlinjen. Fullmaktsmatrise er oppdatert. Oppfølging klinikkvis fra og med september måned - fokus intensivert tiltaksarbeid og kostnadskontroll .	Månedlig oppfølging gjennomført. Tar tid å få gjennomført planlagte tiltak. Noen tiltak har liten effekt. Overskridelser på kostnadssiden og dårlig resultat. Bestilling fra foretaks møte - levere inn forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet. Pågår - ikke ferdigstilt p.t.	Linje ledelsen	Fortløpende	3	4	Hay	
R4	Personell kostnader blir som budsjettet	Personellkostnader blir ikke som budsjettet.	Enhetene har personell budsjett. Risiko her er at personell kostnadene ikke er realistisk vurdert på enhetene. F.eks rekruttering i de sentrale stillingene som spesialister i enkelte fag, og spesialsykepleiere innen intensiv og operasjon. <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 11 - Bemanning)</b> <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 12 - Innleie av personell)</b>	4	4	Hay		Måltrett rekrutteringsarbeid. Busjettprofil: Øke faste stillinger for å få ned variabelønn og dyr innleie. Månedssjekkoversikten viser lavere forbruk av fast ansatte enn budsjettet, men høyere variabelønnbruk og i tillegg innleie. De totale personellkostnadene har økt. Vi bruke 10,2 % mer enn i fjor, og 1 % eller 16,8 mill. kr. mer enn budsjettet. Inkludert i dette negativt budsjettavvik på innleie på 19,6mill. kr. Evaluering sommerferieavvikling skal gjennomføres. Prosjektgruppearbeid bemanning må intensiveres.	Eksempel: MED klinikk : 5 - 10 vakante sykepleiere til enhver tid, over tid frem til mars 2022. Dessuten vakante spesialist stillinger. Lunge, gastro spesielt	Linjelederne/H R	Fortløpende	3	4	Hay	
R5	Aktivitet innenfor tildelte rammer	Aktivitet ikke i samsvar med tildelte rammer.	Sykehusforbruk. <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 7 - Aktivitet somatikk)</b> ISF-poengene totalt er nå omtrent på planlagt nivå, der den store økningen i polikliniske opphold sammenlignet med plan gjør at plan omtrent blir nådd selv om vi ser en reduksjon i ISF-poeng knyttet til heldøgn. <b>(se virksomhetsrapport, PPT side 8 - Aktivitet PSYK)</b> I 2021 var aktiviteten innen poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge samt rus mye høyere enn året før, og for barn og unge var også aktiviteten høyt over plan for alle lokasjonene. Plan for i år ble lagt noe lavere enn fjoråret, men aktiviteten hittil i år er både høyere enn plan samt høyere enn fjoråret ved samme tid. For rus var aktiviteten i 2021 under planlagt til tross for økning i aktivitet fra tidligere, der aktiviteten var planlagt høyt på grunn av oppstart av egen TSB poliklinikk, og ser samme tendens hittil i år. For psykisk helsevern for voksne var aktiviteten i 2021 både noe lavere enn året før, samt under plan – og her ser vi også at aktiviteten er noe redusert i år sammenlignet med samme tid i fjor samt under planlagt	3	4	Hay		Kartlegge sykehusforbruk. Igangsatt prosjekt. Har vi den rette aktiviteten? En del av Benchmarking.	Stabilt poliklinisk nivå, økning på flere fagområder er måltrett i f h t PPT	Enhetsdir.	Fortløpende	2	3	Middels	

Risikovurdering av styringsparametrene – 1 tertial 2022

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risiko eier:	Nye tiltak 2. tert 2021:	Nye tiltak 1. tertial 2022:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå	Skriv lav, middels eller høy	
R6	Hente hjem gjestepasienter	Får ikke hentet hjem gjestepasienter. Etterslep av pasienter. Covid-19 har "forstyrret" litt her.	Ansvar for å følge opp gjestepasienter eget opptaksområde er overført til linja.	4	4	Høy		Ansvarlige for de ulike gjestepasienter. Områdene må følge dette tett opp av enhetene. Måles månedlig - utvikling er negativt budsjettavvik gjestepasienter somatikk, gjestepasienter psykisk helse og rus har totalt sett mindreforbruk.	Kontakt mot NLSH og UNN for samarbeid om tilbakeføring av gjestepasienter. MED klinikk : Revma, har ikke fått lister fra NLSH tross gjentatte purringer. Økt aktivitet p å Revma.	Enhetsdirektør er soamtikk/spyk helse og rus	Fortløpende		3	3	Middels	
R7	Høyt sykefravær	Ikke reduksjon i sykefraværet	(se virksomhetsrapport, PPT side 13) Pr. mars er totalfraværet 9,8%, dvs.+1,9% høyere totalfravær i 2022 mot samme mnd. i 2021. Langtidsfraværet øker 0,3% og korttidsfraværet øker med +2,6%. Av dette utgjør 1,9% Koronafravær.	1	2	Lav			Sist oppdaterte tall mars: Totalfraværet er på 9,8 %. Dette er 1,9 % høyere enn mot samme mnd i 2021. Økt langtidsfravær 0,3 %, korttidsfravær økt 2,6 %. Koronafravær utgjør 1,9 % av dette. HSYK har 2,2 % lavere fravær enn andre HF i HN. Avd. med sykefravær over 10 % får bistand fra HR	Klinikkisjefer/av d.ledere		2	2	Lav		
R8	Utnyttelse av evt. ledig kapasitet på tvers i helseforetaket og i tråd med regionale tiltak knyttet til krav 9 i OD 2022	Manglende utnyttelse av event. ledig kapasitet	Avdelingsleder avgitt status i ledermøte 18.05.21 Ledermøtesak 171/2021. Utfordringer på personellsiden og økende oppgaver.	4	3	Middels		Felles inntakskontor, starta 01.03.21. Har fått til noe på tvers allerede, sett på fordøyelse først. Fremdeles signaler på bemanningsutfordringer. Oppdatert status på utfordringsbildet bør etterspørres.	Felles inntakskontor overført til klinikk diagnostikk og med.service. Utfordringer med å få tatt ut de planlagte effektene. Følges nå opp i særskilte møter.	Klinikkisjefer	Fortløpende	3	3	Middels		
R9	Budsjett konseptfase Nye HSYK opprettholdes	Budsjettet overholdes ikke	Uforutsette kostnader som vi ikke har tatt høyde for, f.eks nye utredninger.	4	4	Høy	Adm.dir	Stram styring og prioritering i forhold til styringsdokument og mandat. Framdrift i prosjektet forsinket. Nye utredninger bestilt. Budsjett overskredet med ca. 4,0 mill. kr. h.i.å	Økt fremdrift medfører store økte kostnader. Påvirker økonomien negativt dersom man ikke får tilført ekstra midler	Prosjekt-direktør	Fortløpende	3	4	Høy		
R10	Mange store prosjekter skal gjennomføres	Mange parallelle prosjekter kan medføre redusert gjennomføringsevne og lavere aktivitet.	Planlegging og koordinering/oversikt/kjenne til alle prosjektene.	3	3	Middels		Masterplan som inneholder total oversikt innhold og tidslinje, under utvikling. Den skal gi mulighet til å justere prosjektene tidslinjer der det er mulig for å unngå unødvendige sammenfall. Oversikt ble presentert i ledermøte 23.03.21 i ledermøtesak 102/2021. Oppdatert oversikt planlegges inn i ledermøtet.	Fremdeles mange prosjekter i organisasjonen. Flere tiltak er egne prosjekter og stort fokus på tiltaksgjennomføring. I tillegg prosjekt Nye HSYK med mange grupper og ressurser i arbeid. Noe redusert risiko ved bedre planlegging og opparbeidelse av prosess/prosjektkompetanse			3	3	Middels		