

Møtedato: 22.11.2022  
Arkivnr.: 2022/2

Saksbeh/tlf:  
Foretaksledelsen og stabspersonell

Sted/Dato:  
Sandnessjøen/17.11.2022

## **Styresak 98-2022      Virksomhetsrapport pr. oktober 2022**

Det vises til vedlagte virksomhetsrapport for nærmere informasjon om status for Helgelandssykehuset.

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. oktober 2022 til etterretning.
2. Styret ser at det er arbeidet godt med kvalitet og ber om at dette arbeidet fortsetter slik at både ventetider og fristbrudd fortsatt reduseres.
3. Styret ser at det er nødvendig med ytterlige tiltak for å få kontroll på økonomien til tross for at dette kan påvirke tilbudet negativt.
4. Styret tar utredningene og ROS-analysen i tiltakspakke 4 til etterretning og ber om at punkt 1 og, 3-7 gjennomføres som skissert i saken.
5. Styret ber om at administrasjonen kommer tilbake med egen sak til styret i desember vedr. punkt 2 i tiltakspakke 4, "Utvide periode for alturnerende sommerstenging av fødeavdelinger", der ytterligere presisering av gjennomføring og gevinst av tiltaket fremkommer.
6. Styret ber administrasjonen skissere flere langsiktige tiltak og også ta med ytterligere tiltak i budsjettarbeidet for 2023.

Sandnessjøen, 16.11.2022

Hanne Frøyshov  
Konst. Adm. Direktør

Vedlegg:

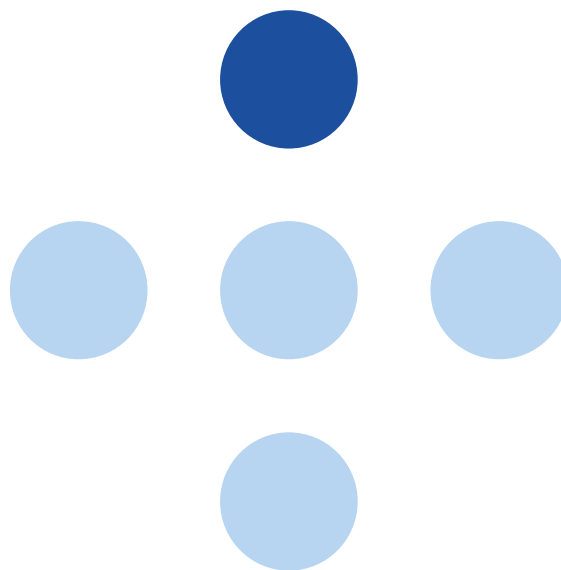
1. Virksomhetsrapport oktober 2022
2. ROS-Analyse

Helgelandssykehuset

# Virksomhetsrapport

## Oktober 2022

Kvalitet, aktivitet, økonomi og personal



## 1.0 Oppsummering av utvikling

### **Innledning**

Det økonomiske resultatet fortsetter å være negativt og hittil i år viser resultatet et underskudd på 136,0 mill.kr. I henhold til styrets vedtak er innstramming av fullmakter knyttet til innleie, og også de skisserte strakstiltakene iverksatt. Innleie fra firma viser nedadgående trend, men vi ser en økning på variabel lønn. Noe av økningen skyldes lønnsoppgjøret som er effektuert i oktober måned, og det er også en del av den store forverringen i resultat fra forrige måned. Det arbeides fortsatt kontinuerlig med den krevende økonomiske situasjonen og oppfølging av tiltakspakke 4 i tillegg til forarbeid for en tiltakspakke 5.

### **Kvalitet**

Gjennomsnittlig avviklet ventetid per oktober har økt til 69 dager i år, mot 60 dager på samme tid i fjor. Antall fristbrudd er 505 stk., som er en stor reduksjon fra forrige måned. Fristbruddene skyldes hovedsakelig kapasitetsutfordringer for flere fagområder innen både medisin og kirurgi. Foretaket har fortsatt fokus på ventetidssituasjonen og har satt i gang tiltak for å redusere ventetiden. Andel pakkeforløp for kreftsykdommer gjennomført innen standard forløpstid er 52 % hittil i år. De fleste pakkeforløp som ikke gjennomføres innen standard forløpstid gjelder pasienter som venter på utredning eller behandling i andre helseforetak. Pakkeforløp for prostata har økt andelen fra i fjor, noe som er svært positivt, og selv om pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft er lavere enn fjoråret i sum, er tallene i oktober måned alene nesten ved målkravet. Det ble gjort en ryddejobb i september av kontortjenesten for pasienter med åpen henvisningsperiode. Dette reduserte antallet åpne henvisningsperioder betydelig, men for oktober måned er antallet ikke ytterligere redusert.

### **Aktivitet somatikk**

Hittil i år er aktiviteten målt i antall episoder fortsatt lavere enn fjoråret, men 2 % over planlagt nivå. Dette skyldes at plan for poliklinikk ble lagt lavere for enkelte fagområder. Dette på grunn av et mål om å redusere sykehusforbruket for befolkningen, da Helgeland skiller seg ut på dette området. ISF-poengene er likevel noe under plan hittil i år noe som skyldes lavere indeks pr. pasientopphold. For oktober måned er aktiviteten høyere enn oktober i fjor, selv om den fortsatt er noe under plan. For enkelte fagområder er aktiviteten i år redusert som følge av kapasitetsutfordringer knyttet til mangel på legespesialister og LIS2-leger innen kirurgi og medisin. Dette påvirker igjen ventetider og fristbrudd. For heldøgn er aktiviteten hittil i år noe høyere enn fjoråret og høyere enn planlagt.

### **Aktivitet psykisk helsevern og TSB**

Aktiviteten per oktober er fortsatt lavere for både PHBU, PHV og TSB sammenlignet med samme periode i fjor. Til tross for at PHBU reduserer aktiviteten noe, er aktiviteten likevel over planlagt, da PHBU hadde planlagt lavere aktivitet enn fjoråret på grunn av svært stor økning i 2021 og samtidig høyt sykehusforbruk sammenlignet med andre sykehus.

## **Personell**

Gjennomsnittlig årsverksforbruk hittil i år per oktober var 1 778. Både årsverk og sykefravær har hatt en positiv utvikling (nedadgående trend) tidlig på året, med reduserende avvik mot fjoråret og redusert sykefravær. Årsverksforbruket for oktober måned øker noe fra forrige måned. Sykefraværet per september er redusert noe fra forrige måned og er på 7,8 % som fortsatt er noe høyt.

## **Økonomi**

Det økonomiske resultatet for oktober måned er negativt med 23,7 mill.kr og gir et akkumulert negativt resultat på 136,0 mill.kr. Avviket mot budsjett er på 149,4 mill.kr hittil i år.

Totale lønnskostnader har samme tendens som tidligere måneder med en stor økning fra i fjor, selv om innleie fra firma går ytterligere ned denne måneden. Effektivering av lønnsoppgjøret er en medvirkende årsak til resultatforverringen fra forrige måned. Den økonomiske resultat effekten for oktober er på 8,0 mill.kr, noe som er forskjellen mellom avsatte budsjettmidler til lønnsoppgjør og den estimerte effekten av lønnsoppgjøret.

Resultatet påvirkes også fremdeles av høye varekostnader, der spesielt medikamenter har betydelig økning. Som tidligere måneder forverrer de økte prisene på drivstoff, flyreiser, landeveistransport og medisinske forbruksvarer kostnadsbildet. Det er også økende kostnader til gjestepasienter, med spesielt en økning i kostnader for fristbrudd.

Tiltakseffekten hittil i år er lavere enn planlagt og er per oktober på 29,6 mill.kr. Budsjettert effekt hittil i år er 81,0 mill. kr, som gir en oppnåelse på om lag 37 %.

Gjennomføring av tiltaket "Aktivitetsbasert ressursplanlegging" går som planlagt og det jobbes målrettet i klinikkene og enhetene med alle planlagte aktiviteter for å utforme nye, gode og samskapt bemannings- og arbeidsplaner, i tillegg til flaskehalsarbeid.

## **Prognose**

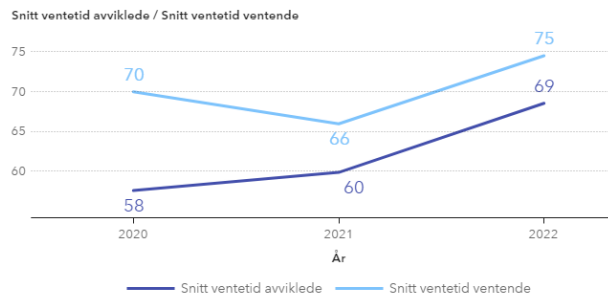
Den negative resultatutviklingen fortsetter til tross for igangsatte strakstiltak, og inndratte fullmakter i forhold til innleie. Effekt av mindre avsetning til lønnsoppgjøret er tidligere tatt inn i prognosen, men strakstiltakene ser ikke ut til å få forventet effekt. Dette er ikke ferdig analysert. Heldøgnsaktiviteten i oktober har vært over plan og fjoråret, og ISF-poengene har også vært høyere enn oktober i fjor. Selv om tiltaket "Aktivitetsbasert ressursplanlegging" går som planlagt, vil man ikke oppnå de forventede effekter i år.

Prognosen er estimert til et negativt resultat på mellom 160 til 180 mill.kr for 2022.

## 2.0 Kvalitet

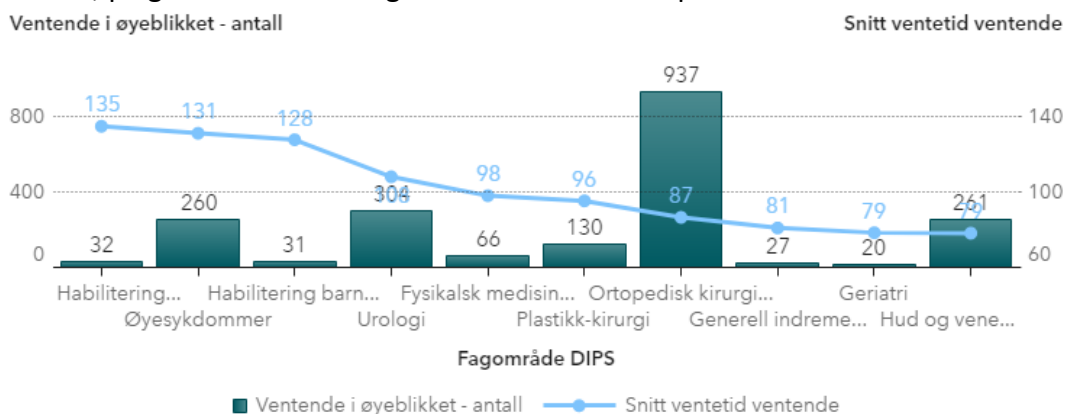
### 2.1 Gjennomsnittlig ventetid

Mål: Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres, og på sikt nå målet på 50 dager



Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått påbegynt helsehjelp (avviklede) er hittil i år 69 dager, som er på samme nivå som forrige måned. I oktober isolert er ventetiden lavere enn tidligere måneder, og er nå på 70 dager. Ventetiden for fremdeles ventende pasienten sank kraftig forrige måned, og fortsetter å synke i oktober. Ventetiden for avviklede er økt noe for områdene psykisk helsevern for barn og somatikk sammenlignet med i fjor, mens det innen PHV er lik ventetid og for TSB er ventetiden lavere enn tidligere år. Figuren under viser oversikt over ventetid for fremdeles ventende for de fagområdene mest høyest snitt ventetid.

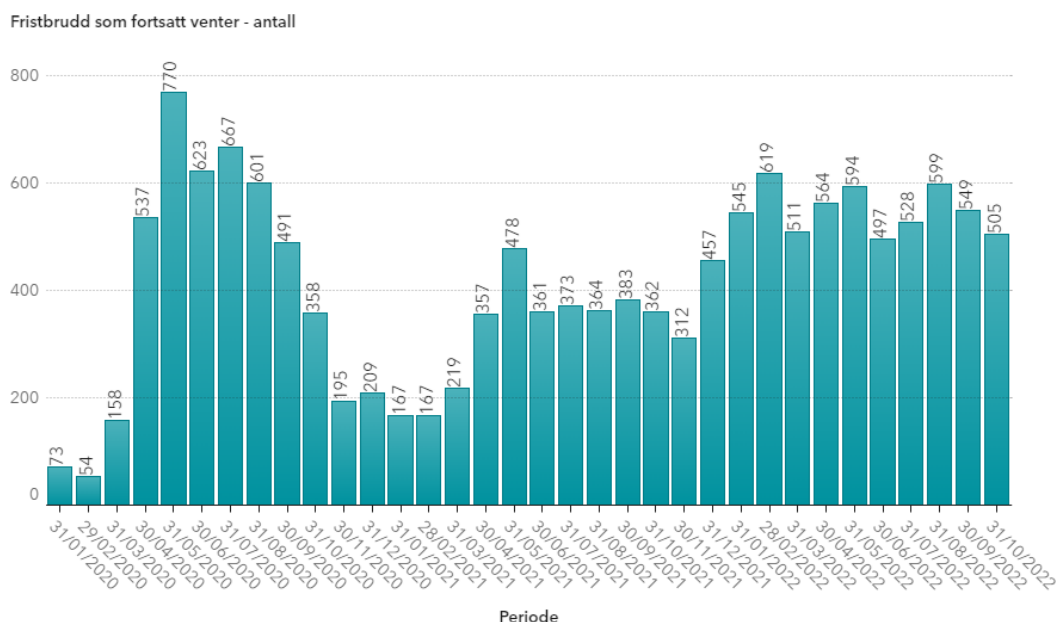
Hovedårsakene til ventetid som er høyere enn målet er at foretaket ikke har klart å hente inn etterslepet fra fjoråret i aktivitet. I tillegg er det er kapasitetsutfordringer innen enkelte fagområder, på grunn av utfordringer med å rekruttere spesialister.



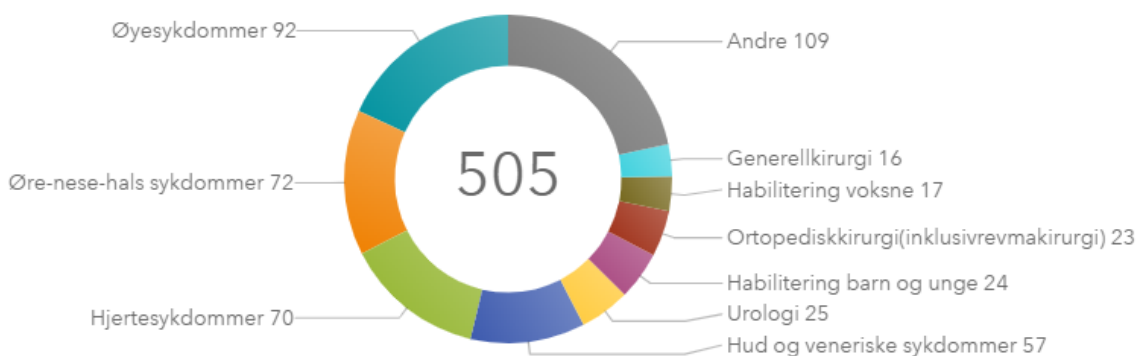
Samlet har vi opprettet tiltak som gir bedre oversikt og bedre kapasitet, slik at vi forventer at ventetid og antall ventende går ned også i tiden fremover. Foretaket arbeider med å redusere ventetiden for å nå målet på 50 dager på sikt, og tiltak som er satt i gang er bl.a. aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, økning i aktivitet for enkelte fagområder, kvelds- og lørdagspoliklinikk innen bl.a. urologi og kvinnesykdommer, samt sykepleierdrevne poliklinikker som bidrar til oppgavedeling.

## 2.2 Fristbrudd

Mål: Det skal ikke være fristbrudd



Fristbrudd som fortsatt venter - antall



Antallet og andelen fristbrudd er fremdeles høyt, men er redusert betydelig sammenlignet med de to foregående måneder. Fagområdet med størst reduksjon i antall fristbrudd er innen ortopedisk kirurgi, her er det 23 stk i oktober sammenlignet med 110 forrige måned, og aktiviteten i oktober for dette fagområdet er høyere enn tidligere måneder samt høyere enn plan og fjoråret.

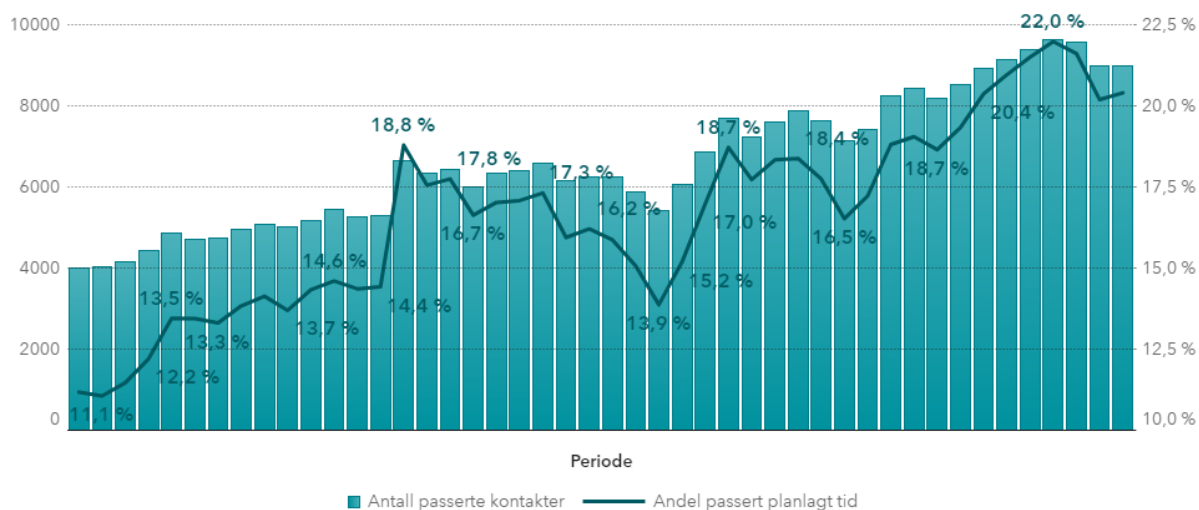
Tiltakene for å redusere fristbrudd er sammenfallende med tiltakene knyttet til ventetider og andel passert planlagt tid.

## 2.3 Andel passert planlagt tid

Mål: Andel pasientkontakter passert planlagt tid skal være under 5 % innen utgangen av 2022

Utvikling i antall og andel kontakter passert planlagt tid

Antall passerte kontakter



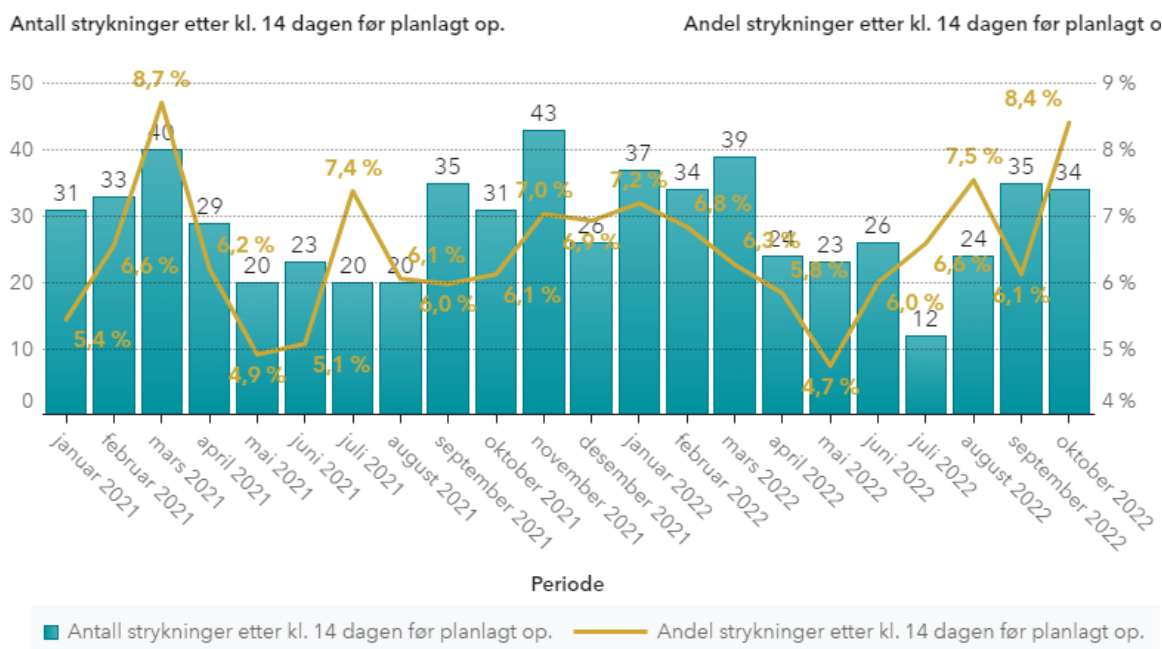
### Topp 10 - Fagområder med flest antall passerte kontakter

Fagområde ▲	Antall passerte kontakter ▼	Andel passert planlagt tid
Øre-nese-hals sykdommer	1659	20,6 %
Hjertesykdommer	1211	28,8 %
Øyesykdommer	947	38,6 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	676	19,7 %
Fordøyelsesykdommer	486	16,7 %
Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	442	22,1 %
Generell indremedisin	413	59,4 %
Barnesykdommer	320	35,5 %
Endokrinologi	312	31,3 %
Lungesykdommer	267	24,9 %

Andelen passert planlagt tid viser i hvilken grad Helgelandssykehuset overholder pasientavtalene. Ved utgangen av oktober er andelen passert planlagt tid om lag 20 % slik som i september, som er lavere nivå enn tidligere måneder i år. ØNH, hjerte og øye har fremdeles størst utfordringer. Forbedringsarbeidet tilknyttet benchmarkingsrapporten forventes å kunne bidra noe til at pasientavtalene i større grad overholdes, og sluttmålet er å oppnå 95 % overholdelse. Dette medfører bl.a. et større arbeid knyttet til lik henvisningspraksis og praksis for varighet av pasientforløp innen poliklinikk/kontrollpraksis som er med i tiltaksplanen i år.

## 2.4 Utsettelse av planlagte operasjoner (strykninger)

Mål: Andel strykninger av planlagte operasjoner skal være under 5 %



I oktober var andelen strykninger av planlagte operasjoner etter satt operasjonsprogram 8 %, noe som utgjør 34 stk. Dette er over målkravet på 5 %. Hittil i år er de hyppigste årsakene til strykninger *pasient syk, ikke kapasitet kirurg* samt *ikke indikasjon for operasjon*. Et av tiltakene som synes å ha gitt effekt (for å redusere strykningene knyttet til *ikke indikasjon for operasjon*), er å kontakte pasienten en uke i forkant av operasjon for å avdekke om det har skjedd endringer som medfører at operasjon ikke skal gjennomføres som planlagt. Reduksjon av operasjonsstrykninger er en av hovedindikatorerne for akuttmedisinsk klinikk i år, og klinikkene arbeider med å redusere strykningene som kan påvirkes av foretaket selv.

## 2.5 Pakkeforløp for kreft

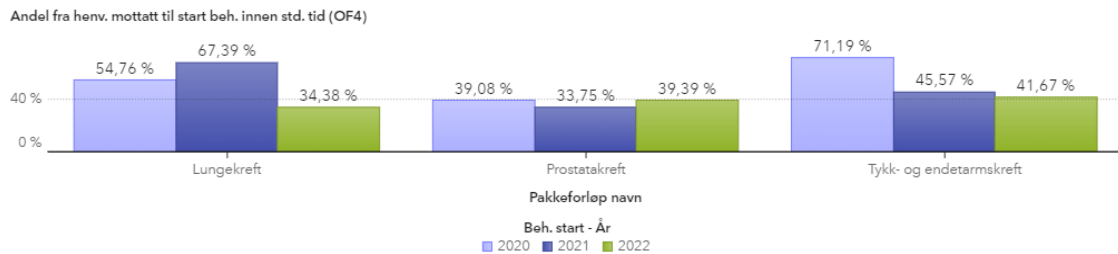
Mål: Andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standard forløpstid skal være over 70 % (Helsedirektoratet)

*Andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standard tid i perioden januar-september 2022 for Helgelandssykehuset sammenlignet med de andre HF i Helse Nord*

Andel fra henv. mottatt til start behandling innen std. tid (OF4)			
Eiersykehus	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total	57,35 %	1135	1979
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	62,40 %	561	899
Nordlandssykehuset HF	55,95 %	343	613
Helgelandssykehuset HF	52,34 %	134	256
Finnmarkssykehuset HF	45,97 %	97	211



*Andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standard tid hittil i år 2022 sammenlignet med hele året 2020 og 2021.*



Andelen pakkeforløp gjennomført innen standard tid er hittil i år 52 % ved Helgelandssykehuset, noe som er en økning sammenlignet med status forrige måned som var 50 %.

Pakkeforløpene lungekreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft har flest pasienter ved Helgelandssykehuset. Hittil i år har prostatakreft en økning i andel sammenlignet med i fjor, som kan være et resultat av den nye metoden for prostatabiopsier med microUL som er innført ved HSYK og som medfører at pasienter slipper å reise ut av foretaket for å få dette gjennomført. Lungekreft og tykk- og endetarmskreft har redusert andelen sammenlignet med fjoråret. Fra september 2022 har Helgelandssykehuset igjen gjennomført tykktarmskreftoperasjoner, noe som vil forkorte ventetiden ytterligere og komme nærmere måloppnåelse, og i oktober alene er andelen for tykk- og endetarmskreft økt til 67 % som er nærme målkravet. For lungekreft er en av årsakene forlenget ventetid for utredning, der undersøkelser ved andre sykehus har lang ventetid.

## 2.6 Pakkeforløp for psykisk helsevern og TSB

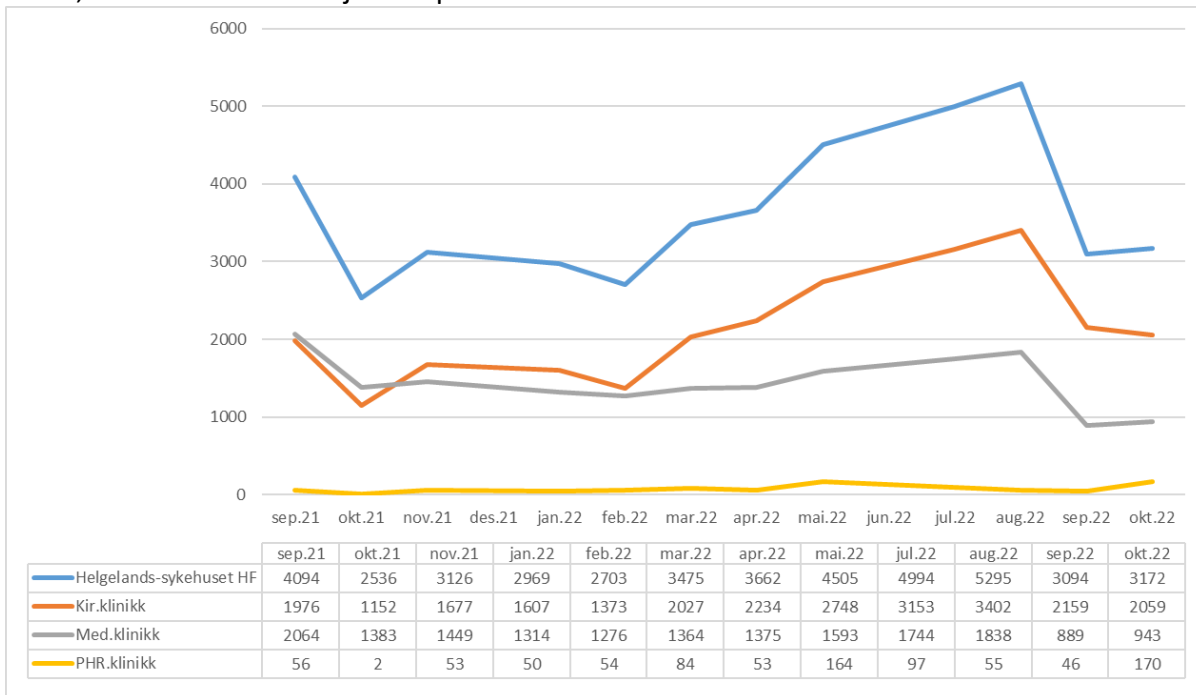
Mål: Andel pakkeforløp for psykisk helsevern og rus gjennomført innen anbefalt forløpstid skal være over 80 % (Helsedirektoratet)



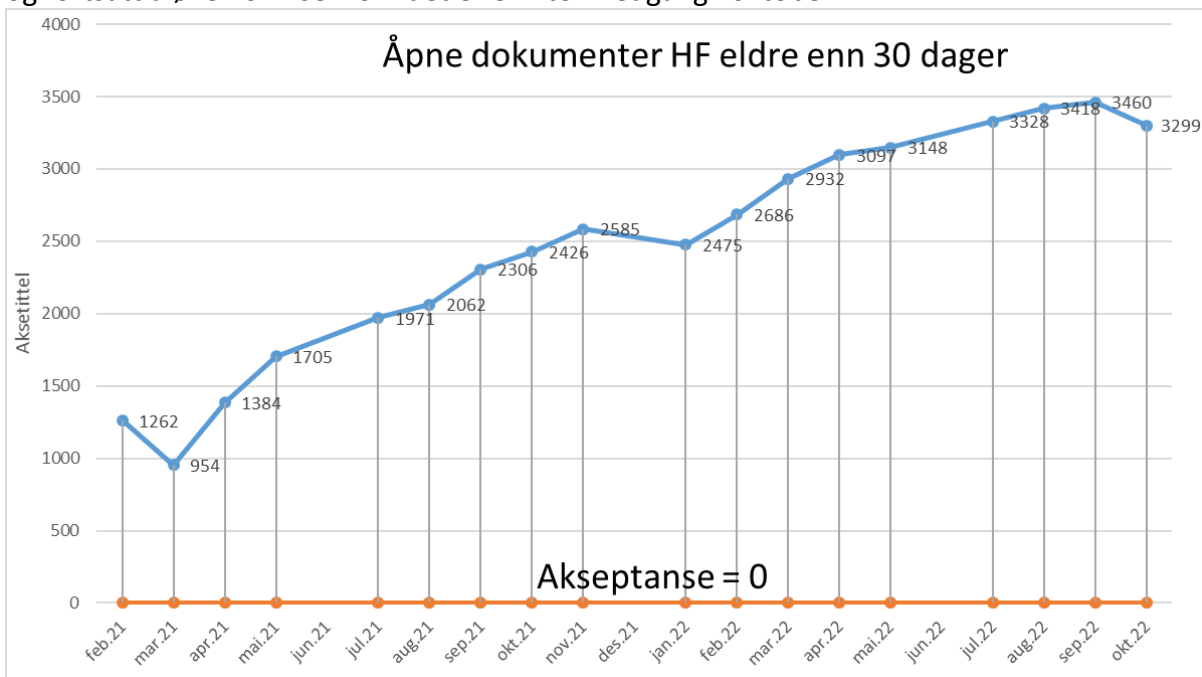
Innen pakkeforløp for psykisk helsevern og rus har 62 % av forløpene blitt gjennomført innen anbefalt tid hittil i år, som er under målet på 80 %, men likevel den høyeste andelen i Helse Nord. På landsbasis er gjennomsnittet 67 % i samme periode. Pakkeforløp psykisk helsevern for voksne har en oppnåelse på 64 % for HSYK, mens barn og unge har 58 %, som innebærer en økning for begge sammenlignet med status forrige måned.

## 2.7 Åpne henvisningsperioder og dokumenter

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt har hatt en økende trend, men en stor reduksjon i september måned for alle klinikker.



Antall åpne dokumenter på Helgelandssykehuset som er eldre enn 30 dager har økt i 2021 og fortsatt å øke 2022 selv om det er en liten nedgang i oktober.



## 3.0 Aktivitet

### 3.1 Aktivitet somatikk

#### Antall opphold og ISF-poeng per oktober

Antall episoder og ISF-poeng - avvik fra fjoråret og plan

Omsorgsnivå ▲	Antall episoder 2022	Endring episoder fra i fjor	Endring episoder fra i fjor %	Endring episoder fra plan	Endring episoder fra plan %	Antall ISF-poeng 2022	Endring ISF-poeng fra i fjor	Endring ISF-poeng fra i fjor %	Endring ISF-poeng fra plan	Endring ISF-poeng fra plan %
Total	94 729	-1 703	-1,8 %	1 702	1,8 %	14 619	58	0,4 %	-234	-1,6 %
Heldøgn >	9 609	134	1,4 %	136	1,4 %	9 583	30	0,3 %	-179	-1,8 %
Innlagt dag >	3 061	17	0,6 %	-294	-8,8 %	312	-3	-0,8 %	-26	-7,6 %
Poliklinisk dag >	7 375	462	6,7 %	-213	-2,8 %	1 398	35	2,6 %	-199	-12,5 %
Poliklinisk konsultasjon >	74 684	-2 316	-3,0 %	2 073	2,9 %	3 326	-4	-0,1 %	170	5,4 %

#### Antall opphold i oktober

Antall episoder per måned

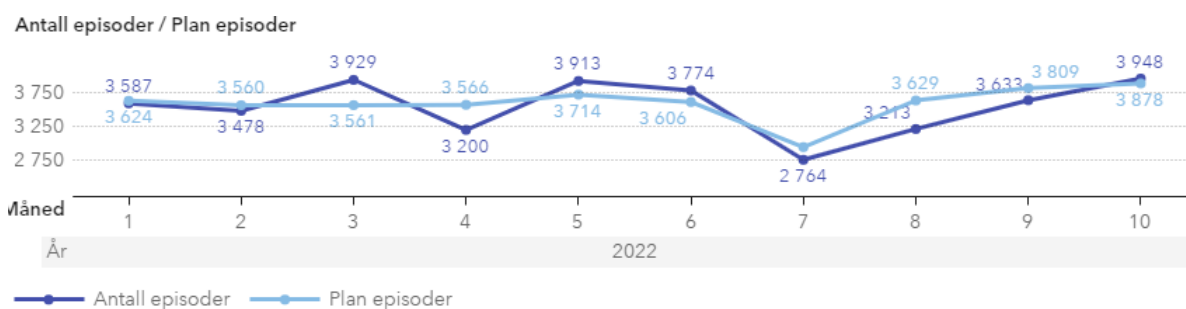
Måned. ▼	10. Oktober				
Omsorgsnivå ▲	Antall episoder 2022	Endring episoder fra i fjor	Endring episoder fra i fjor %	Endring episoder fra plan	Endring episoder fra plan %
Total	10 207	114	1,1 %	-67	-0,7 %
Heldøgn >	1 025	51	5,2 %	27	2,7 %
Innlagt dag >	334	28	9,2 %	-2	-0,6 %
Poliklinisk dag >	692	-63	-8,3 %	-129	-15,7 %
Poliklinisk konsultasjon >	8 156	98	1,2 %	37	0,5 %

Overordnet hittil i år er aktiviteten høyere enn plan, men lavere enn fjoråret, der reduksjon i polikliniske episoder sammenlignet med fjoråret medfører dette. Likevel er ISF-poengene for klinikkene lavere enn planlagt, som blant annet skyldes at indeksen (ISF-poeng per opphold) er noe lavere enn tidligere for både medisin og kirurgi, som igjen kan tyde på en annen miks i aktivitet. Dette gir oss ikke de planlagte aktivitetsinntektene for flere av fagområdene.

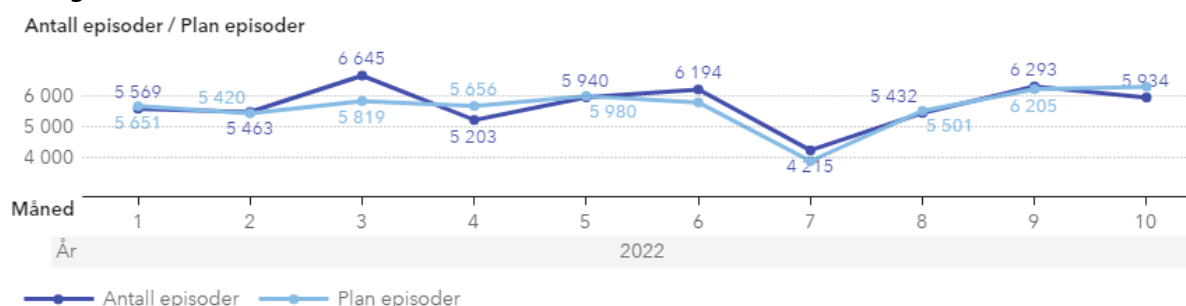
## Aktivitet mot plan per. Klinik, somatikk

I foretaksmøtet 06.04.22 fikk alle helseforetakene i Helse Nord bestilling på månedlig rapportering på kapasitetsutnyttelse, bemanning og innleie per klinikk. Kapasitetsutnyttelse tolker vi her som aktivitet mot plan. Medisinsk og kirurgisk klinikk har fordelt flest antall opphold for aktivitet, og selv om aktiviteten har variert per måned, med spesielt høy aktivitet i mars og spesielt lav i april, er både medisinsk og kirurgisk klinikk svakt over plan.

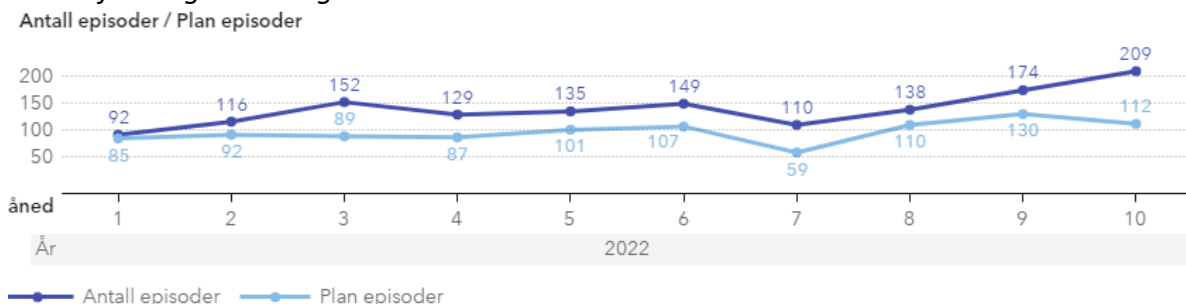
### Medisinsk klinikk



### Kirurgisk klinikk



### Klinikk for diagnostikk og medisinsk service



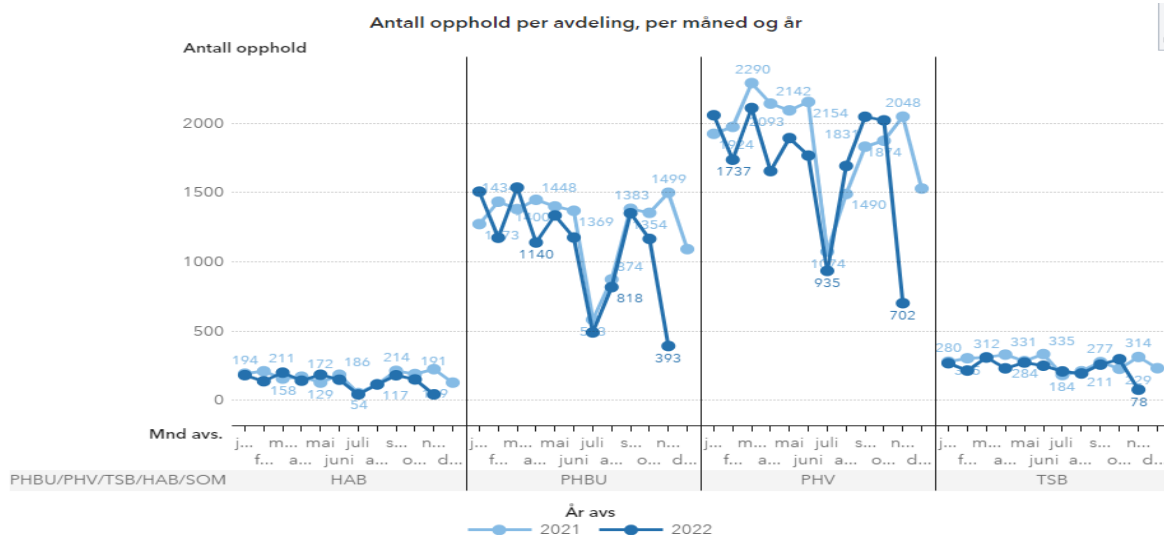
## 3.2 Aktivitet psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Overordnet aktivitetsnivå per oktober

#### Antall episoder og ISF-poeng - avvik fra fjoråret og plan

Omsorgsnivå	Antall episoder 2022	Endring episoder fra i fjor	Endring episoder fra i fjor %	Endring episoder fra plan	Endring episoder fra plan %	Antall ISF-poeng 2022	Endring ISF-poeng fra i fjor	Endring ISF-poeng fra i fjor %	Endring ISF-poeng fra plan	Endring ISF-poeng fra plan %
Total	32 487	-1 996	-5,8 %	-6 285	-16,2 %	6 525	-721	-9,9 %	-781	-10,7 %
Heldøgn	400	23	6,1 %	-94	-19,0 %	0	0	.	0	.
Poliklinisk dag	119	-6	-4,8 %	119	.	22	-15	-41,6 %	22	.
Poliklinisk konsultasjon	31 968	-2 013	-5,9 %	-6 310	-16,5 %	6 503	-705	-9,8 %	-803	-11,0 %

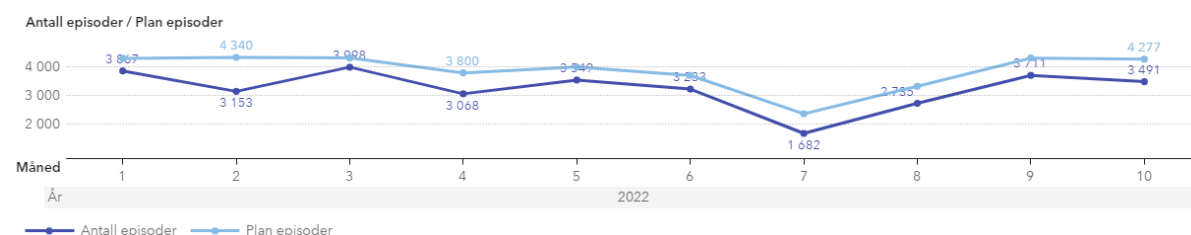
### Poliklinisk aktivitetsnivå per oktober



Aktivitetsnivået for psykisk helsevern og rus er for døgnbehandling noe høyere enn i fjor, men noe redusert fra plan. De polikliniske konsultasjoner har fremdeles stor reduksjon både fra plan og i forhold til fjoråret. Både PHBU, PHV og TSB reduserer aktiviteten, men likevel hadde PHBU i fjor et langt høyere aktivitetsnivå enn noe tidligere år. Aktiviteten i 2022 er på nivå med 2019 og er samlet sett over planlagt nivå. For PHV er en av årsakene til lavere aktivitet lavere henvisningsmengde i år enn ved samme tid i fjor.

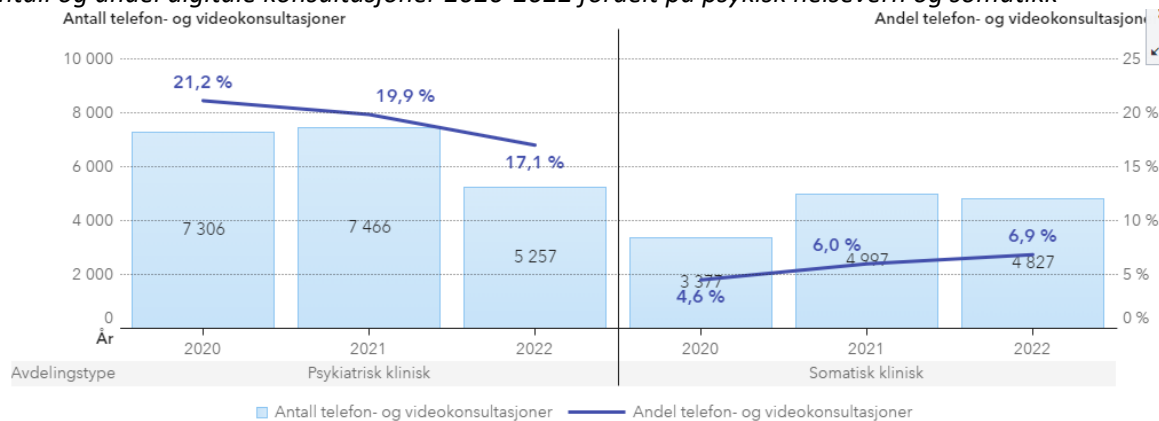
Oppdragsdokumentet sier at aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, og hittil i år oppnås dermed ikke dette.

### Aktivitet mot plan per klinikk, PHR



### 3.3 Digitale konsultasjoner

#### Antall og andel digitale konsultasjoner 2020-2022 fordelt på psykisk helsevern og somatikk



#### Topp 10 fagområder for digitale konsultasjoner hittil i år

Fagområde DIPS ▲	Antall telefon- og videokonsultasjoner	Andel telefon- og videokonsultasjoner ▼
Total	31 576	11,8 %
LAR - Legemiddelassistert rehabilitering	1 180	32,6 %
Psykisk helsevern voksne	12 668	21,1 %
Barnesykdommer	1 455	20,8 %
Rus	699	16,5 %
Psykisk helsevern barn og unge	5 530	15,6 %
Nevrologi	1 744	15,4 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	585	12,1 %
Urologi	1 332	10,5 %
Endokrinologi	466	10,4 %
Lungesykdommer	706	9,6 %

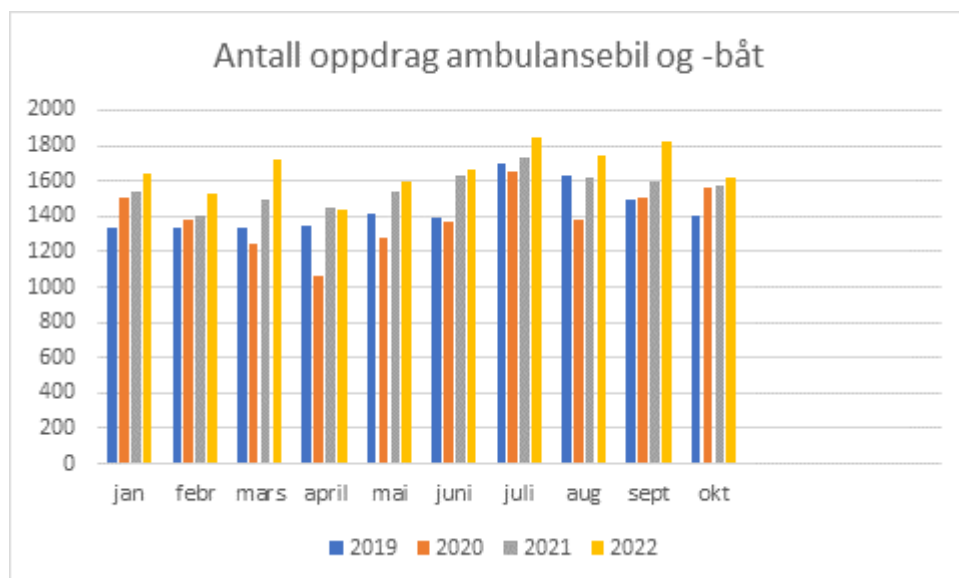
På foretaksnivå er andelen digitale konsultasjoner på samme nivå som fjoråret. Innen psykisk helsevern er det likevel en reduksjon, mens i somatikken er det en svak økning på om lag 1 %. Fordelt på klinikker er det likevel variasjon i utviklingen, og medisinsk klinikk øker andelen fra 9 % i 2020 til 13 % hittil i år som er en positiv utvikling. For kirurgisk klinikk viser andelen en svak økning sammenlignet med fjoråret.

Innen kirurgisk klinikk er det ortopedi som har høyest andel, og som også har økt andel sist måned. Kvinnesykdommer og urologi har vært fokus på i første omgang, der de to utfører også kveldspoliklinikker som i hovedsak settes opp som digitale konsultasjoner. Kvinnesykdommer har også økt andelen siden sist måned.

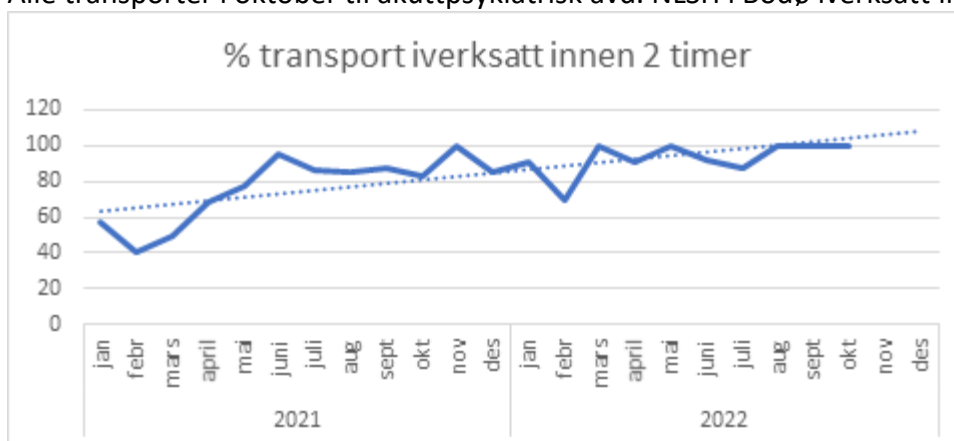
De helseforetakene med høyest andel innenfor hvert av fagområdene skal kontaktes, slik at vi kan nyttiggjøre oss erfaringene deres. Innenfor kirurgisk klinikk gjelder dette spesielt hudsykdommer der vi mener at potensialet er større enn i dag.

### 3.4 Aktivitet prehospital klinikk – ambulansebil og -båt

Aktivitetsnivået knyttet til oppdrag for ambulansebil og ambulansebåt har hatt en stigende trend i flere år og fortsetter å øke i år, som er en økning på 7,0 % sammenlignet med samme periode i fjor.



Alle transporter i oktober til akuttpsykiatrisk avd. NLSH i Bodø iverksatt innen 2 timer.

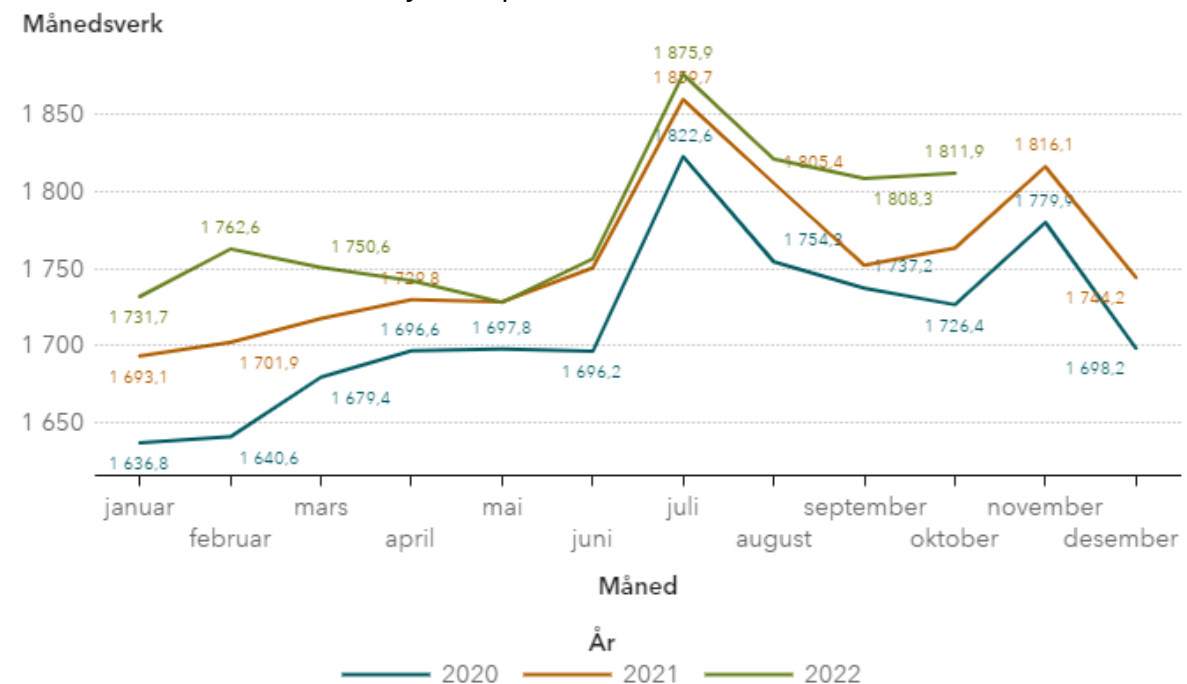


## 4.0 Personell

Definisjonen på brutto månedsverk er: *All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet, dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, UTA leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleie av leger over lønssystemet.*

Definisjonen inkluderer ikke personer som har permisjon uten lønn. Honorar, styrehonorar og leger/sykepleiere, som er innleid fra firma teller heller ikke med.

Forbruk av brutto månedsverk fordelt per måned



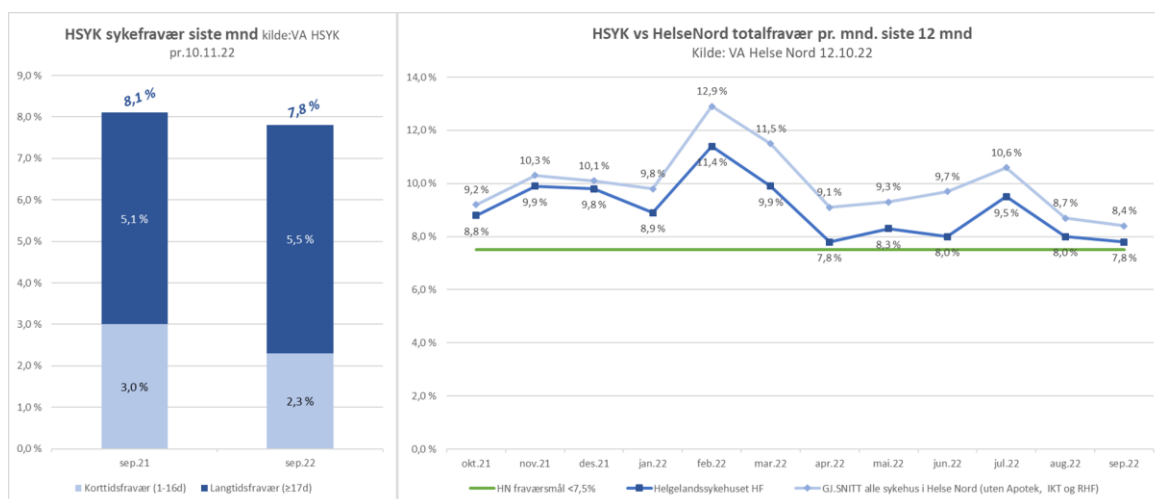
Forbruket av brutto månedsverk i oktober viser 1 811 for 2022 mot 1 763 for 2021. Dette innebærer en økning på ca. 48 brutto månedsverk. Nytt i 2022 er at innleie av leger via lønn (art 5003) teller med i årsverksforbruket, det har det ikke gjort for tidligere år. For oktober måned 2022 utgjorde dette 14 månedsverk. Justerer vi for denne endringen er reel økning mot september 2021 på 34 månedsverk.

Forbruk av faste månedsverk var i oktober 1 624, noe som er en økning på 28 mot samme periode i fjor (1 596). Sammenlignet med i fjor har Helgelandssykehuset i år et større forbruk av variabel lønn, tilsvarende 20 månedsverk.



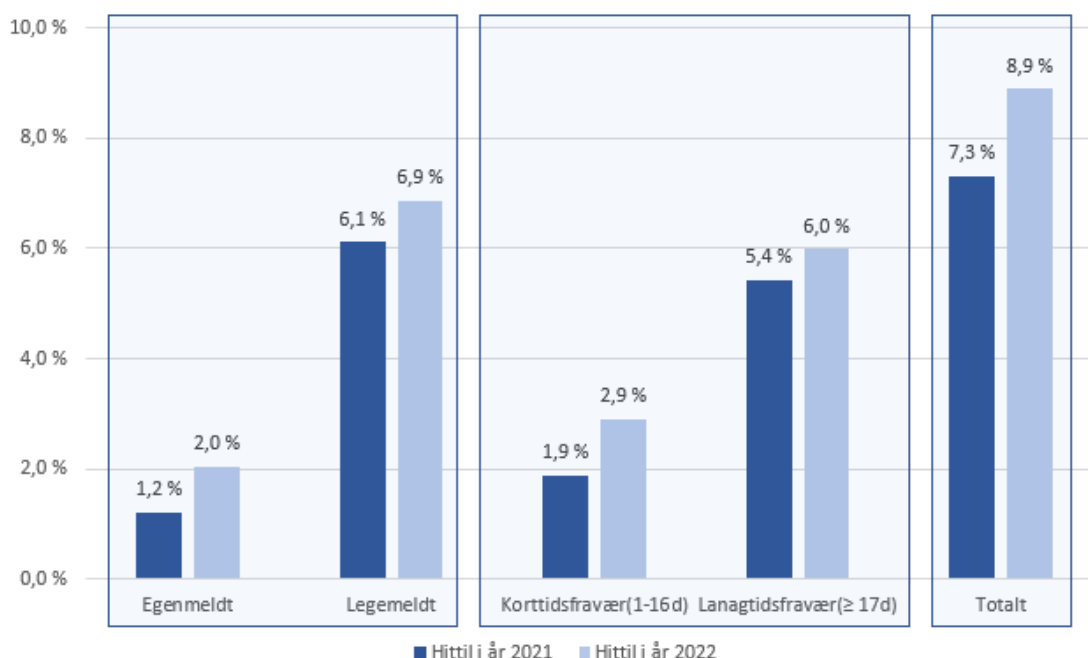
## 4.1 Sykefravær

For oktober måned er sykefraværet på 7,8 %. Dette er en liten reduksjon mot forrige måned. Sammenlignet med i fjor er det en reduksjon på 0,3%. Langtidsfraværet har økt, mens korttidsfraværet er redusert sammenlignet med forrige år.



Det er relativt stor økning i sykefraværet hittil i år sammenlignet med året før. Totalt 1,6%. Vi er nå inne i en normalsituasjon i fht. hvordan vi omgås i samfunnet, samtidig som vi fortsatt har covid og andre normale smittsomme virusvarianter. I tillegg er vi i en yrkessektor hvor man ikke bør smitte kolleger eller sårbare pasienter. På generelt grunnlag er det benyttet mer egenmeldinger og korttidsfraværet er økt hiå sammenlignet med ifjor noe som har en sannsynlig sammenheng med covidsmitte og annen virussmitte.

Sykefravær hittil i år tom. September kilde: Personalportalen 10.11.22

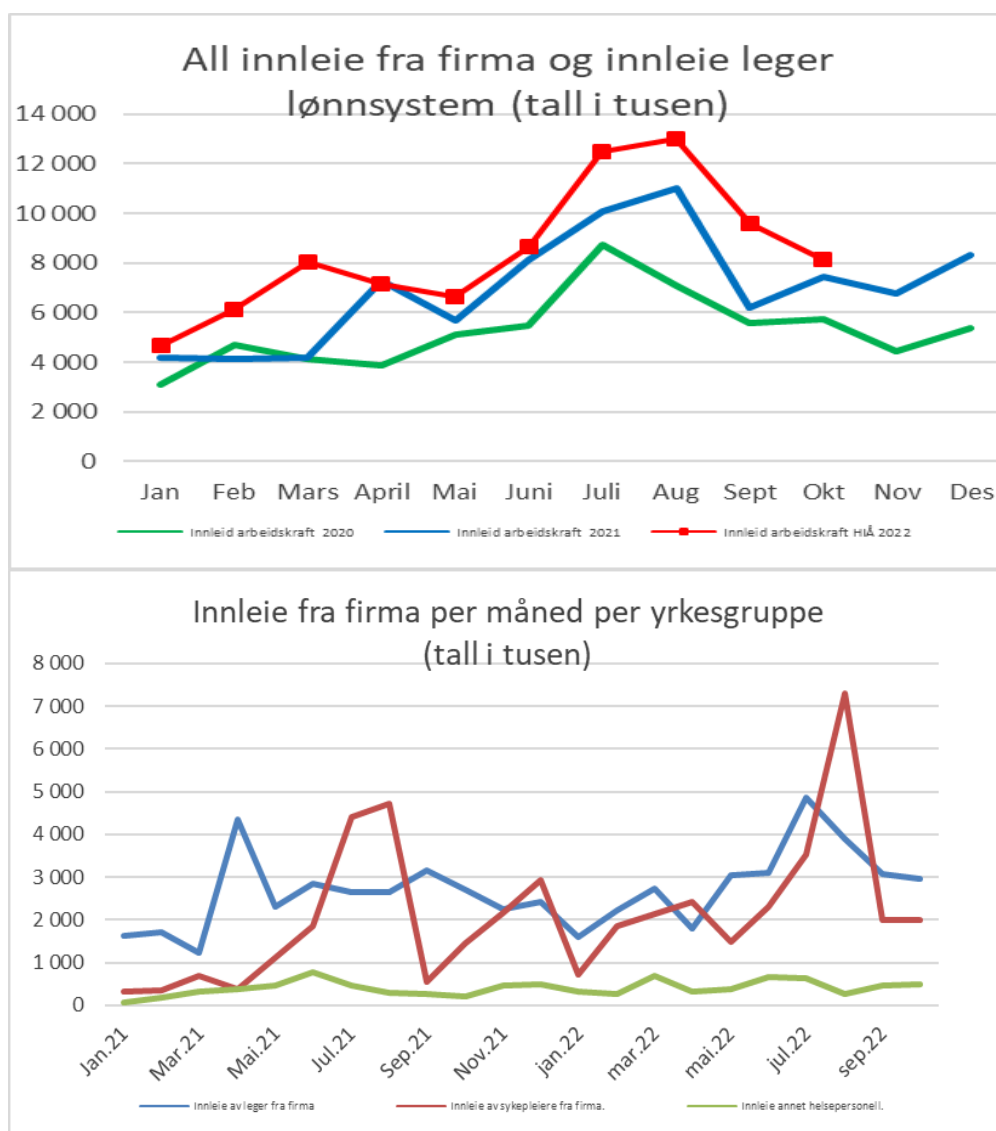


## 4.2 Innleie fra firma og innleie leger via lønnsystemet

Kilde: Regnskapsførte kostnader på 4681-4683, 5003

I tillegg til bemanningsutviklingen over, har foretaket innleie av leger og sykepleiere fra firma. Denne er høy og må sees i sammenheng med sykefravær og ubesatte stillinger. Grafene under viser tall i tusen kr og tar ikke hensyn til den store prisstigningen som har vært på innleie, eller den årlige prisveksten.

For innleie av spesialister er det høyest innleie av radiologer, gynekologer og psykologspesialister. Innleie av sykepleiere er hovedsakelig knyttet til medisinske sengeposter men hittil i år er det også innleie på kirurgisk sengepost og andre enheter.



## 5.0 Økonomi

Mål: Budsjettlojalitet/kostnadskontroll (HN og HSYK mål)

### 5.1 Resultat

Resultatrapportering	Sept	Oktober				Akkumulert per Oktober				HIÅ mot HIF	
	Resultat	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2021	Endring i % mot 2021
Basisramme	132,3	137,3	137,3	0,0	0 %	1 296,1	1 296,1	0,0	0 %	25,4	2 %
ISF egne pasienter	46,4	46,2	48,0	-1,8	-4 %	439,8	452,6	-12,8	-3 %	11,7	3 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	0,6	1,1	0,4	0,7	149 %	30,3	27,7	2,5	9 %	5,7	23 %
Gjestepasientinntekter	1,0	0,7	0,7	0,0	-1 %	8,4	8,4	0,0	0 %	-0,9	-9 %
Polikliniske inntekter	2,6	2,4	2,4	0,0	-1 %	22,7	21,5	1,2	5 %	1,7	8 %
Utskrivningsklare pasienter	0,1	0,3	0,6	-0,3	-46 %	4,7	6,5	-1,8	-28 %	-5,6	-54 %
Andre øremerkede tilskudd	0,1	2,7	1,1	1,6	139 %	42,4	33,7	8,7	26 %	-31,5	-43 %
Andre driftsinntekter	9,5	10,6	11,3	-0,7	-7 %	88,2	108,3	-20,0	-19 %	4,5	5 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>192,7</b>	<b>201,3</b>	<b>202,0</b>	<b>-0,7</b>	<b>0 %</b>	<b>1 932,5</b>	<b>1 954,7</b>	<b>-22,2</b>	<b>-1 %</b>	<b>11,1</b>	<b>1 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	7,3	14,4	13,9	0,5	3 %	138,7	139,0	-0,3	0 %	2,5	2 %
Kjøp av private helsetjenester	5,9	7,8	3,3	4,5	138 %	44,0	32,8	11,2	34 %	11,3	34 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	20,0	21,9	18,8	3,0	16 %	215,9	176,5	39,3	22 %	22,9	12 %
Innleid arbeidskraft	5,5	5,4	1,6	3,8	232 %	59,5	15,8	43,7	276 %	15,0	34 %
Lønn til fast ansatte	95,4	104,4	97,0	7,5	8 %	910,6	917,4	-6,8	-1 %	60,7	7 %
Vikarer	3,0	5,1	2,8	2,3	81 %	48,7	34,0	14,8	43 %	-11,2	-19 %
Overtid og ekstrahjelp	7,6	8,5	3,4	5,1	151 %	70,9	34,7	36,3	105 %	16,1	29 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	15,5	15,5	15,5	0,0	0 %	154,7	154,5	0,2	0 %	8,0	5 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-6,5	-6,1	-5,3	-0,7	14 %	-61,4	-52,6	-8,9	17 %	0,6	-1 %
Annen lønnskostnad	7,3	8,0	7,6	0,4	5 %	67,3	68,5	-1,2	-2 %	7,8	13 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>112,4</b>	<b>125,3</b>	<b>107,1</b>	<b>18,2</b>	<b>17 %</b>	<b>1 095,6</b>	<b>1 017,9</b>	<b>77,8</b>	<b>8 %</b>	<b>89,1</b>	<b>9 %</b>
Avskrivninger	5,5	5,5	5,5	-0,1	-1 %	54,3	55,4	-1,1	-2 %	-11,1	-17 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	42,2	35,6	36,8	-1,3	-3 %	371,0	367,9	3,1	1 %	22,0	6 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>208,8</b>	<b>225,9</b>	<b>200,9</b>	<b>25,0</b>	<b>12 %</b>	<b>2 074,3</b>	<b>1 944,0</b>	<b>130,3</b>	<b>7 %</b>	<b>144,7</b>	<b>7,5 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-16,1</b>	<b>-24,6</b>	<b>1,1</b>	<b>-25,7</b>	<b>-2388 %</b>	<b>-141,8</b>	<b>10,7</b>	<b>-152,5</b>	<b>#####</b>	<b>-133,6</b>	<b>-1630 %</b>
Finansinntekter	0,7	0,9	0,3	0,6	228 %	5,8	2,7	3,2	119 %	3,1	-111 %
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,0	39 %	0,1	0,1	0,0	27 %	0,0	26 %
Finansresultat	0,7	0,9	0,3	0,6	234 %	5,7	2,6	3,1	122 %	3,0	-114 %
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-15,3</b>	<b>-23,7</b>	<b>1,3</b>	<b>-25,1</b>	<b>-1880 %</b>	<b>-136,0</b>	<b>13,3</b>	<b>-149,4</b>	<b>#####</b>	<b>-130,5</b>	<b>-2367 %</b>

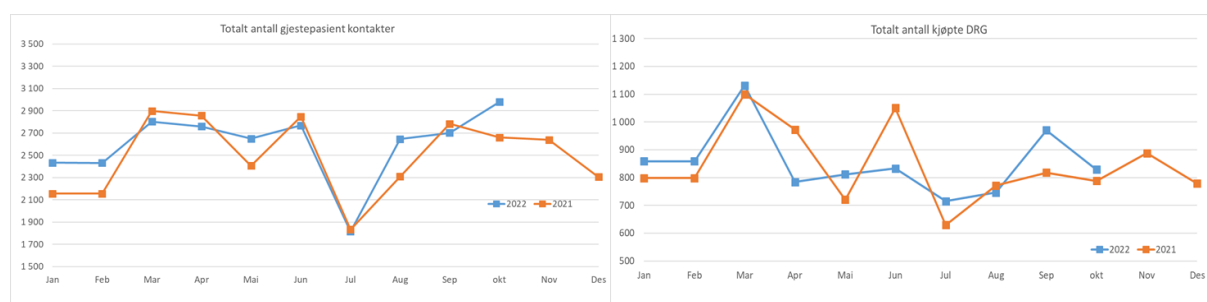
Det økonomiske resultatet fordelt på klinikker er vist i tabell under:

Resultat i mill	2021	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Hittil i år	Budsjett HIÅ
Akuttmedisinsk klinikk		-3,3	-2,9	-3,4	-1,3	-3,1	-2,4	-4,6	-3,2	-2,7	-4,3	-31,1	0,0
Medisinsk klinikk		-2,3	-2,9	-4,5	-2,9	-2,5	-4,6	-4,4	-4,4	-4,4	-4,2	-37,1	0,0
Kirurgisk klinikk		-3,5	-2,8	-2,7	-2,5	-1,8	-4,6	-3,3	-5,4	-5,7	-2,0	-34,3	0,0
Diagnostikk og klinisk service		-0,5	-1,4	-1,9	0,6	0,5	0,1	-1,8	-0,2	-0,3	-0,9	-5,9	0,0
Prehospital		-2,2	-0,8	-2,4	-1,3	-1,4	-2,8	-1,7	-2,7	-3,6	-1,1	-20,0	0,0
Felles		-1,0	0,0	9,0	-9,6	1,6	11,6	-2,5	1,8	9,4	-10,1	-16,2	7,5
Drift og eiendom		2,0	1,3	1,5	1,2	0,6	1,6	0,8	2,1	-4,3	0,5	7,4	0,0
Psykisk helse og rus		1,6	0,5	1,2	1,1	0,9	-1,1	-0,1	-1,5	-0,8	-0,6	1,3	5,8
<b>Ordinær drift</b>													
Nye HSYK (forbruk prosjekt)		0,3	2,2	1,0	7,8	3,3	4,4	2,6	0,9	2,9	1,0	26,4	0,0
<b>HSYK</b>	<b>-23,5</b>	<b>-9,5</b>	<b>-11,1</b>	<b>-4,2</b>	<b>-22,6</b>	<b>-8,3</b>	<b>-6,6</b>	<b>-20,3</b>	<b>-14,2</b>	<b>-15,3</b>	<b>-23,7</b>	<b>-136,0</b>	<b>13,3</b>
Resultatkrav hittil i år												13,3	
<b>Avvik mot Resultatkrav</b>												<b>-149,4</b>	

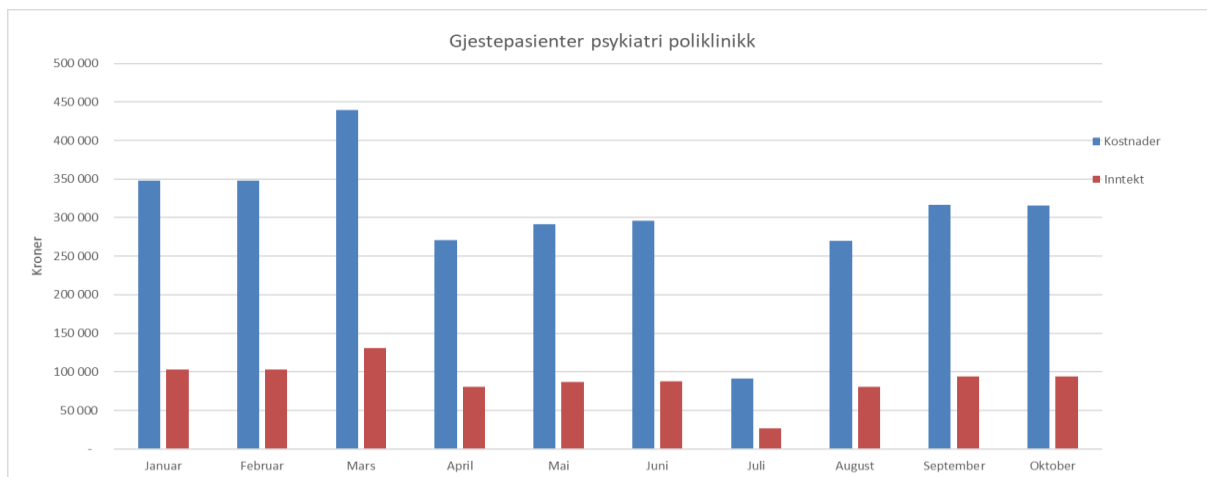
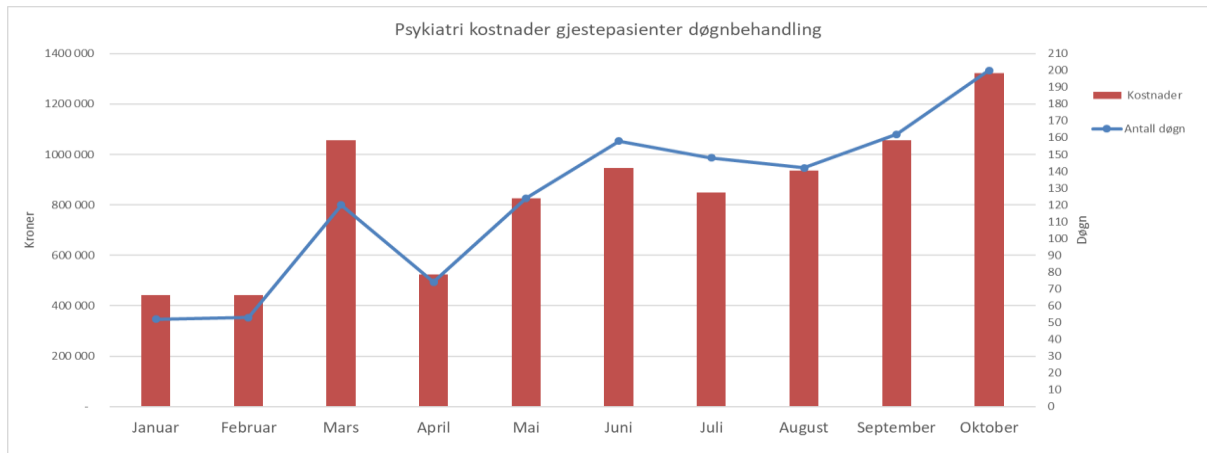
Tallen under viser den beregnede effekten av kostnader og inntekter i forbindelse med covid-19:

	2020	2021	Rapportert samlet effekt covid HiÅ	Sept.	Okt.
<b>Inntektssvikt relatert til covid</b>	<b>-59,8</b>	<b>-25,4</b>	<b>-4,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
ISF	-47,1	-24,6	-5,0	0,0	0,0
Gjestepasienter			0,0	0,0	0,0
Polikliniske inntekter	-3,5	-0,2	0,2	0,0	0,0
Andre inntekter	-9,2	-0,6	0,0	0,0	0,0
<b>Merkostnader relatert til covid</b>	<b>-27,5</b>	<b>-20,0</b>	<b>-16,0</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,5</b>
Kjøp offentlige helsetjenester	7,4		0,0	0,0	0,0
Kjøp private helsetjenester			0,0	0,0	0,0
Varekostnader knyttet til aktivitet	-0,6	-2,2	-0,7	0,0	0,0
Innleid arbeidskraft	-4,6	-1,1	-4,0	0,0	0,0
Lønn faste ansatte	-21,5	-5,9	-3,3	-0,2	-0,1
Overtid og ekstrahjelp, vikarer	-14,4	-2,9	-4,0	-0,2	-0,1
Annen lønn	7,9	-0,4	-0,2	0,0	0,0
Avskrivinger	-2	-4	-3,8	-0,3	-0,3
Andre driftskostnader	0,3	-3,5	0,0	0,0	0,0
<b>Sum koronaeffekt før kompensasjon</b>	<b>-87,3</b>	<b>-45,4</b>	<b>-20,8</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,5</b>
Kompensasjon			31,5	0,0	0,0
<b>SUM koronaeffekt på driftsresultat</b>			<b>10,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,5</b>

## 5.2 Gjestepasienter



Regnskapet for gjestepasienter somatikk viser et negativt budsjettavvik på 4,2 mill. Som grafene/tabellen viser har sum DRG kjøpt hittil i år vært marginalt høyere vs. 2021. Utenfor Helse Nord er det kjøpt 61 flere DRG poeng vs.2021 dette påvirker regnskapet negativt netto med kr 0,9 mill. På grunn av relativt stor økning i fristbrudd er kjøpet til private helseaktører økt, disse pasientkontaktene har en høyre kostnad.



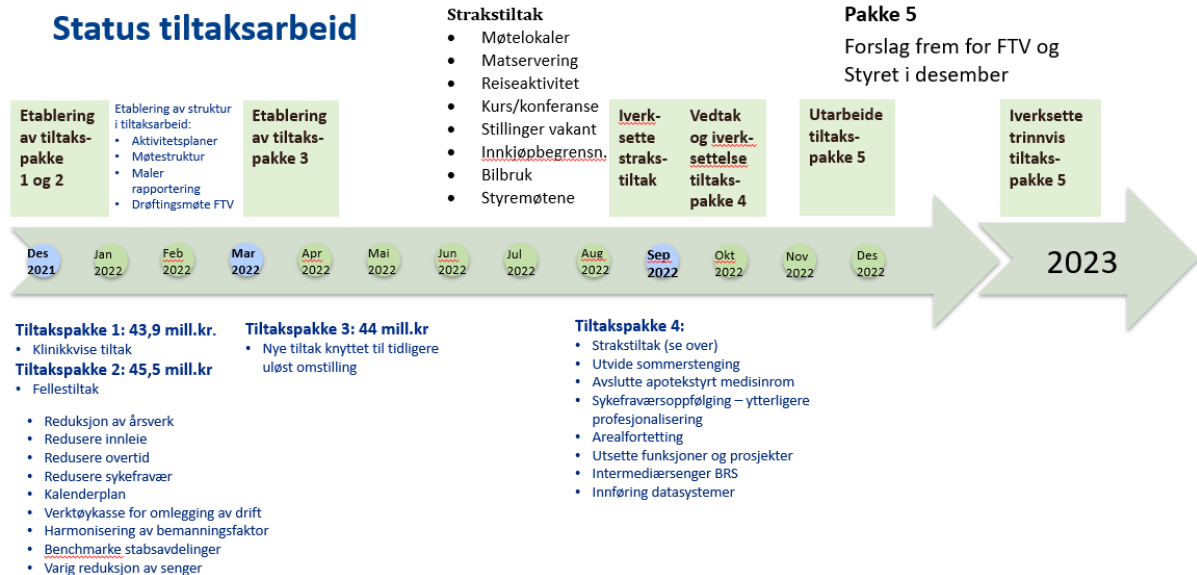
Grafene over viser månedlig kjøp av poliklinikk- og døgntbehandling innen psykiatri ved offentlige institusjoner. Hit til i år viser regnskapet et negativt budsjettavvik på ca. 4,8 mill. Noe av årsaken er kjøp av private døgntbehandling gjennom Helse Sørøst, Modum Bad. Det er også en markant økning i kjøp via FBV (fritt behandlingsvalg fra private).

### 5.3 Investering

Det er hittil i år investert for 45,6 mill.kr.

Gjennomførte investeringer	Overført ramme	Investeringsramme i år	Investeringsramme SUM	Investert hittil i år
Investering HF - til disponering	27 018	6 705	33 723	0
Investering MTU	41 695	0	41 695	17 747
Investering Ambulanse og Prehospitalt omr	4 647	4 700	9 347	1 732
Investering Felles/KLP kapital innskudd	537	12 100	12 637	7 662
Investering Bygg	18 982	46 495	65 477	18 439
<b>SUM</b>	<b>92 879</b>	<b>70 000</b>	<b>162 879</b>	<b>45 581</b>

## 6.0 Tiltak



Tidslinjen over viser en overordnet oversikt over tiltaksarbeidet i 2022, der vi har satt inn tiltakspakkene 1-4 etter når de ble aktuelle. Tiltakspakke 1 og 2 utgjør de klinikkvise tiltakene og fellestiltakene på hhv. 43,9 mill.kr og 45,5 mill.kr. Etter at disse to tiltakspakkene ble lagt før nyttår i 2021, hadde vi fremdeles en uløst omstilling i budsjettet på 44 mill.kr, som vi da ikke hadde definerte tiltak for da budsjettet ble presentert. Dette resulterte i ytterligere tiltak i tiltakspakke 3, som ble presentert for styret i mars i år. Tiltakspakke 4 ble iverksatt i oktober i år, som følge av at de opprinnelige tiltakene ikke har hatt tilstrekkelig effekt og det er behov for ytterligere tiltak.

Tiltakene i pakke 4 er listet opp i figuren over, og innebærer blant annet ulike strakstiltak, utvidelse av sommerstengte avdelinger, ytterligere sykefraværsoppfølging og utsettelse av funksjoner og prosjekter. Disse tiltakene har stort fokus framover, men vi ser også behov for å utrede ytterligere nye tiltak for å kunne redusere det økonomiske budsjettavviket som vi drar med oss inn i 2023. Dette benevner vi foreløpig for tiltakspakke 5. Disse tiltakene vil utarbeides fremover, og det vil legges frem forslag for foretakstillitsvalgte og styret i desember i forbindelse med budsjettbehandlingen.

Likevel er det slik at tiltakene i tiltakspakkene 1-3 ikke har oppnådd planlagt tiltakseffekt, til tross for mye godt arbeide som er gjort i organisasjonen. Den realiserte effekten per oktober er estimert til 29,6 mill.kr, mot en budsjettrett effekt på 81,0 mill.kr. Dette gir en oppnåelse hittil i år på 37 %.

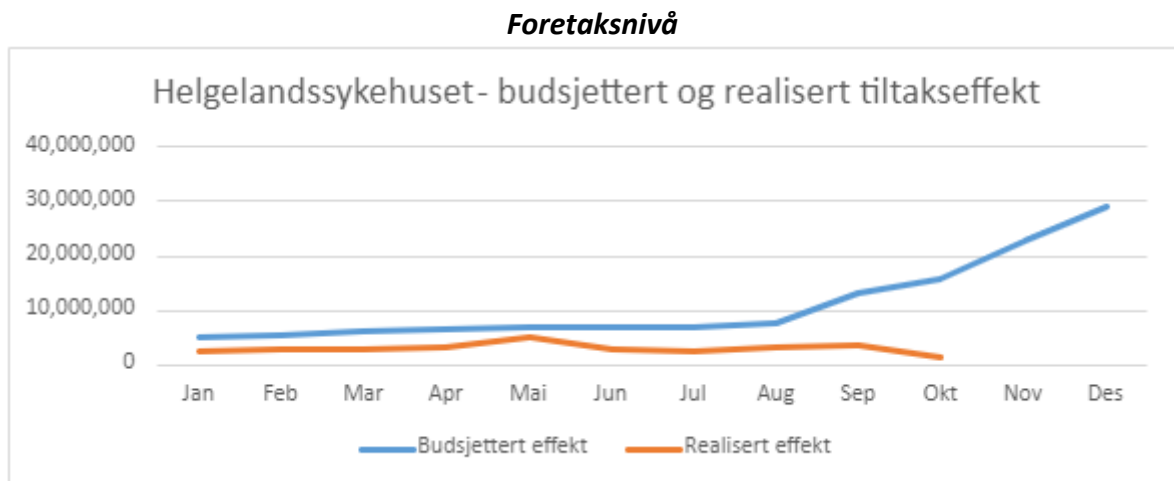
Klinikk	Summer av Verdi	Budsjett 2022/ risikovektet beløp	Budsjettert tiltakseffekt HIÅ	Realisert tiltakseffekt HIÅ
Psykisk helsevern og rus			0	0
Diagnostikk og med service	6 320 000	4 450 000	1 332 000	1 134 000
Medisinsk klinikk	8 064 223	3 269 722	2 643 380	237 417
Akuttmed klinikk	9 670 000	7 625 000	5 079 680	2 958 944
Kirurgisk klinikk	15 530 000	11 155 000	11 909 160	3 151 660
Prehospital klinikk	22 820 000	18 033 000	14 073 667	5 867 998
Felles - tidl. uløst omstilling	43 367 278	43 367 278	19 363 333	7 083 334
Felles	46 660 000	45 500 000	26 603 333	9 215 039
<b>Totalsum</b>	<b>152 431 501</b>	<b>133 400 000</b>	<b>81 004 553</b>	<b>29 648 391</b>
Kategori	Summer av Verdi	Budsjett 2022/ risikovektet beløp	Budsjettert tiltakseffekt HIÅ	Realisert tiltakseffekt HIÅ
Aktivitet	29 690 000	26 490 000	14 286 167	2 976 500
Bemannings	68 421 501	56 872 000	27 522 220	7 108 447
Datakvalitet og inntekter	13 380 000	10 400 000	6 715 833	1 923 372
Kostnader	23 440 000	22 138 000	17 897 000	10 348 406
Refusjoner	17 500 000	17 500 000	14 583 333	7 291 667
<b>Totalsum</b>	<b>152 431 501</b>	<b>133 400 000</b>	<b>81 004 553</b>	<b>29 648 391</b>

Til tross for behovet for nye tiltak, så fortsetter foretaket intensivt med de opprinnelige tiltakene i disse pakkene som vi har stor tro på fortsatt skal gi økonomisk effekt. Dette gjelder blant annet et av de store tiltakene innenfor bemanning, som er prosjektet Aktivitetsbasert ressursplanlegging. Dette er ikke kun et økonomisk tiltak, men et langsiktig og kvalitetshevende tiltak for ressursstyring som Helgelandssykehuset skal bruke for å ha god kvalitet i dette arbeidet i lang fremtid. Det er viktig å presisere at dette er et grundig kvalitetsarbeid som krever både kulturendringer og endringer i forståelse for hvordan vi planlegger bemanning – og foretaket har i hele høst arbeidet med å få detaljerte definisjoner på plass, der ulike problemstillinger har dukket opp underveis og har måttet blitt løst fortløpende for å kunne komme videre i arbeidet. Flere av enhetene skal justere bemanningen til en felles definert bemanningsfaktor, som for noen enheter krever mer arbeid og omstilling enn andre, og det både har og skal fremover jobbes mye i klinikkene for å sikre at neste års planer er i tråd med besluttede overordnede føringer. Ikke alle enhetene har definert en felles bemanningsfaktor, men dette arbeidet pågår for fullt for å få utredet og definert.

Andre tiltak i tiltakspakke 1-3 som ikke har oppnådd planlagt effekt er ulike tiltak innen aktivitet og datakvalitet. Innen datakvalitet er det blitt gjort mye godt arbeid i klinikkene, der bl.a. intensiv og anesthesi, kreftpoliklinikk, frakturklinikk har fått økt kvalitet og oppfølging og sikret korrekte inntekter. Dette arbeidet fortsetter også på andre type områder. Innen aktivitet er et av de store tiltakene poliklinikk ved DMS Sør-Helgeland og gjestepasienter. Gjestepasientområdet er et svært viktig område for Helgelandssykehuset, og det skal fremover jobbes mer med hvordan vi kan sikre at vi behandler egne pasienter

som vi har et tilbud til her, men her er det et stort potensiale både med tanke på sikring av egne inntekter og reduksjon av reisekostnader.

Grafisk fremstilling av tiltakseffekter:



## Effekt av strakstiltak

Tabell under viser oppdatert effekt av strakstiltak for oktober måned:

Tiltak	Estimert effekt 2022	Sept	Okt	Status	Kommentar
Møtelokaler eksternt	200 000	15 000	15 000	Grønn	
Matservering	200 000	30 000	75 000	Grønn	
Reiseaktivitet	2 000 000	0	400 000	Gul	
Kurs/konferanser	1 000 000	70 000	200 000	Gul	
Innkjøpsstopp	1 000 000	100 000	100 000	Gul	
Leiebiler	200 000	0	0	Rød	Ikke iverksatt
Styremøter	150 000	75 000	75 000	Grønn	
Overtid/innleie	2 000 000	0	0	Rød	Overtid, vikarer opp. Innleie fra firma ned. Noe etterslep.
Sum	6 750 000	290 000	865 000		

For oktober måned sees en økning i effekt av strakstiltakene, der vi ser effekter først og fremst innen reiseaktivitet, kurs og konferanser.



## 6.1 Oppfølging av tiltakspakke 4

Tiltakspakke 4 ble presentert for styret i styremøtet i oktober. Styret ba spesielt om at saken om utvidet periode for alternerende stenging av fødeavdeling og reduksjon av senger skal forelegges for styret som egne saker. Tiltaket som omhandler sengereduksjon er ikke prioritert i denne omgang da man først ønsker å komme lenger med omlegging av drift og innføring av harmonisert bemanningsfaktor. Tiltaket som omhandler alternerende stenging av fødeavdelinger er utredet videre og ROS-analysert. Det planlegges at dette kommer som egen sak i styremøtet i desember 2022.

### ROS-analyser

I styremøtet den 26.10.22 ble tiltakene i tiltakspakke 4 presentert og gjennomgått. Styret ga tilbakemelding i møtet om at de ønsket å få presentert ROS-analyse av tiltakene.

Tiltakene i tiltakspakke 4 (foruten utsette Arean pleieplan og utsette kjøp av CT) er ROS-analysert. Disse fremkommer i sin helhet i vedlegg 2. I saken presenteres et overordnet bilde med samlet risiko for hvert tiltak og en kort status i arbeidet med tiltakene per oktober 2022.

ROS-analysen drøftes med de foretakstillitsvalgte i FTV-møte den 21.11.22 (protokollen vil bli ettersendt).

Oppsummert her ser vi at seks av tiltakene fremkommer med middels risiko (gul) og to med lav risiko (grønn). M9 og M10 er ikke risikovurdert da man nå antar at disse ikke gjennomføres. M11 må risikovurderes på et senere tidspunkt da videre utredning av tiltaket foreløpig ikke er prioritert. Forklaring til fargekodene: Alle tiltak med konsekvens høyere enn 2 vil synes med gul risiko uansett om tiltak gjør at det er svært lav sannsynlighet for at mål ikke nås og tiltaket vurderes til at det kan gjennomføres på en trygg måte.

Målområde/krav	Tiltak nr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå
Reduksjon av årsverk gjennom harmonisering av bemanningsfaktor	M 1	2	3	Middels
Utvide periode for alternerende sommerstenging av fødeavdelinger	M 2	1	3	Middels
Benchmarker stabsavdelinger for å identifisere mulig reduksjon av årsverk	M 3	2	3	Middels
Avslutte apotekstyrt medisinrom	M 4	2	4	Middels
Sykefraværsoppfølging - ytterligere fokus for å redusere og stabilisere sykefraværsutvikling	M 5	2	3	Middels
Arealfortetting - arealeffektivisering	M 6	2	3	Middels
Utsette oppstart av etablering av intermedisærsenger ved DMS	M 7	2	2	Lav
Utsette oppstart av Metavision	M 8	2	2	Lav
Utsette oppstart av Arena Pleieplan (skal gjennomføres som planlagt)	M 9			
Utsette innkjøp av to nye CT-maskiner (skal utredes nærmere)	M 10			
Reduksjon av årsverk gjennom reduksjon av senger (saken tas opp på et senere tidspunkt)	M 11			

### **M 1: Reduksjon av årsverk gjennom harmonisering av bemanningsfaktor**

Dette tiltaket har skapt stort engasjement og har tatt tid å få både planlagt og iverksatt. Tiltaket ble beskrevet omfattende i virksomhetsrapporten for september 2022. Prosjektet jobber meget aktivt med oppfølging og implementering av metodikk i de utvalgte enhetene. I tillegg gis råd og veiledning til øvrige enheter for legge til rette for å ta i bruk en definert bemanningsfaktor og kalenderplan.

Det er totalt gjort risikovurdering av 9 risikoområder tilknyttet dette tiltaket. Flere kriterier er vurdert til middels risiko. Disse er:

- Tilstrekkelig forankring hos ansatte
- Tilstrekkelig prosjektpressur tilgjengelig
- Overholde tidsplan/tilstrekkelig tid
- Nye verktøy tas i bruk og enhetene finner egne verktøy for styring og rasjonell bruk av ressurser og fordeling oppgaver

For hver av disse risikoområdene er det foreslått flere tiltak for å redusere risiko. (jfr vedlegg 2). Ettersom konsekvensene er vurdert som middels vil ikke risikonivået gå ned selv om sannsynligheten etter tiltak er redusert til liten eller svært liten. Hele risikoanalysen er vedlagt som vedlegg 2.

### **M 2: Utvide periode for alternerende sommerstenging av fødeavdelinger**

Styret har bedt om å få denne saken forelagt som egen styresak. Denne vil være klar i desember. Også denne saken har skapt engasjement, både internt i foretaket og eksternt. Saken er tidligere beskrevet i Virksomhetsrapport for september 2022.

Totalt er 9 ulike risikoområder vurdert. Flere kriterier kommer ut med middels stor risiko, og disse er:

- God forankring hos tillitsvalgte
- Opprettholde god kvalitet i tjenesten
- Skape trygghet for gravide
- Forståelse og gjennomføringskraft i lederlinjen
- Opprettholde godt omdømme
- Unngå økt ventetid og fristbrudd for polikliniske konsultasjoner
- At de ansatte ikke får for høy arbeidsbelastning
- At øvrige klinikker og avdelinger er godt forberedt på ordningen
- Tilstrekkelig kapasitet i prehospital klinikk til transport

Også her er det beskrevet etablerte og nye for å redusere risiko. (Jfr vedlegg 2). Ettersom konsekvensene er vurdert som middels vil ikke risikonivået gå ned selv om sannsynligheten etter tiltak er redusert til liten eller svært liten

### **M 3: Benchmarke stabsavdelinger for å identifisere mulig reduksjon av årsverk**

Dette arbeidet var allerede iverksatt i september, der man har innhentet datamateriale fra andre foretak man har valgt å benchmarke seg mot. Dette beskrives mer detaljert i VR for september 2022.

Vi har enda ikke mottatt datamateriale fra NLSH, men forventer at dette vil være oss ihende om ikke lenge. Som det framkom av det foreløpige datamaterialet som ble presentert i forrige VR kan vi ikke se at Helgelandssykehuset har et avvikende ressursforbruk til stabstjenester, når vi sammenligner oss med de øvrige. Det er en stor oppmerksomhet i ledelsen for å redusere personellforbruket og flere stillinger holdes vakante og det jobbes med samarbeidsløsninger med andre foretak, som fører til et redusert ressursbehov. Her kan nevnes at det er tatt kontakt med UNN for å avklare hvorvidt man kan «kjøpe» jurist og PVO-tjenester (personvernombud). Dette er ordninger som for et lite foretak vil ha både økonomiske og faglige fordeler.

### **M4: Avslutte apotekstyrt medisinrom**

I 2020 ble ordningen med apotekstyrte medisinrom innført i Helgelandssykehuset ved noen avdelinger. Saken er nærmere beskrevet i VR for september.

Også denne saken har skapt et forholdsvis stort engasjement. Helgelandssykehuset er svært fornøyd med tjenestene SANO har levert i denne ordningen. Avtalen med SANO anslås å ha en årlig kostnad på ca 1,4 millioner kroner. Ved å si opp avtalen forventer man å kunne hente ut en økonomisk effekt på ca. 600.000-700.000 kr. Når man trekker fra kostanden for egne ansatte som får tilsvarende opplæring og kan serve medisinrommene i HSYK. Slik tiltaket er planlagt vil det være avsatt tid til denne oppgaven hos utvalgt personell med særlig opplæring.

Alle områder kommer ut med middels risiko, men man forventer at nye tiltak vil redusere risikobildet.

### **M 5: Sykefraværsoppfølging – ytterligere fokus for å redusere og stabilisere sykefraværsutvikling**

Som for alle tiltakene er også dette nøye beskrevet i forrige virksomhetsrapport. Arbeidet med å iverksette tiltakene som ble foreslått i denne saken er igang, og noen er allerede startet. Helgelandssykehuset har, som det framkom i VR for september, hatt en negativ sykefraværsutvikling det siste året. Å redusere sykefraværet har et forholdsvis stort økonomisk potensial, i tillegg til de arbeidsmiljømessige. Å redusere sykefraværet med 1,5 prosentpoeng kan gi en årlig besparelse på opptil 8 – 10 millioner. Det vil derfor være av stor betydning for Helgelandssykehuset å få redusert sykefraværet til det nivået som har vært de siste årene (ca. 7- 7,5 %).

Det er ingen av risikoområdene som er vurdert som har høy risiko. Noe av årsaken til dette er at man allerede har gode og profesjonaliserte rutiner og personell, for oppfølging av sykefravær. Likevel må det brukes ressurser i HR til dette oppfølgingsarbeidet og

mulighetene til å gjeninnføre bruken av nærværskontrakter skal vurderes. Ledelsen på alle nivå har oppmerksomhet på oppfølging av sykefravær.

#### **M 6: Arealfortetting – arealeffektivisering**

Dette tiltaket er beskrevet i styresak 88/2022 vedlegg 7a. Tiltaket vil kreve noe investering for å kunne få de ønskede besparelsene og det vil ta noe tid før effekt kan forventes. Tiltaket vil gi langsiktig kostnadsreduksjon og vil ikke ha negativ effekt på pasientbehandlingen. Det er ingen av risikoområdene som er vurdert som har høy risiko. Det er flere tiltak som vil redusere risiko der den er middels. Tiltaket kan også ha positive effekter blant annet for arbeidsmiljøet.

#### **M 7: Utsette oppstart av etablering av intermedisærseger ved DMS**

Intermedisærseger ved DMS-et er beskrevet i tidligere saker for styret. Det er et tilbud som ikke er startet opp på nåværende tidspunkt. Tiltaket vil derfor ikke ha negative effekter sammenlignet med dagens status. Det er ingen ansatte som blir berørt av utsettelsen. Tilbudet vil ha betydning for kommunene på Sør-Helgeland som har DMS-et som nærmeste lokasjon. Det er forventet at DMS-et med intermedisærseger vil gi innbyggerne på Sør-Helgeland en forbedring i tjenestetilbudet, og at det vil være en løsning som kommer spesielt kronikere, eldre og skrøpelige til gode. En intermedisæravdeling er et alternativt nivå til sykehus og skal være en stasjon på veien i et pasientforløp med tilbud både før, i stedet for og etter en sykehusinnleggelse. Sengene er ikke tenkt å erstatte tjenester som kommunen skal tilby.

Ingen av risikoområdene som er vurdert har høy risiko. Da tilbudet ikke er startet opp på nåværende tidspunkt vil tiltaket ikke berøre ansatte og dagens tilbud til pasienter forblir uendret Fokus på å ivareta informasjonsflyt og videre samhandling med kommunene blir viktig som følge av utsettelsen. Samtidig som pasienter blir ivaretatt slik vi gjør i dag med gode pasientforløp.

#### **M 8: Utsette oppstart Metavision**

Dette tiltaket er diskutert i beslutnings linjen for IKT-forvaltning og det er regionalt ikke imøtekommet ønske om lengre utsettelse, men det er gitt tilsagn om at Helgelandssykehuset blir det siste av foretakene som innfører Elektronisk kurve. Dette vil gi en økonomisk effekt ved at man kan benytte seg av læringspunktene fra sammenlignbare enheter og dermed få en mer smidig innføring og det vil være et mer utviklet og tilpasset verktøy når det innføres. Samtidig blir det en utsettelse av utgiftene til utstyr og personell som innføringen vil medføre. Det er vurdert at dette har lav risiko.

#### **M 9: Utsette oppstart Arena pleieplan (skal gjennomføres som planlagt)**

Prosjektet Arena pleieplan er et regionalt arbeid og man har kommet langt i arbeidet. Det anses ikke som formålstjenlig at Helgelandssykehuset stopper dette arbeidet. Tiltaket foreslås av den grunn ikke innført.

**M 10: Utsette innkjøp av to nye CT-maskiner (skal utredes nærmere)**

Det er lite sannsynlig at dette tiltaket vil gi positiv økonomisk effekt. Saken er fremdeles under utredning, men det er foreløpig ikke anbefalt å innføre tiltaket.

**M 11: Reduksjon av årsverk gjennom reduksjon av senger (saken tas opp på et senere tidspunkt)**

Dette tiltaket risikovurderes på et senere tidspunkt da videre utredning av tiltaket foreløpig ikke er prioritert. Det er prioritert å komme i gang med den nødvendige endringen i drift før videre utredning av dette tiltaket.

## 7.0 Samhandling

**Samarbeidsmøte Helgelandssykehuset m/Nordland politidistrikt, 12.10:**

Samhandlingssjefen har blant flere fra Helgelandssykehuset, deltatt på møte med Nordland politidistrikt. Noen av sakene som ble tatt opp:

- Gjennomgang av prosedyrer ved psykiatritransport
- Trusselsituasjonen i Nord-Norge. Det fremkom ny informasjon som bør tas opp i ledergruppen og videre inn i den enkelte klinikk, stab og avdeling.
- Helgelandssykehuset går for tiden grundig gjennom egne beredskapsplaner.
- Samhandlingssjefen invitere til møte med Nordland politidistrikt, slik at de kan komme med innspill til beredskapsplanen for Helgelandssykehuset.

**Gode pasientforløp:**

Tredje samling med Gode pasientforløp ble holdt i Sandnessjøen 19.-20.10.22 hvor Helgelandssykehuset presenterte arbeidet sitt. Det var nyttig dialog mellom kommuner og sykehuset, og vi ser behov for å danne et nettverk/faglig utvalg hvor vi jobber sammen om helhetlig pasientforløp. Det foregår gode forbedringsarbeid i mange kommuner og i sykehuset. Helgelandssykehuset satser på å starte sine piloter i løpet av desember/januar.

**Lærings- og mestringskurs**

Det har vært bra aktivitet, og det er gjennomført 6 LMS-kurs i oktober; 2 fedmekurs, 2 hjertekurs og 2 diabeteskurs.

**Ungdomsråd**

Samhandlingsavdelingen har sendt ut informasjon til klinikker og brukerorganisasjoner om etableringen av ungdomsråd. Vi har bedt dem om å spre informasjonen videre i organisasjonen, og bidra til å rekruttere medlemmer til Ungdomsrådet. 8.0 Diverse

## 8.0 Diverse

### 8.1 Urologi

Som et av to sykehus i landet tilbyr nå Urologisk avdeling ved Helgelandssykehuset avd Mosjøen en ny metode for å avdekke prostatakraft. Metoden krever ikke bare moderne utstyr, men også et tverrfaglig samarbeid mellom medisinsk- og teknisk ekspertise. Denne metoden gjør at man kan hente prøven nøyaktig på det punktet der det ser ut som celleforandring. Dette gjør at vi kan avdekke kreft på et tidligere stadium og kan komme fortere inn i behandlingsforløp, eventuelt få avkreftet sykdom. Metoden gi større sikkerhet for pasientene.

Den nye metoden gjøre at risikoen for infeksjon eller bakteriesmitte reduseres, fra 7% til under 1%. Risikoen for sykehusinnleggelse har gått ned fra ca 5% til under 1%. Arbeidet med å kvalitetssikre og dokumenter fortsetter og er en del av et pågående masterprogram.

### 8.2 Hoftebruddspasienter

Helgelandssykehuset har en stor forbedring av kvalitet og er nå på topp i Norge på 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd. Dette er en nasjonal kvalitetsindikator.

Foretaket har fra 2013 begynte å tenke nytt når det gjelder hoftebruddspasienter. Fra å fokusere på bruddet som var den direkte årsaken til at pasienten kom på sykehus, ble det gjort et systematisk tverrfaglig samarbeid å se helhetlig på pasienten.

Hoftebruddspasientene er i utgangspunktet ei sårbar og kompleks gruppe, der bruddet behandles isolert av ortopedene på kirurgisk, mens det i tillegg også er viktig å behandle sykdommen som feiler dem fra før. Behandlingen skjer nå med et strukturert samarbeid mellom ortopedi og geriatri for å gi et bedre resultat for pasientene

Hele pasientflyten er viktig, helt fra prehospital med AMK, ambulansetjenesten og akuttmottaket slik at alle tidstyver skal bort slik at målet om operasjon innen 24 timer skal kunne skje. Når pasienten kommer inn på sykehuset gjennomgås journalen for å se om pasienten har flere diagnoser enn bruddet, av leger fra kirurgisk og medisinsk avdeling om for å ta hensyn å ta enn det åpenbare, som er bruddet. Operasjonen gjennomføres med anestesi og operasjonsteam og ortopeder. Etter intensiven overføres pasienten til medisinsk sengepost som har en egen «ortogeriatrisk gruppe», der sykepleierne og helsefagarbeiderne jobber tverrfaglig for å gi best mulig behandling fordi det er stor kompleksitet for pasientgruppa.

Det foretas også dialog med pasienten selv og pårørende for å sjekke ut hvordan personen har klart seg hjemme før fallet, for å gjøre en kartlegging av den fysiske og kognitive tilstanden før fallet, der ofte fysioterapeut og ergoterapeut deltar.

## Vedlegg 2 ROS- analyse

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Enhet:				Tiltakspakke 4		Dato: 05.10.2022		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Mål / krav nr 1:				Risiko før tiltak		[Redacted]		Risiko etter tiltak		[Redacted]		[Redacted]	
Reduksjon av årsverk gjennom harmonisering av bemanningsfaktor og kalenderplan - langtidspanlegging				Risiko- vurdering		Risiko- nivå	[Redacted]		Risiko- vurdering		Risiko- nivå	Mål- oppnåelse	
				S	K				S	K			
Gjennomsnittlig risiko for målet:				2	3	Middels			1	3	Middels		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko- nivå	Status pr 14.11.22
R1	Tilstrekkelig forankring hos ansatte	Dersom prosessene ikke er tydelige, formidlet og omforent øker risiko for manglende forankring hos ansatte	Ansatte er jevnlig informert om, både i linjen, i fellesmøter og på intranett. Egne ressurser er tilknyttet hver klinikk. Møter mellom enhetsledere og prosjektet. Tillitsvalgte med i styringsgruppe og har hatt flere møter med informasjon og drøfting.	2	3	Middels	Fortsette å informere jevnlig i informasjonsmøter på de ulike nivå Fortsette å informere i dialogmøter på klinikk og staber Fortsette å involvere ansatte i arbeidet på klinikkene og de aktuelle sengepostene	Kliniksjefer Prosjektleder	Kontinuerlig prosess. De første kalenderplanene skal være ferdig i desember 2022	1	3	Middels	

R2	Tilstrekkelig prosjektressurser tilgjengelig	Ved manglende prosjektressurser eller manglende tid hos ressursene vil klinikkene bli forsinket med innføring	Prosjektet er etablert høsten 2021 og ble først innført i Kirurgisk klinikk. Prosjektet er bemannet med interne og eksterne ressurser, som skal bistå enhetene i å få innført ordningen. Enkelte enheter er prioritert i rekkefølgen. Det er satt inn økt ressurs i prosjektet fra høst 2022 og planlagt ytterligere noe økning. Videreført avtale med ekstern prosjektressurs	1	3	Middels	Skjerm prosjektressursene fra øvrige oppdrag og oppgaver Ytterligere videreføre avtale med ekstern prosjektressurs Dedikere prosjektressursene mot de andre enhetene i prioritert rekkefølge Vurdere ytterlige økte personellressurser i prosjektet	Stabene Prosjektleder							
R3	Overholde tidsplan/tilstrekkelig tid	Dersom det er for få ressurser tilgjengelig, stor motstand mot gjennomføring eller utydelige føringer kan innføring bli forsinket. Risiko er størst hos de ikke-prioriterte enhetene.	AD og foretaksledelsen har satt stort trykk på prosjektet. Styringsgruppa har konkretisert metode og krav. Tett oppfølging av enhetslederne. Verktøykasse er lagt tilgjengelig i teams. Hyppige møter med prosjekt. Kommunisert tydelig frist for oppstart august 2022. Satt opp framdriftsplan der både enhetsleder og kliniksjefer deltar i arbeidet med å legge kalenderplan med ny bemanningsfaktor	2	3	Middels	Frigjøre enhetsledere fra andre oppgaver i en periode. Økt oppmerksomhet fra kliniksjefer i "innspurten" Sikre ytterligere og hyppig informasjon ut til de ansatte	Kliniksjefer	Desember 2022 og jan/feb 2023 for enkelte enheter						
										1	3	Middels			
										1	3	Middels			



R4	Nye verktøy tas i bruk og enhetene finner egne verktøy for styring og rasjonell bruk av ressurser og fordeling oppgaver	Dersom verktøy ikke tas i bruk øker sannsynlighet for at man ikke får gjort alle oppgaver	Etablert en "verktøykasse" som er lagt tilgjengelig i teams, presentert i møte med alle enhetsledere og som kan fylles på av enhetene. Det er etablert nye rutiner på sengeposter. Enheter på samme lokalisasjon samarbeider om verktøy og sambruk av personell.	2	4	Middels	Verktøykassen fylles på av enhetene Ledelsen (enhetsledelse, avdelingsleder og klinikkisjef) avsetter ytterligere tid til opplæring i nye verktøy Ytterligere sikre etterlevelse og etablering av nye rutiner på sengeposter. Arrangere workshop for utveksling av verktøy. Flere enheter på samme lokalisasjon samarbeider om verktøy og sambruk av personell.	Klinikkisjefer, avdelingsleder og enhetsleder	Fortløpende	1	4	Middels	
R5	Lederforståelse og aksept linja for ny praksis	Dersom ledere ikke forstår eller ikke tilrettelegger for at ny driftsmodell med kalenderplan og ny bemanningsfaktor vil det være vanskelig å gjennomføre prosjektet og å oppnå effekt	Dette er kontinuerlig tema på ledermøter på alle nivå. Klinikkledere og avdelingsledere følger tett opp sine enhetsledere. Sykehusledelsen har dette fast på agendaen hver uke. Styringsgruppa har hyppige møter, inkl. utvidede ledermøter med bemanningsfaktor, kalenderplan og verktøykasse på agenda	1	3	Middels	Fortsatt tett oppfølging av avdelingsledere og enhetsledere - fra klinikkisjef Saken skal være fast på agenda i alle ledermøter - på alle nivå Motstand eller uklarheter skal tas i linjen	Alle ledernivå	Fortløpende	1	3	Middels	

R6	Tilstrekkelig og riktige verktøy for at tilgjengelig personellressurser kan oppnå god drift	Dersom man ikke har riktige eller tilstrekkelige verktøy for å legge om driften kan det oppleves for travelt eller at kvaliteten blir lavere	Man har en sengepost i HSYK som allerede har 1,3 i bemanningsfaktor. Dette tilsier at det er mulig å innføre på de øvrige sengepostene. Andre foretak har god drift også med lavere bemanningsfaktor på tilsvarende sengeposter. Utrekningen av Bemanningsfaktor i prosjektet er utregnet slik at det er satt av ressurser til sommeravvikling, fagdager og fagutvikling. Verktøy er spisset mot at drift skal bli god og kvalitet ivaretas.	1	2	Lav	Tett oppfølging av enhetene også etter oppstart - støtte og oppmerksomhet Utvikle og gjøre tilgjengelig nye verktøy Samarbeid på tvers av avdelinger og sengeposter - bistand og ressursdeling Kvalitet skal følges tett og struktur for kvalitet følges. Iverksette planlagt videreutvikling av kvalitetsstrukturen og forvaltningen av den.	Prosjektet og enhetsleder Fagstab	Fortløpende	1	2	Lav
R7	God forankring hos tillitsvalgte	Dersom ikke tillitsvalgte er tilstrekkelig involvert vil prosjektet gå glipp av viktige tips og tilbakemeldinger og prosessen kan bli kritisert	Tillitsvalgte har fått jevnlig informasjon om tiltaket gjennom FTV-møter og drøftinger Tillitsvalgt deltar i styringsgruppe. Plasstillitsvalgte deltar i arbeidet på enhetene	2	3	Middels	Saken informeres fortsatt om i FTV møter Flere tillitsvalgte og verneombud inviteres til i styringsgruppen	Org.dir Lederlinje	Fortløpende	1	3	Middels

R8	Opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet	Dersom man ikke har greid å innarbeide gode nok rutiner og ta i bruk verktøyene i ny driftsmodell kan det gå ut over kvalitet og pasientsikkerhet	Etablering av rutiner på tvers fører til at man kan lære av hverandre. Andre foretak har god kvalitet og pasientsikkerhet også med lavere bemanningsfaktor på tilsvarende sengeposter. Utrekningen av Bemanningsfaktor i prosjektet er utregnet slik at det er satt av ressurser til sommeravvikling, fagdager og fagutvikling. Verktøy er spisset mot at drift skal bli god og kvalitet ivaretas.	2	4	Middels	Fortsatt ha fokus på følgende: Etablere og innføre nye rutiner og bruk av verktøy Støtte og oppfølging av ledelse Fagsjef og kvalitetsrådgivere skal følge opp og være tett på de involverte avdelinger/enheter Holde oversikt over avvik Etablere faste statusmøter der ordningen evalueres Rapportering via linjen. Videreutvikling av forvaltningssystemet for kvalitet	Lederlinje og Fagstab	Fortløpende og kontinuerlig	1	3	Middels	
R9	Ha tilgjengelig tilstrekkelig kompetanse på turnusskriving	Innføring av ny modell og skriving av kalenderplan tar lenger tid og blir ikke like bra dersom kompetansen mangler	Opplæring av ressurser i prosjektgruppen	1	3	Middels	Kompetansen som nå er i prosjektgruppen må overføres til enhetsledere og det må sikres at den til enhver tid finnes i HR	Org stab	Før juni 2023	1	3	Middels	

<b>Risikoidentifikasjon og analyse</b>				<b>Ansvarlig:</b> <input type="text"/>			<b>Hovedmeny</b>		<b>Risikomatrise, se under</b>				
<b>Enhet:</b>		<b>Tiltakspakke 4</b>		<b>Dato:</b> 05.10.2022			<b>Veiledning</b>						
<b>Mål / krav nr 2:</b>				<b>Risiko før tiltak</b>					<b>Risiko etter tiltak</b>				
<b>Utvide periode for alternerende sommerstenging av fødeavdelinger fra 4+4 til maks 8+8 uker (skal fremmes som en egen sak til styret)</b>				<b>Risiko-vurdering</b>		<b>Risiko-nivå</b>			<b>Risiko-vurdering</b>		<b>Risiko-nivå</b>	<b>Risiko-nivå</b>	
				S	K		S	K					
<b>Gjenn risiko for målet:</b>				1	3	Middels			1	3	Middels		
<b>Risiko nr</b>	<b>Kritiske suksessfaktorer</b>	<b>Risiko for manglende måloppnåelse</b>	<b>Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen</b>	<b>S</b>	<b>K</b>	<b>Risiko-nivå</b>	<b>Nye tiltak:</b>	<b>Ansvarlig:</b>	<b>Frist:</b>	<b>S</b>	<b>K</b>	<b>Risiko-nivå</b>	<b>status pr 14.11.22</b>
R1	God forankring hos tillitsvalgte	Dersom ikke tillitsvalgte er tilstrekkelig involvert vil prosjektet gå glipp av viktige tips og tilbakemeldinger og prosessen kan bli kritisert	Informasjon gitt i flere FTV-møter og tiltaket er drøftet flere ganger. Alternerende sommerstenging av fødeavdelingene er kjent fra mer enn 10 år tilbake	1	3	Middels	Ytterligere informasjon og eventuelt drøfting i PTV og FTV-møter og dialogmøter Informasjon på intra- og internett	AD, HR Linjeledelse Kommunikasjon	Fortløpende	1	3	Middels	

R2	Opprettholde god kvalitet i tjenesten	Dersom det ikke er tilgjengelig tilstrekkelig helsepersonell med kompetanse kan det medføre redusert kvalitet,	<p>Dagens ressursituasjon for både gynekolog og jordmødre er utfordrende på Helgeland. Dette tiltaket vil bidra til at Helgeland har et trygt fødetilbud hele året. Det er nødvendig å se på løsninger som sikrer størst mulig bruk av egne ansatte, dermed må forbruket av personell med denne kompetansen reduseres. En økonomisk besparelse vil redusere risiko for at andre tjenester må reduseres. Det gir økt kvalitet når vi slipper å være avhengige av eksternt personell som kan være utilgjengelig for oss fremover.</p> <p>Pasientene/fødende vil møte kjent personell som jobber fast ved lokalisasjonen - gir trygghet. Bruke kvalitetssikrende tiltak som er kjent fra tidligere tilsvarende perioder -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tilgjengelig kompetanse</li> <li>- beredskapsordning på stengt avd</li> <li>- følgetjeneste</li> <li>- tilgjengelighet prehospital tjeneste</li> <li>- arealer og plass</li> <li>- koordinert akuttmottak og operasjon</li> <li>- informasjon</li> </ul>	1	4	Middels	Sikre at vi får best mulig drift i de deler av perioden som ikke er lavdrift for resten av sykehuset. Sikre god benyttelse av personell i hele perioden med lavdrift. F.eks ha uker med elektiv drift for å bedre tilgjengelighet på gyn-tjenester, noe som øker kvaliteten for andre pasientgrupper.	Klinikksjef, avdelingsleder og enhetsledere Fagstab	Bør være avklart i desember senest i plan for sommerferieavvikling	1	4	Middels	
----	---------------------------------------	--	--	---	---	---------	---	--	--	---	---	---------	--

R3	Skape trygghet for gravide	Dersom man ikke får ut riktig informasjon. Media oppslag om at dette er farlig medfører stor og unødig utrygghet blant gravide.	HSYK har hatt alternerende stenging i 13 år. Ordningen har fungert godt, uten at kvalitet er redusert. Det har ikke vært økt antall transportfødsler i stengeperiodene. Antatt pga kompenserende tiltak. En forlengelse av perioden vil føre til at flere fødende vil måtte føde på annet sted enn forventet. Det vil totalt fødes ca 160 barn i en 16 ukers periode hvorav ca halvparten vil føde annet sted en nærmeste fødeavdeling. Mange av disse vil ikke få særlig lenger vei enn til nærmeste fødeavdeling. Se pkt R2 som viser tiltak som også gir trygghet. I tillegg er det utarbeidet informasjonsskriv til gravide og gis omvisning på den avdelingen de skal bruke. Bruke eget personell til å informere ved poliklinisk oppfølging Informasjon til fastlegene Informasjon til kommunene	2	2	Lav	Gå ut med riktig informasjon på intranett og i media slik at det oppveier noe av den informasjonen som skaper utrygghet.	Lederlinje Fagstab og Kommunikasjon	Fortløpende og kontinuerlig	1	2	Lav	Gult pga saker som verserer i media
R7	Forståelse og gjennomføringskraft i lederlinjen	Dersom tiltaket ikke er godt nok forankret i lederlinjen vil prosessen kreve mer ressurser.	Gjennomført møter med enhetsledere og øvrig ledelse på kirurgisk klinikk Gjennom faktainformasjon økt forståelsen for behovet for å bruke personell rasjonelt gjennom året.	1	3	Middels	Avklare tydelig og bli enige om utgangspunkt og felles utfordringsbilde Få fram mulighetene i en utvidet modell, samtidig som man synliggjør hvordan man skal håndtere risikobildet	Kliniksjefer	Fortløpende	1	3	Middels	Ledere står også under et stort press,

R9	Opprettholde godt omdømme	Dersom omdømme tap kan det skape utrygghet i befolkning og redusere rekrutteringskraft	Tidligere har sommerstengte fødeavdelinger vekket et stort engasjement, både i befolkningen og politisk. Det er stor oppmerksomhet i media. At andre foretak gjennom fører lignende tiltak reduserer risikoen for omdømmetap i HSYK. Viktig å informere ansatte godt og skape felles forståelse slik at ikke ansatte er med på å skape utrygghet og skade HSYK sitt omdømme.	3	2	Lav	Ha jevnlig møter med de involverte enheter, tillitsvalgte, verneombud og ansatte Informere jevnlig på dialogmøter og FTV-møter  Aktivt jobbe med å få ut tilstrekkelig og riktig informasjon internt og eksternt	Klinikksjef og enhetsledere Fagstab Kommunikasjons-sjef	Fortløpende	2	2	Lav	Saker pågår i media. En del info ute som gir et feilaktig inntrykk av risiko.
R11	Unngå økt ventetid og fristbrudd for polikliniske konsultasjoner	Dersom man i tillegg til fødetilbudet har lavdrift på andre funksjoner kan ventetid øke.	Dersom man kan bruke tilgjengelige ressurser til elektiv drift i noen av ukene med stengt fødetilbud vil dette gi kortere ventetid og færre fristbrudd. Økt tilgjengelig ressurser pga lavere vaktbelastning.	1	1	Lav	Planlegging av poliklinisk aktivitet i nye modeller må gjennomføres	Klinikksjef og enhetsledere	Bør planlegges i årsplanleggingen	1	1	Lav	

R12	At de ansatte ikke får for høy arbeidsbelastning	Dersom oppgavene blir økt ut over det som kan inngå i planlagt bemanning	Antall fødende blir uansett ikke høyere enn en normalt bemannet fødeavdeling kan ta i mot. Samtidighet vil som alltid kunne forekomme, men med 10 fødsler i snitt pr uke er dette uansett ikke hyppig. Ordningen gir de ansatte større mulighet til å ta ut opparbeidet fri/ferie. Ordningen gir de ansatte større mulighet til å få gjennomført lovpålagt hospitering og annen fagutvikling. Ny ordning kan gi ansatte tilbud om å ambulerer. Øker muligheten for samarbeid på tvers mellom fødeavdelingene. Dette tiltaket kan motvirke forslag om permanent stenging av en fødeavdeling eller omgjøring til fødestue ved at man bruker ressursene hensiktsmessig gjennom hele året. Ordningen kan redusere risiko for alternerende stenging i deler av året der vær og føre gir økt reisetid.	1	3	Middels	Fortsatt tett dialog med ansatte, ledere og tillitsvalgte. Planlegge oppgaver inn i kalenderplanen og sikre at bemanning er riktig fordelt.	lederlinjen	Desember	1	3	Middels	
R14	At øvrige klinikker og avdelinger er godt forberedt på ordningen	Kan oppstå flaskehals eller ineffektiv drift dersom man ikke planlegger godt nok vedrørende felles oppgaver	Ved god planlegging er det tilstrekkelig areal og ressurser også ved samtidighet i fødsler. Det er få fødsler totalt og dette reduserer risiko for samtidighet.	1	3	Middels	Kartlegge hvilke avdelinger som kan bli berørt. Nødvendige avklaringer må gjøres både med akuttmottakene, operasjon og berørte sengeposter	Klinikkjef og enhetsleder	Vår 2023	1	3	Middels	



R17	Tilstrekkelig kapasitet i prehospital klinikk til transport	Dersom prehospital klinikk ikke har kapasitet kan dette påvirke sikkerheten	Erfaring fra mer enn 10 år med alternerende stenging viser at det ikke er flere transportfødsler i stengte perioder enn i åpne. Det er gjennomsnittlig 5 fødsler pr. uke på hver fødeavdeling. For deler av nedslagsfeltet som ikke har fødetilbud i hjemby året rundt vil alternerende stenging medføre lite endringer i reisetid	1	4	Middels	Prehospital klinikk planlegger for og forbereder seg på utvidelse fra 4 til 8 uker alternerende stenging.	Klinikksjef prehospital klinikk	Kontinuerlig	1	4	Middels	
-----	---	---	--	---	---	---------	---	---------------------------------	--------------	---	---	---------	--

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:			Hovedmeny			Risikomatrise, se under			
Enhet:				Tiltakspakke 4			Dato: 05.10.2022			Veiledning			
Mål / krav nr 3:				Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak						
Benchmarker stabsavdelinger for å identifisere mulig reduksjon av årsverk				Risiko-vurdering		Risiko-nivå				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-nivå
				S	K					S	K		
Gjenn risiko for målet:				2	3	Middels				2	3	Middels	
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr. 14.11.22
R1	Innhente nødvendig datamateriale	Dersom man ikke får tilgang på nødvendig materiale kan det bli dårlig kvalitet på benchmarking	Har ikke mottatt datamateriale fra NLSH	1	2	Lav	Purre NLSH for å få oversendt datamateriale	Økonomisjef		1	2	Lav	
R3	Årsverksreduksjoner skal ikke føre til redusert pasientsikkerhet	Et alternativt nedtrekk av ressurser i stabsavdelinger vil føre til dårligere pasientsikkerhet	Det er flere vakante stillinger i stab denne høsten. Dette går ut over gjenværende personell og stort trykk på arbeidsoppgaver.	2	3	Middels	Gjennomføre et ev. nedtrekk av stillinger på områder der det er mulig Kjøre tjenester hos øvrige foretak (eks jurist og PVO) Sette sykefraværsoppfølging på agenda, for å minimere sykefravær	Organisasjonsdirektør		2	3	Middels	
R4	Optimal organisering av stabene	Ikke optimal organisering av stabsressursene fører til at man ikke får gjennomført oppgavene som man er pålagt	Org.stab har fått "ny" struktur i 2021. Foregår en prosess for endring av struktur for fagstab På grunn av stort trykk på flere ledernivå og en høy grad av konstitueringer i lederroller, kan det være vanskelig å få satt av tid til intern organisering	2	3	Middels	Vurdere ev behov for endret organisering av stabene, etter benchmarking	Organisasjonsdirektør	#####	2	3	Middels	

R5	Økonomiske effekter	At analysene og arbeidet ikke bidrar til at man finner nye måter å organisere arbeidet på, som fører til økonomiske positive effekter	Etter første analyse kan man ikke se at HSYK har mer stabspersonell/ressurser enn øvrige foretak som man sammenligner seg mot Man holder flere stillinger vakante delvis gjennom høsten. Må vurdere om noen kan videreføres eller avsluttes	2	4	Middels	Gjennomføre en intern analyse av eget forbruk av personell i staber, sett opp mot bemanning/ressurser pr 2019.	Økonomisjef Organisasjonsdirektør	#####	2	4	Middels	
R6	Opprettholde nødvendig kompetanse i stabene	Reduksjon av ansatte og kompetansen i stabene fører til at man ikke får utført de lovpålagte oppgavene	Grunnet flere endringsprosesser har det vært en viss turnover i stabene. Vanskelig å gjennomføre opplæring og kompetansetiltak grunnet den økonomiske situasjonen	2	3	Middels	Jobbe for å sikre å beholde ansatte og kompetanse i stabene. Vurdere oppgavegliding Se på den totale ansatte massen i stabene - og se om oppgaver kan overflyttes istedenfor å lyse ut stillinger	Org.dir Sykepleiefaglig direktør Stabssjefer	Kontinuerlig	1	3	Middels	

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Enhet:				Tiltakspakke 4		Dato: 05.10.2022		Hovedmeny		[Redacted]		[Redacted]	
Mål / krav nr 4:				Risiko før tiltak		Risiko etter tiltak		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Avslutte apotekstyrt medisinrom				Risiko-vurdering		Risiko-nivå				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Mål-oppnåelse
				S	K					S	K		
Gjenn risiko for målet:				1	3	Middels				1	3	Middels	
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr 14.11.22
R1	At vi har kompetent personell	Dersom man ikke har på plass kompetent personell når oppgaven er tilbakeført til HSYK kan det redusere kvaliteten	Avtalen har 6 mnd oppsigelse. Dette innebærer at HSYK har tid til å gjennomføre nødvendige opplæringstiltak.	1	3	Middels	Gjennomføre nødvendig opplæring av eget utvalgt personell. Gjennomgå gjeldende prosedyrer. Sikre at prosedyrer gjelder alle medisinrom, det vil øke kvaliteten	Klinikksjef og enhetsleder. Fagstab	Innen 6 mnd fra oppsigelse	1	3	Middels	
R2	Ha tilstrekkelig ressurser	Dersom man ikke har tilstrekkelig ressurser kan det gå ut over gjennomføringen	Det planlegges å sette utvalgte personell til denne oppgaven. Dette sikrer at man ikke tar ut personell fra sengeposter el. Til dette og det blir god oversikt over medikamentene på medisinrommene	1	3	Middels	Følge opp det som er planlagt.	Fagstab	Innen 6 mnd fra oppsigelse	1	3	Middels	

R3	Interne rutiner er på plass og innarbeidet	Dersom ikke gode nok rutiner kan kvalitet bli redusert	Det vil være tid til å gjennomføre opplæringstiltak og etablering av rutiner på tvers før oppstart	1	3	Middels	Opprette eller ta i bruk allerede etablerte rutiner i doc.map	Fagstab	Innen 6 mnd fra oppsigelse	1	3	Middels	
R5	Kvaliteten og pasientsikkerhet opprettholdes	Dersom ikke gode nok rutiner kan kvalitet bli redusert	Det vil være tid til å gjennomføre opplæringstiltak og etablering av rutiner på tvers før oppstart	1	3	Middels	Dedikert personell skal ha gjennomført opplæring	Fagstab	Innen 6 mnd fra oppsigelse	1	3	Middels	

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:				Hovedmeny		riser, er				
Enhet: Tiltakspakke 4				Dato: 05.10.2022				Veiledning						
Mål / resultatkrav nr 5:				Risiko før tiltak		Deltakere i prosessen:				Risiko etter tiltak				
Sykefraværsoppfølging - ytterligere fokus for å redusere og stabilisere sykefraværsutvikling				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Foretaksledelsen, økonomisjef, HR-sjef, tillitsvalgte, verneombud				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-nivå
				S	K		S	K		S	K			
Gjenn risiko for målet:				2	3	Middels	2	3	Middels					
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Ekisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Mulig økonomisk effekt:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr. 14.11
R1	Tilgjengelige støtteressurser i HR	Ikke tilstrekkelig tilgjengelige ressurser i HR til å støtte ledere i oppfølgingsarbeidet	Team arbeidsmiljø har omfattende erfaring fra liknende prosjekter. Gode verktøy og kompetanse tilgjengelig	1	3	Middels		Teamansvarlig for Arbeidsmiljø i HR følger opp arbeidet med nærværskontraktene Informere og involverer klinikkledelsen	HR-sjef	Kontinuerlig	1	3	Middels	
R2	Tilgjengelig tid hos leder/lederressurser til å følge opp	Ikke tilstrekkelig tid for ledere til å følge opp sykefraværsutviklingen og de ansatte	Mange samtidige prosjekter er iverksatt, der mange oppgaver hviler på enhetsleder. Vanskelig å greie prioritere alt samtidig. Flere enhetsledere er nye i sin rolle.	2	3	Middels		Klinikkleder ber sin HR-rådgiver om å forberede status sykefravær til ledermøter Team Arbeidsmiljø tar kontakt med enhetsledere der de tilbyr sine tjenester til enheter som sliter med høyt sykefravær	Kliniksjefer Stabssjefer	Kontinuerlig	2	3	Middels	

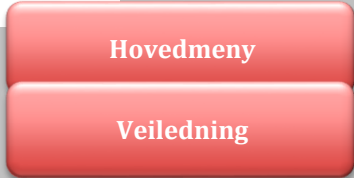
R3	At foreslåtte tiltak iverksettes	At tiltakene ikke iverksettes.	Fire tiltak er besluttet: 1. sykefravær på dagsorden i alle ledermøter 2. Innføre nærværskontrakt - midlertidige arbeidsavtaler 3. Styrke oppfølgingen av ForBedringsundersøkelsen 4. Gjennomføre Webinar	2	4	Middels	Tiltakene følges opp: - dagsorden på alle ledermøter - nærværskontrakter - ForBedring - Webinar	Alle ledere HR og ledere HR og ledere HR	Kontinuerlig	2	4	Middels
R4	At midler til nærværskontrakter avsettes til formålet	At man ikke benytter midlene og dermed ikke oppnår effekt av tiltaket	Besluttet at regionale midler skal brukes til nærværskontakter	2	2	Lav	Teamansvarlig for Arbeidsmiljø får tilgang til midler for øremerket bruk til nærværskontrakter	HR Økonomi	Kontinuerlig	2	2	Lav
R5	Å oppnå økonomisk effekt	At tiltakene ikke gir forventet reduksjon av sykefravær og heller ingen økonomisk effekt	En reduksjon på ca 1,5 % i sykefravær vil gi stor økonomisk effekt	2	3	Middels	Ca. 5 - 8 mill kr årlig Sykefraværet må følges opp på hver enhet	Lederlinjen	Kontinuerlig	2	3	Middels

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:				Hovedmeny		riser,		er		
Enhet: Tiltakspakke 4				Dato: 05.10.2022				Veiledning						
Mål / resultatkrav nr 5:				Risiko før tiltak		Deltakere i prosessen:				Risiko etter tiltak				
Sykefraværsoppfølging - ytterligere fokus for å redusere og stabilisere sykefraværsutvikling				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Foretaksledelsen, økonomisjef, HR-sjef, tillitsvalgte, verneombud				Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-nivå
				S	K		S	K		S	K			
Gjenn risiko for målet:				2	3	Middels	2	3	Middels					
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Ekisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Mulig økonomisk effekt:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr. 14.11
R1	Tilgjengelige støtteressurser i HR	Ikke tilstrekkelig tilgjengelige ressurser i HR til å støtte ledere i oppfølgingsarbeidet	Team arbeidsmiljø har omfattende erfaring fra liknende prosjekter. Gode verktøy og kompetanse tilgjengelig	1	3	Middels		Teamansvarlig for Arbeidsmiljø i HR følger opp arbeidet med nærværskontraktene Informere og involverer klinikkledelsen	HR-sjef	Kontinuerlig	1	3	Middels	
R2	Tilgjengelig tid hos leder/lederressurser til å følge opp	Ikke tilstrekkelig tid for ledere til å følge opp sykefraværsutviklingen og de ansatte	Mange samtidige prosjekter er iverksatt, der mange oppgaver hviler på enhetsleder. Vanskelig å greie prioritere alt samtidig. Flere enhetsledere er nye i sin rolle.	2	3	Middels		Klinikkleder ber sin HR-rådgiver om å forberede status sykefravær til ledermøter Team Arbeidsmiljø tar kontakt med enhetsledere der de tilbyr sine tjenester til enheter som sliter med høgt sykefravær	Kliniksjefer Stabssjefer	Kontinuerlig	2	3	Middels	



R3	At foreslåtte tiltak iverksettes	At tiltakene ikke iverksettes.	Fire tiltak er besluttet: 1. sykefravær på dagsorden i alle ledermøter 2. Innføre nærværskontrakt - midlertidige arbeidsavtaler 3. Styrke oppfølgingen av ForBedringsundersøkelsen 4. Gjennomføre Webinar	2	4	Middels	Tiltakene følges opp: - dagsorden på alle ledermøter - nærværskontrakter - ForBedring - Webinar	Alle ledere HR og ledere HR og ledere HR	Kontinuerlig	2	4	Middels
R4	At midler til nærværskontrakter avsettes til formålet	At man ikke benytter midlene og dermed ikke oppnår effekt av tiltaket	Besluttet at regionale midler skal brukes til nærværskontakter	2	2	Lav	Teamansvarlig for Arbeidsmiljø får tilgang til midler for øremerket bruk til nærværskontrakter	HR Økonomi	Kontinuerlig	2	2	Lav
R5	Å oppnå økonomisk effekt	At tiltakene ikke gir forventet reduksjon av sykefravær og heller ingen økonomisk effekt	En reduksjon på ca 1,5 % i sykefravær vil gi stor økonomisk effekt	2	3	Middels	Ca. 5 - 8 mill kr årlig Sykefraværet må følges opp på hver enhet	Lederlinjen	Kontinuerlig	2	3	Middels

<b>Risikoidentifikasjon og analyse</b>				<b>Ansvarlig:</b>									
<b>Enhet:</b>				<b>Tiltakspakke 4</b>		<b>Dato:</b>		<b>05.10.2022</b>					
<b>Mål / krav nr 6:</b>				<b>Risiko før tiltak</b>				<b>Risiko etter tiltak</b>					
<b>Arealfortetting - arealeffektivisering</b>				<b>Risiko-vurdering</b>		<b>Risiko-nivå</b>				<b>Risiko-vurdering</b>		<b>Risiko-nivå</b>	
				S	K			S	K				
<b>Gjns risiko for målet:</b>				2	3	Middels		2	3	Middels			
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr 14.11.22
R1	Ansatte, tillitsvalgte og ledere har forståelse for nødvendigheten av å effektivisere arealbruken	Motstand mot endringer vil medføre en lengre prosess	En del ansatte vil få mindre plass og noen må påregne å flytte. Det gjøres tilpasninger som opprettholder godt arbeidsmiljø. Det finnes tilgjengelig areal som ikke er optimalt utnyttet på alle lokalisasjoner. Informasjon i FTV møter Involvering av tillitsvalgte i prosesser Informasjon til de ansatte Informasjon til ledere	1	3	Middels	Fortsette med: Informasjon i FTV møter Involvering av tillitsvalgte i prosesser Informasjon til de ansatte Informasjon til ledere	Lederlinjen	Fortløpende	1	3	Middels	



R2	Utarbeide planer som tydeliggjør framdrift og med tidspunkt for når ulike miljøer blir berørt	Dersom enkelte fagmiljø og ansatte ikke blir godt nok informert om endringer og flytteprosesser. Kan forsinke prosessen og øke misnøye	Ansatte har fått informasjon om at de fleste vil bli berørt og at tiltaket pågår. Oversikt over om og når den enkelte ev blir berørt av disse planene utarbeides fortløpende	1	2	Lav	Gode planer vil gjøre informasjonsarbeidet enklere Gode planer gjør de ansatte informert Informasjon på intranett og fremdrift og planer	Lederlinjen i samarbeid med drift og eiendom	01.12.2022	1	2	Lav	
R5	Overholde lovverk og krav ifm kontor og fasiliteter	Dersom man ikke greier å innfri de krav og forpliktelser som regulerer fasiliteters beskaftenhet kan det redusere arbeidsmiljøet	Det finnes retningslinjer som regulerer størrelse på areal, fasiliteter (eks tilgang til toalett), ventilasjon osv. Disse følges som tidligere	2	2	Lav	Sikre at regelverk ivaretas Utarbeide kriteriesett for fordeling av kontorer Kartlegging	Lederlinjen i samarbeid med drift og eiendom	Kontinuerlig	2	2	Lav	
R6	At man har tilgjengelig tilstrekkelig og funksjonelt areal som ivaretar pasientsikkerheten og krav i forhold til regelverk	At noe areal ikke imøtekommer krav og forventninger hos både ansatte og pasienter	Foreta gjennomgang av kontorer, etablering av gjestekontorer, møterom og rom til kliniske funksjoner	2	3	Middels	Benytte allerede tilgjengelig kartleggingsmateriale Benytte gjeldende regelverk	Lederlinjen i samarbeid med drift og eiendom	Kontinuerlig	2	3	Middels	
R7	Tilrettelegge for arealer for etablering av hovedkontor i SSJ	Får ikke på plass nødvendige areal og fasiliteter for å kunne etablere hovedkontor i SSJ	Som en del av helseministerens beslutning skal det etableres hovedkontor i SSJ	2	3	Middels	Rive miniboliger i SSJ og etablere areal/fasiliteter for å kunne etablere hovedkontor	Lederlinjen i samarbeid med drift og eiendom	vår 22	2	3	Middels	
R8	Tilretteleggelse av hjemmekontorløsning vil kunne redusere arealbehov	At man ikke tar ned arealbehovet/forbruket når man samtidig etablerer ordninger for hjemmekontor	Foreligger et forslag til kriteriesett for fordeling av kontorer og bruk av gjestekontorer	1	3	Middels	Få på plass ordninger for hjemmekontorer i HSYK Kriteriesett for fordeling av kontorer	HR Org. direktør	01.12.2022	1	3	Middels	

Risikoidentifikasjon og analyse				Ansvarlig:			Hovedmeny			Risikomatrise, se under			
Enhet: Tiltakspakke 4				Dato: 05.10.2022			Veiledning						
Mål / krav nr 7:				Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak						
Utsette oppstart av etablering av intermediærsenger ved DMS				Risiko-vurdering		Risiko-nivå							
				S	K		Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-nivå			
				S	K		S	K					
Gjnsn risiko for målet:				2	2	Lav	1		2	Lav			
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr. 14.11
R1	God informasjon til samarbeidende kommuner	Samarbeid med aktuelle kommuner blir dårlig og hemmer framtidig utvikling og samarbeid	Det er en god dialog med de berørte kommuner Forventninger i kommunene og hos innbyggerne om et bedre tilbud og kortere reisevei til noen helsetjenester	2	2	Lav	Opprettholde dialogen med de berørte kommuner Informasjon ut mot befolkningen	Leder DMS AD Aktuelle kliniksjefer	Kontinuerlig				
										2	2	Lav	
R2	Informasjon og involvering av tillitsvalgte og ansatte	At ansatte ikke er informert og ikke skjønner bakgrunnen for utsettelsen. Kan skape usikkerhet og bidra til rekrutteringsutfordringer på sikt	Dette er gjort i drøftingsmøter med FTV	2	2	Lav	Fortsatt informere de tillitsvalgte i FTV-møter	AD Leder DMS	01.11.2022				
										1	2	Lav	

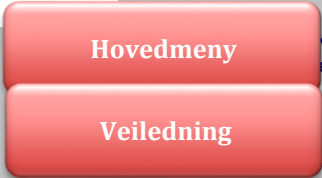
R3	At pasientsikkerheten ivaretas	At utsettelsen påvirker pasientsikkerheten negativt	Ingen forskjell fra dagens kvalitet. Disse sengene kan bedre kvaliteten for en rekke pasientgrupper på sikt. En etablering vil kunne forhindre reiser og uhensiktsmessige innleggelse på andre enheter i foretaket	2	2	Lav	Å sikre at dagens pasienttilbud for denne gruppen ivaretas i dagens struktur	Sykepleiefaglig direktør	Kontinuerlig	1	2	Lav
R4	At øvrige avdelinger og lokalisasjoner i HSYK involveres og informeres	At interne fagmiljø og avdelinger ikke er involvert i beslutning og har lagt planer for at tjenesten skulle etableres ved DMS	Flere klinikker og avdelinger har i dag tjenestetilbud ved DMS	2	2	Lav	God informasjon i sykehusledelsen og linjen	Leder DMS AD Aktuelle klinikksjefer	des.22	2	2	Lav
R5	At ansatte ikke berøres	Dersom det var ansatte kunne ansatte miste jobben	Ingen direkte konsekvenser, da det ikke er ansatte i denne avdelingen	1	2	Lav	Intern informasjon til ansatte ved DMS og foretaket for øvrig	Leder DMS	des.22	1	2	Lav

Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Enhet: Tiltakspakke 4 Dato: 05.10.2022

Mål / krav nr 8: Risiko før tiltak Risiko etter tiltak



Utsette oppstart av Metavision				Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak						
				Risiko-vurdering		Risiko-nivå							
				S	K		Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-nivå			
				1	2	Lav	1	2	Lav				
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå	Status pr. 14.11
R1	At Helse Nord godtar utsettelsen	At Helse Nord ikke godtar utsettelsen og HSYK må igangsette prosjektet ihht planene som er lagt	Må avklares av Helse Nord om HSYK får innrømmet denne utsettelsen. Kan påvirke framdriften i det overordnede prosjektet. Helse Nord har gitt tilsagn om at HSYK blir de siste som innfører MV, men ikke anbefalt utsettelse ut over dette.	2	3	Middels	Henvendelsen rettes til Helse Nord	AD	des.22	2	3	Middels	
R2	At utsettelsen gir den forventede økonomiske effekten	At utsettelsen ikke gir den forventede økonomiske effekten	Hvis prosjektet påfører foretaket kostnader i forkant av oppstart	1	3	Middels	Avklaringer med prosjektledelsen	AD Drift og eiendom	Desember	2	3	Middels	
R3	At kvaliteten opprettholdes	At utsettelsen går ut over kvaliteten	Vi har tilstrekkelig kvalitet med dagens løsning	1	1	Lav	Avklares med prosjektledelsen	Drift og eiendom Sykepleiefaglig direktør	Desember	1	1	Lav	

R4	At utsettelsen ikke påfører de ansatte og fagmiljø negative konsekvenser	At utsettelsen påfører fagmiljø og ansatte ulemper	De ansatte vil kun oppleve at de får en forsinket innføring, noe som kan bety at en del "barnesykdommer" ved lansering er fjernet. Positivt for arbeidsmiljøet at dette ikke kommer samtidig som den omleggingen av drift som nå pågår.	1	1	Lav	Avklares med prosjektledelsen	Sykepleiefaglig direktør	Desember	1	1	Lav
R5	At pasientsikkerheten opprettholdes	At pasientsikkerheten reduseres	Ingen negative konsekvenser for pasientene	1	1	Lav		Sykepleiefaglig direktør		1	1	Lav