

Møtedato: 30. oktober 2024
Vår ref.:
2024/1113-1

Saksbehandler:
Rolandsen

Dato:
23.10.2024

Styresak 135-2024

Tertialrapport nr. 2-2024

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Tertialrapport T2-2024* til orientering.
2. Styret ser at økt kapasitet i psykisk helsevern, samt hensiktsmessig infrastruktur er helt nødvendig for å nå målsettinger innenfor ventetider, fristbrudd og økonomisk bærekraft.
3. Styret ber adm. direktør fortsette tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med Ventetidsløftet og omstilling for å bringe økonomien under kontroll.
4. Styret vedtar at f.o.m. 2025 erstattes tertialrapportering (T1 og T2) med halvårsrapportering i første styremøte etter sommeren, med påfølgende rapportering i *Årlig melding*. I tilfelle vesentlige avvik fra krav i *oppdragsdokument/foretaksprotokoll* fra Helse- og omsorgsdepartementet, eller *Styringskrav og rammer* til helseforetakene, skal styret informeres i førstkommende styremøte etter at vesentlig hendelse har inntruffet.

Bodø, 23. oktober 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

Styresaken redegjør for status for gjennomføring av *Styringskrav og rammer til helseforetakene* pr. 2. tertial 2024 (T2).

Tertialrapporten inneholder status på utvalgte styringskrav, samt saker som styret eksplisitt har bedt om oppfølging på i tertialrapporter, herunder:

- oppdatert vurdering for mål som inngår i regional risikostyring
- status for risikoreduserende tiltak, slik styret har bedt om i vedtakets punkt 4¹ i *styresak 69–2024 Vurdering av risiko i Helse Nord* (styremøte 29. mai 2024)

Styret inviteres også til å formelt vedta å erstatte tertialrapporter med halvårlig rapportering.

Beslutningsgrunnlag

Tertialrapporten gjelder oppdrag som styret i Helse Nord RHF har fått fra sin eier, samt krav Helse Nord RHF har gitt til egne helseforetak. I tillegg vises målekort med resultat hittil i år og utvikling i trend vurdert mot tilsvarende tertial i fjor, samt risikovurdering av utvalgte styringsmål.

Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Styringskrav og rammer til helseforetakene

Helse Nord RHF oppdaterer jevnlig status på alle styringskravene fra HOD og RHF-et. Tabell 1 viser antall krav med status pr. 20. september 2024. Tall i parentes er pr. første tertial 2024. Utviklingen i løpet av 2. tertial er positiv:

Andelen oppdrag som er utført eller i prosess med god kontroll er økt til 49%, andelen som ikke er startet er redusert til 15%.

Status	Beskrivelse	Antall krav fra HOD	Antall krav fra RHF	Tilleggs-krav fra RHF (juli/aug -24)	Andel/sum
Grønn	Utført eller i prosess/kontroll	61 (39)	18 (13)	9	49% (33%)
Gul	Ikke startet men øk/startet men usikker måloppnåelse	33 (42)	16 (21)	5	29% (29%)
Rød	Ikke startet - utfordringer/startet – utfordringer, uavklart status/ansvar	19 (21)	7 (7)	1	15% (18%)
	Mangler status (5 av 7 gjelder tilleggsoppdrag juni/juli)	5 (16)	-	7	7% (10%)
SUM		118	41	22	181 (159)

Tabell 1 Antall krav og vurdering av status

Målekortet

Det er utviklet målekort i datavarehuset, som gir oversikt over status og trender for utvalgte parameter (vedlegg 1, fig. 1). Målekortet skal utvikles videre slik at det gir tilstrekkelig og robust informasjon om utviklingen (trend) sett i måleperioden og over tid.

Forbedringen i trend for økonomisk resultat skyldes inntektsføring av økt rammetilskudd. Tiltak gjennomføres, men har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Helseforetakene har pr. august kun realisert 193 mill. kroner av den planlagte tiltakseffekten på 493 mill. kroner for samme periode.

¹ Styret ber om å få status for risikoreduserende tiltak i tertialrapport 2-2024.

Risikovurdering av utvalgte styringsmål

Styret ble i *styresak 69-2024* orientert om risikovurdering av utvalgte styringsmål i ett til to års perspektiv, samt største risiko i fire års perspektiv. I T2-2024 er risiko for de 15 utvalgte styringsmålene med regionale risikoreduserende tiltak oppdatert (jf. tabell 1, 2 og 3 i vedlegg 1).

Største risiko i fire-års perspektiv vil oppdateres i forbindelse med revisjon av økonomisk langtidsplan (ØLP) i juni 2025.

Den helhetlige vurderingen av risiko er relativt uforandret fra T1-2024 til T2-2024. Fra tertialrapporten gjengis noen sentrale områder som må ha stor oppmerksomhet fremover.

- Etablering av *tilstrekkelig kapasitet i de sikkerhetspsykiatriske døgntilbudene. Det er lagt planer både ved UNN og Nordlandssykehuset for å bedre kapasiteten, styrke pasientforløpene og bedre samhandlingen med kommunene. Det jobbes med konkrete planer for å øke den samlede døgnkapasiteten for gruppen med alvorlige og sammensatte lidelser (inkl. de som dømmes til behandling), men det tar tid å etablere nye arealer ved Åsgård og på Rønvik. (...)*
- Tilgang til rett og tilstrekkelig kompetanse på områder med lang ventetid og fristbrudd
- Vedlikeholdsetterslep på kritisk infrastruktur, herunder informasjonssikkerhet, teknisk gjeld og vedlikeholdsetterslep på bygg.

Tertialrapport T2-2024 (vedlegg 1) viser begrunnelser og status for risikoreduserende tiltak. Det jobbes fortsatt med å få en god form og hensiktsmessig detaljeringsnivå på tiltaksrapportering til styret. Noen tiltak må vurderes nærmere m.h.t om de vil ha effekt på målet.

Om rapporteringen

Regjeringen har iverksatt en *Tillitsreform* som ett av flere grep for å utvikle og fornye offentlig sektor. Sentrale mål i reformen er bl.a. å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen. Helse Nord RHF har i denne sammenheng forsøkt å redusere kravet til tertialrapportering fra helseforetakene.

Hovedregelen i 2024 er at helseforetakene skal rapportere på alle styringskrav gjennom Årlig melding, mens det bare er *utvalgte* styringskrav som skal rapporteres tertialvis. Utvelgelsen av sistnevnte er basert på en risikobasert tilnærming. Det forutsettes fortsatt at helseforetakene gjør nødvendige risikovurderinger² og rapporterer til Helse Nord RHF dersom det er avvik i forhold til øvrige fastsatte styringskrav (avviksrapportering).

F.o.m. 2025 foreslås det å redusere rapporteringen ved å endre fra tertial til halvårlig rapport. Dette fordi helseforetakene mottar styringskravene medio februar, og ved rapportering første tertial (t.o.m. april) er helseforetakene i bare i starten med å gjennomføre styringskravene. Rapportering for andre tertial er for sent for å få til justeringer i inneværende år (behandles okt/nov). Det foreslås at helseforetakene f.o.m. 2025 rapporterer på status t.o.m. mai, og at dette styrebehandles i utvidet virksomhetsrapport i første styremøte etter sommeren. Neste rapportering blir i mars i Årlig melding. Månedlige virksomhetsrapporter er uforandret. Forslaget har støtte fra administrerende direktører i foretaksgruppen.

² Helseforetakene skal uavhengig av dette rapportere når det oppstår avvik på styringskrav (se kap 8. styringskrav og rammer 2024), og slike avvik rapporteres også til styret i virksomhetsrapportene, se også nærmere omtale og vedlegg i sak 69-2024

Medbestemmelse

Tertialrapport T2-2024 ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF 14. oktober 2024. Drøftingsprotokollen er vedlegg 2.

Brukermedvirkning

Tertialrapport T2-2024 vil bli gjennomgått med arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 28. oktober 2024.

Administrerende direktørs vurdering

Tertialrapporten viser samme bilde som er tatt opp i månedlig virksomhetsrapportering, men går mer inn i hvilke tiltak helseforetakene arbeider med, og vurdering av risiko for manglende måloppnåelse. Til tross for positiv utvikling på enkelte måleindikatorer og risikovurderinger er det trolig for tidlig å fastslå om iverksatte tiltak vil ha tilstrekkelig effekt over tid.

Arbeidet med ventetidsløftet har ikke hatt forventet effekt og må intensiveres kraftig om regionen skal nå de mål som er satt av eier. Omstillingsarbeidet for å bedre den økonomiske situasjonen tar lengre tid enn forutsatt. Adm. direktør understreker at nye øremerkede midler ikke må medføre at organisasjonen mister fokus på nødvendig ventetids- og omstillingsarbeid. Det er kritisk at ekstra ressurser blir satt inn på områder som gir raske og hovedsakelig varige effekter. Det er fortsatt nødvendig at ledelsen i helseforetakene har tett oppfølging av milepæler og leveranser knyttet til ventetidsløftet og omstilling.

Adm. direktør ser at det er nødvendig å fokusere oppfølging på kritiske områder ytterligere, og mener at Tillitsreformen med mindre rapportering, mer fokus på oppfølging av et mindre utvalg av krav, vil legge bedre til rette for at ressursene brukes på forbedringsarbeid på de viktige områdene.

Adm. direktør forutsetter fortsatt at alle styrene i helseforetakene har tett oppfølging av omstillingsarbeidet og ventetidsløftet i de respektive foretakene.

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2-2024
2. Drøftingsprotokoll konserntillitsvalgte og konsernverneombud

Tertialrapport nr 2-2024 for Helse Nord RHF

Innhold

Om tertialrapporten	3
Helhetlig styring og rapportering	4
Målekort for styringsindikatorer	5
Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	7
Mål:	7
Styringskrav:.....	7
Indikatorer:	8
Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	10
Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet	10
Mål:	10
Styringskrav:.....	10
Indikatorer:	12
Bemanning, ledelse og organisasjon	12
Styringskrav:.....	12
Indikatorer:	14
Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	16
Mål:	16
Styringskrav:.....	16
Indikatorer:	17
Øvrige krav og rammer for 2024.....	20
Sikkerhet og beredskap.....	20
Styringskrav:.....	20
Informasjonssikkerhet og personvern	21
Styringskrav:.....	21
Videre utvikling av innkjøpsområdet	21
Styringskrav:.....	21
Investeringer i store bygg og prosjektstyring	22
Styringskrav:.....	22
Oppfølging av revisjoner og tilsyn	22
Styringskrav:.....	22
Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet.....	23
Økonomiske krav og rammer	23
Styringskrav:.....	23
Andre saker som styret har bedt om oppfølging på i tertialrapport.....	25
Risikovurdering pr 2. tertial.....	27
Vedlegg 1 – Risikovurdering og tiltak.....	30
Tabell 2 Risikovurdering pr helseforetak T2-2024	32
Tabell 3 Status risikoreduserende tiltak	34

Om tertialrapporten

I Tertialrapport T2-2024 informeres styret i Helse Nord RHF om status for de styringskravene som helseforetakene rapporterer på til eier pr. 2. tertial 2024, status på utvalgte kvalitetsindikatorer og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Helseforetakene er bedt om å rapportere konkret og konsist til Helse Nord RHF. Avdelingene i Helse Nord RHF sammenfatter rapportering for egne ansvarsområder fra helseforetakene til styret i Helse Nord RHF.

Vurdering av risiko og tiltak i Helse Nord ble framlagt som egen styresak den 29. mai 2024 (styresak 69-2024). Foretakene har oppdatert risikovurdering for mål som inngår i regional risikostyring. Vurderingene og status på regionale tiltak er oppdatert i denne rapporten.

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

Hovedregelen er at helseforetakene skal rapportere på alle styringskrav til Helse Nord RHF gjennom årlig melding, mens det bare er *utvalgte* styringskrav det er krav om tertialvis rapportering på. Utvelgelsen av hvilke krav det skal rapporteres på i tertialrapport er basert på en risikobasert tilnærming. Denne tertialrapporten omhandler de styringskrav som er gitt helseforetakene med rapporteringskrav 2. tertial. Rapportering for områdene økonomi, aktivitet og personell kommuniseres i all hovedsak til styret i Helse Nord RHF gjennom månedlige virksomhetsrapporter og omtales i mindre grad i tertialrapporten.

Det er videre en forutsetning at helseforetakene gjør nødvendige risikovurderinger og rapporterer til Helse Nord RHF dersom det er avvik i forhold til øvrige fastsatte styringskrav (avviksrapportering).

For å bidra til å redusere rapportering fra helseforetakene på styringskrav, er det utviklet et eget målekort i HN LIS. Målekortet vil bli utviklet videre.

Helhetlig styring og rapportering

Figur 1 viser elementene i Helse Nord's helhetlige styringsprosess hvor tertialrapporter inngår som en del av styringssystemet.



Figur 1 Helhetlig styring og rapportering

Krav til rapportering:

	Virksomhets- rapport	Virksomhets- rapport og tertialrapport	Tertialvis avviks- rapportering	Tertial- rapportering / særskilt frist	Ingen rapportering fra foretakene
Hovedmål 1			9		
Hovedmål 2			19	8	3
Hovedmål 3			11	2	1
Øvrige krav og rammer			9	2	
Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet	1	2			1
Totalt	1	2	48	12	5

Rapporteringskravene i tertialrapporten er ført opp som vist i figur 2, og tekst bearbejdes ut iht. angitt foretak og rapporteringsfrekvens.

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

Figur 2 Krav og rapportering

Målekort for styringsindikatorer

Det er etablert et målekort for utvalgte styringsindikatorer i HN LIS, og figur 3 viser samlet oversikt over status for Helse Nord for periode august 2024.

Målekortet ved T2 viser måloppnåelse på 17 av 37 indikatorer.

Område*	Indikator	Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
1. Styrke psyk	Liggedøgn innen psykisk helsevern	Antall		6307	80264	84084	
1. Styrke psyk	Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern	Antall		16127	151614	150438	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Alle fagområder	%-andel		15.6 %	15.3 %	14.8 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Psykisk helse og rus	%-andel		21.2 %	20.3 %	21.8 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Somatikk	%-andel		13.4 %	13.3 %	11.9 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Alle fagområder	%-andel		70.2 %	67.5 %	67.1 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Psykisk helse og rus	%-andel		60.8 %	56.7 %	51.7 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Somatikk	%-andel		71.0 %	68.5 %	68.5 %	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - Alle fagområder	Dager		77.9	70.7	69.5	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - BUP	Dager		75.6	60.7	62.9	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - SOM	Dager		78.0	71.1	69.9	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - TSB	Dager		46.3	44.9	49.6	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - VOP	Dager		81.1	71.8	67.9	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Alle fagområder	%-andel		82.9 %	82.9 %	81.9 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Psykisk helse og rus	%-andel		88.2 %	87.2 %	84.5 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Somatikk	%-andel		82.4 %	82.5 %	81.6 %	
3. Rask tilgang	Pakkeforløp kreft - andel innenfor standard forløpstid	%-andel		61.3 %	59.9 %	57.3 %	
4. HN	Andel fristbrudd avviklede - Alle fagområder	%-andel		13.3 %	10.7 %	11.5 %	
4. HN	Andel fristbrudd avviklede - BUP	%-andel		18.0 %	10.7 %	17.4 %	
4. HN	Andel fristbrudd avviklede - SOM	%-andel		12.6 %	10.4 %	10.8 %	
4. HN	Andel fristbrudd avviklede - TSB	%-andel		12.1 %	7.4 %	8.1 %	
4. HN	Andel fristbrudd avviklede - VOP	%-andel		23.9 %	18.2 %	22.3 %	
4. HN	Andel fristbrudd ventende - Alle fagområder	%-andel		14.6 %	12.6 %	10.6 %	
4. HN	Andel fristbrudd ventende - BUP	%-andel		21.4 %	11.8 %	15.9 %	
4. HN	Andel fristbrudd ventende - SOM	%-andel		14.0 %	12.1 %	9.6 %	
4. HN	Andel fristbrudd ventende - TSB	%-andel		11.7 %	8.0 %	9.3 %	
4. HN	Andel fristbrudd ventende - VOP	%-andel		24.7 %	21.3 %	24.8 %	
4. HN	Budsjettavvik	Millioner		-27.5	-520.7	-224.1	
4. HN	Budsjettavvik innleie	Millioner		-15.4	-93.5	-118.7	
4. HN	Gj.snittlig ventetid ventende - Alle fagområder	Dager		99.3	88.8	79.3	
4. HN	Gj.snittlig ventetid ventende - BUP	Dager		62.5	49.0	51.1	
4. HN	Gj.snittlig ventetid ventende - SOM	Dager		101.0	90.5	79.7	
4. HN	Gj.snittlig ventetid ventende - TSB	Dager		38.2	35.3	40.4	
4. HN	Gj.snittlig ventetid ventende - VOP	Dager		84.9	79.3	85.5	
4. HN	Innleiekostnad	Millioner		37.8	238.4	299.7	
4. HN	Resultat	Millioner		-2.6	313.6	148.0	
4. HN	Sykefravær	%-andel		9.3 %	9.4 %	9.7 %	

Figur 3 Målekort HN LIS - samlet status for Helse Nord for periode august (skjermdump pr 1. okt 2024)¹

¹ Indikatorene er hentet fra årets oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Hvordan lese målekortet (eksempel):

Kolonnen *Måloppnåelse* viser om resultatene **hittil i år er i tråd med målene**.

- Grønn farge dersom målet er nådd.
- Rød farge dersom målet ikke er nådd.

Kolonnen *Trend* ser på gjennomsnittlig verdi av **de siste tre månedene, sammenlignet med tilsvarende periode året før**. Dette er gjort for å redusere effekten av tilfeldig variasjon og sesongvariasjon når vi vurderer endring over tid.

- Grønn (positiv endring) hvis gjennomsnitt er forbedret med 2% eller mer.
- Gul (stabil) hvis gjennomsnitt endring er mellom -2% og 2%.
- Rød (negativ endring) hvis gjennomsnitt er -2% eller mindre.

Kolonnen *Denne perioden* viser resultat for siste tre måneder i angitt periode, mens kolonnene *Hittil i år* og *Hittil i fjor* viser resultat fra 1. januar og til angitt periode.

Sykefravær rapporteres med 2 mnd forsinkelse.

Oversikt over indikatorer, målkrav og datakilder:

Indikator	Målkrav	Kilde
Andel fristbrudd avviklede - Alle fagområder	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NPR
Andel fristbrudd ventende - Alle fagområder	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NPR
Andel telefon- og videokonsultasjoner - Alle fagområder	Andelen av pasienter som mottar telefon- og videokonsultasjoner skal øke sammenlignet 2023	DIPS
Budsjettavvik	Positivt budsjettavvik	Agresso
Budsjettavvik innleie	Positivt budsjettavvik	Agresso
Epikrise 1 dag - Alle fagområder	Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskriving	DIPS
Gj.snittlig ventetid avviklede - Alle fagområder	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NPR
Gj.snittlig ventetid ventende - Alle fagområder	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NPR
Innleiekostnad	Reduksjon i kostnad hittil i år sammenlignet hittil i fjor	Agresso
Liggedøgn innen psykisk helsevern	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NIMES
Overholdelse av pasientavtaler - Alle fagområder	Minst 95 % av pasientkontaktene overholdes	DIPS/NPR
Pakkeforløp kreft - andel innenfor standard forløpstid	Minst 70 % av pakkeforløp skal være gjennomført innenfor standard tid	DIPS
Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern	Forbedring hittil i år sammenlignet hittil i fjor	NIMES
Resultat	Reduksjon i kostnad hittil i år sammenlignet hittil i fjor	Agresso
Sykefravær	Sykefravær skal forbedres med 5 % hittil i år sammenlignet i fjor	Paga

Figur 4 Beskrivelse av indikator, målkrav og kilde

Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For hovedmål 1 er det avviksrapportering på 9 av 9 mål/styringskrav/indikatorer. Det er i alt rapportert på 9 av 9 mål/styringskrav/indikatorer.

Mål:

<p><i>Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.</i></p>	<p>FIN, UNN, NLSH, HSYK</p>	<p>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</p>
<p>Det er utfordrende for helseforetakene i regionen å opprettholde tilstrekkelig kapasitet i poliklinikkene til å sikre pasientene tilstrekkelig rask behandling. Rekrutteringsutfordringer, økonomiske rammer og bygningsmessige begrensninger beskrives alle som forhold som påvirker muligheten for å øke kapasiteten tilstrekkelig. Det er satt inn tiltak for å styrke bemanningen ved de stedene som har hatt størst kapasitetsutfordringer i regionen.</p> <p>Det har i 2024 vært svært utfordrende å etablere tilstrekkelig kapasitet i de sikkerhetspsykiatriske døgntilbudene. Det er lagt planer både ved UNN og NLSH for å bedre kapasiteten, styrke pasientforløpene og bedre samhandlingen med kommunene. Det jobbes med konkrete planer for å øke den samlede døgnkapasiteten for gruppen med alvorlige og sammensatte lidelser (inkl. de som dømmes til behandling), men det tar tid å etablere nye arealer ved Åsgård og på Rønvik. Det går mye ressurser i å vedlikeholde dagens lokaler for å opprettholde aktivitet.</p> <p>Det har vært en økning i økonomisk realvekst for psykisk helsevern og rus i 2024. En del av denne veksten skyldes økning i HELFO-kostnader knyttet til fristbrudd, men det har vært vekst for fagområdene også når man ser bort fra vekst i HELFO-kostnader.</p>		

Styringskrav:

<p>1</p>	<p><i>Helseforetakene skal sikre at alle barnevernsinstitusjoner tilknyttes et ambulant spesialisthelsetjenesteteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og rus, og med bruk av eksisterende personell. Arbeidet skal koordineres av Helse Nord RHF jf. eget oppdrag til Helse Nord RHF.</i></p>	<p>FIN, UNN, NLSH, HSYK</p>	<p>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</p>
<p>Det er gjennomført møter med Bufetat region nord og mellom Bufetat region nord, sykehusenes BUP-er og Helse Nord RHF. I møtene er dagens tilbud og samarbeid evaluert, og det er startet en dialog om hvordan oppdraget om et ambulant spesialisthelsetjenesteteam best kan løses. Alle BUP i regionen har samarbeidsavtaler med barnevernet og et etablert samarbeid. Det er imidlertid utfordrende enkelte steder, der kombinasjonen av små BUP-er og flere barnevernsinstitusjoner gjør det krevende. Ved Bodø behandlingssenter er det etablert et «helseteam» med ansatte fra Nordlandssykehuset. Universitetssykehuset Nord-Norge har videre et team for tverrfaglig helsekartlegging i Tromsø, og flere fagpersoner deltar i kartleggingsteamene.</p> <p>Det vurderes hensiktsmessig å bruke den spesialiserte kompetansen som er opparbeidet i Bodø og Tromsø, særlig ved behov for mer spisset kompetanse eks. ved alvorlig selvskading, rusmiddelbruk, alvorlige atferdsvansker, alvorlige spiseforstyrrelser og psykoselidelser. Endelig organisering er foreløpig uavklart fra nasjonalt hold. Det arbeides med å kartlegge hvilke helsebehov som er udekket i dag i regionens barnevernsinstitusjoner.</p>			

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

Det er iverksatt ulike tiltak i alle sykehus for å øke kompletteten i rapporteringen til KVARUS. Finnmarkssykehuset oppgir oppfølging av kravet til grønn, mens øvrige sykehus melder om gul status.

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

Den polikliniske aktiviteten for regionen som helhet er økt sammenlignet med samme periode i fjor, og tre av fire sykehus når målet om økt poliklinisk aktivitet.

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

Samlet døgnaktivitet for regionen som helhet viser noe nedgang sammenlignet med samme periode i fjor.

Indikatorer:

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

Samlet realvekst i kostnader for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er om lag 5 %, noe som er høyere enn realveksten i frie driftsbevilgninger for 2024. Realvekst i basisbevilgning (frie inntekter) er beregnet til 0,4 %. Kostnadsøkningen skyldes delvis økte kostnader i forbindelse med fristbrudd i psykisk helsevern. Samlet realvekst for fagområdene er anslått til 110 mill. kroner, hvorav økte kostnader til fristbrudd utgjør 53 mill. kroner. Sett bort fra økte kostnader til fristbrudd er øvrig kostnadsvekst anslått til 3 %. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har den laveste realveksten på 0,6 % per 2. tertial.

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

T1-2024:

Område*	Indikator	Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
1. Styrke psyk	Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern	Antall		22923	85244	83037	



T2:2024:

1. Styrke psyk	Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern	Antall		16127	151614	150438	
----------------	---	--------	--	-------	--------	--------	--

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

Målekort HN LIS			
----------------------------------	--	--	--

T1-2024:

Område*	Indikator	Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
1. Styrke psyk	Liggedøgn innen psykisk helsevern	Antall		11855	42578	39116	

T2-2024:

1. Styrke psyk	Liggedøgn innen psykisk helsevern	Antall		6307	80264	84084	
----------------	-----------------------------------	--------	---	------	-------	-------	---

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

Døgnplasser i spesialisthelsetjenesten per helseregion er ikke oppdatert hos SSB siden 2021. Helseforetakene har ikke beskrevet noen endring i døgnkapasitet i psykisk helsevern i 2024.

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

For hovedmål 2 er det avviksrapportering på 19 av 30 mål/styringskrav/indikatorer. Det rapporteres på 21 av 30 mål/styringskrav/indikatorer.

Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

Mål:

Økt kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
De HF som rapporterer setter dette i grønt, men uten noen forklaring. Etter gjennomgang i regionalt forskningslederforum 19.9. om status på dette kravet, er det RHF's vurdering at det er gult – ikke alle HF har et bevisst forhold til å allokere ressurser (kompetanse og midler) eller søke andre om å forske fram kunnskap på feltene, samtidig som at det er høy bevissthet om behovet for personellbesparende løsninger.		

Økt antall pasienter i kliniske studier.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding
I styresak 104-2024/8 er det vist til KBS- tallene for 2023, der antallet nye pasienter inn i kliniske behandlingsstudier som foregår i vår region er har 140% økning fra 2022 til 2023. Det gjelder alle sykehusforetak i regionen.		
Etter framlegging av styresaken er det kommet bekymringer fra UNN om at det kan være innrapportert noen studier med mange pasienter, som ikke er klinisk behandlingsforskning. Det er uklart om et par større studier med et stort antall pasienter. Administrasjonen har startet gjennomgang av disse. Se også styresak 121-2024/5.		
Det er derfor uklart hva faktisk resultat for dette kravet er pr dato.		

Styringskrav:

5	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har med utgangspunkt i de seks utvalgte kvalitetsindikatorerne fra OD 2023 utviklet indikatorer hvor det er moderat/lav måloppnåelse hos sykehusene. Hvert sykehus skal følge opp minst fem ulike kvalitetsindikatorer, og Helse Nord RHF ber helseforetakene iverksette tiltak for å forbedre måloppnåelsen, samt gi Helse Nord RHF tilbakemelding om forbedringsarbeidet i henhold til vedlagte rapporteringsmal.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Tertialrapporter og Årlig melding
Se målekort HN LIS			
Status for de utvalgte kvalitetsindikatorerne er risikovurdert i helseforetakene. Finnmarkssykehuset vurderer fortsatt total risiko til å være på rødt nivå, mens de øvrige vurderer risikoen til gult nivå. Det er iverksatt ulike tiltak for å forbedre resultatet, og på flere av indikatorerne er nå måloppnåelsen bedre. For noen av indikatorerne er antall pasienter svært lavt, noe som kan gi store prosentvise utslag i resultatet. Noen indikatorer oppdateres sjelden, og det er derfor vanskelig å følge utviklingen over kortere perioder enn årlig.			

6	<i>Basert på felles regionale kriterier skal helseforetakene etablere monitorering av fødetilbudet. Dette for å gi løpende informasjon om at forutsetningene for et forsvarlig fødetilbud er oppfylt.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Ingen rapportering fra foretakene</i>
Fagmiljøet har kommet til enighet om utvalgte felles kvalitetsindikatorer som skal monitoreres av fødeavdelingene i Helse Nord. Det jobbes med å få opp en digital presentasjon av utvalgte indikatorer i ledelsesinformasjonssystemet i Helse Nord. Kvalitetsindikatorene skal også suppleres med en kvalitativ vurdering av driften. Det er etablert workshops for ledere på fødeavdeling der saken følges opp.			
8	<i>Finnmarkssykehuset skal tilby, eventuelt i samarbeid med UNN, barn og særlig sårbare voksne som avhøres ved Statens barnehus i Finnmark medisinske undersøkelser i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige råd. Det vises til at Justis- og beredskapsdepartementet har besluttet å etablere Statens barnehus i Alta og Karasjok.</i>	FIN, UNN	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
Dette er etablert gjennom et samarbeid mellom barneleger ved UNN og pleiepersonell ved Finnmarkssykehuset.			
9	<i>Intensivkapasiteten (ordinær kapasitet og beredskapskapasitet) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.</i>	NLSH, UNN	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p>Hverken UNN eller Nordlandssykehuset har økt intensivkapasiteten per i dag.</p> <p>UNN gjennomgår prosedyrene for full intensiv og har utsatt krav om økt kapasitet til etter evaluering av driften ved intensivavdelingene som pågår nå. Det er innført oppgaveglidning med bruk av 30 % sykepleier uten videreutdanning, men tilgangen til kompetanse er fortsatt begrenset.</p> <p>Nordlandssykehuset vurderer at dagens kapasitet er tilstrekkelig ved vanlig drift.</p> <p>Nordlandssykehuset kan ikke se at det er mulig å øke antall plasser innenfor eksisterende rammer.</p>			
10	<p><i>Ansvar for Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) er lagt til Helse Nord RHF. UNN HF skal ivareta administrative vertskapsoppgaver for enheten innenfor oppdrag gitt i brev til UNN HF 4. februar 2016 samt påse at enheten rapporterer om sin virksomhet i årlig melding.</i></p> <p><i>Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) skal bidra til en kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet gjennom forskning og forskningsbasert formidling.</i></p> <p><i>Senteret skal ivareta forskning og kunnskapsformidling, ut fra nasjonale kunnskapsbehov både i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og i skjæringsflaten mellom tjenestene. Senteret skal ha fokus på forskningsproduksjon og økt ekstern finansiering av forskning. Den nasjonale styringsgruppen for senteret skal virke i henhold til styringsgruppens mandat.</i></p>	UNN	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>

UNN ivaretar vertskapsoppgavene som beskrevet, og NSE ivaretar sitt oppdrag med forskning og forskningsbasert formidling. Senteret rigger seg for enda mer ekstern finansiering av forskning, og forskningsproduksjon. Styringsgruppen fungerer etter mandatet (sist oppdatert i 2019). Mandatet er nå under revidering i regi av HN RHF, i en planlagt prosess som vil avsluttes ved årsskiftet.

Indikatorer:

<i>Indikator</i>	<i>Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2024, skal for regionen samlet sett, økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er en forventning om at UNN og NLSH har større økning enn øvrige helseforetak.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
------------------	--	-----------------------------	--

Målet er ikke nådd, da antall studier i regionen er omtrent det samme i 2023 som i 2022. Se styresak 104-2024/8. Flere HF beskriver mange studier, uten av det er presisert om det er behandlingsforskning og om studiene rekrutterer nye pasienter i 2024, og regner på egen økning klinikkvis osv. Det er de nasjonale tallene ut fra kriteriene for hva som telles, som vi inngår i beregningen av om målet er nådd - og disse er gjennomgått i nevnte styresak. Ut fra de nasjonale tallene 2022-2023 øker ikke UNN og NLSH mer enn øvrige - men tallene for 2024 kommer først sommeren 2025.

<i>Indikator</i>	<i>Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	---	-----------------------------	--

Helseforetakene i nord hadde lavt forbruk i 2019 og er ikke på samme lave nivå i år, men har lavere forbruk enn foregående år- usikkert om de kan oppnå forbruk på 2019-nivå.

<i>Indikator</i>	<i>Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov).</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	---	-----------------------------	--

Intensivkapasitet ikke er økt.

Bemanning, ledelse og organisasjon

Styringskrav:

<i>13</i>	<i>Helseforetakene skal tilstrebe minimum 6 mnd. planleggingshorisont i arbeidstidsplanleggingen.</i>	<i>Alle</i>	<i>Skal risikovurderes innen 01.03.2024</i>
			<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>

Tydelig fokus og satsingsområde i alle foretak, med konkrete fokusområder og tiltak med felles fokus på Kalenderplan, rett bruk av GAT og regionalt prosjekt GODT-planlagt. For måloppnåelse jobber UNN aktivt gjennom etablert ressursstyringsteam og arbeidsplanutvalg. NLSH har særlig fokus på enkelte områder og yrkesgrupper. HSYK og FIN har jobber aktivt med bedre bruk GAT som planleggingsverktøy, kalenderplan og årsturnus.

Foretakene rapporterer alle om særlige utfordringer knyttet til rekrutteringsutfordringer og vakanser, spesielt knyttet til legegruppen.

Kravet innfris ikke 1. januar 2024, men foretakene viser til gode lokale initiativ og fremdrift på området som forventes videreført i 2025.

14	Helseforetakene skal øke innsatsen på Bransjeprogram IA i sykehus.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

Helseforetakene har styrket innsatsen, og vil fortsette å gjøre dette i 2025. Fokus på opplæring av prosessveiledere, tilsetning av IA rådgivere og gjennomføring av partsduk².

15	Helseforetakene skal i løpet av 2024 påse at det eksisterer rutiner og tilpasset opplæring i arbeidet med å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering av ansatte.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	------	---

I FIN og UNN vil målet bli oppfylt. I NLSH og HSYK er det opplæring, men de ligger ikke an til å få på plass rutiner i løpet av 2024.

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

Det er forventet at alle foretak (SANO er ikke omfattet) har innført teknologistøttet løsning for onboarding innen utgangen av 2024. Det er videre forventet at foretakene har fått testet ut ved pilot innen T1-25. Teknologistøttet løsning for offboarding er inkludert i prosjektet, og vil bli innført innen T2-25.

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

Vurderingen fra UNN, FIN og HSYK er at målet vil bli nådd. NLSH vil ikke nå målet. Dette skyldes at Nord universitet ikke har opptak til disse utdanningene i 2024. Neste opptak er høsten 2025.

21	Helseforetakene skal iverksette sine planer for å øke antall helsefagarbeiderlæringer, og rapportere på tiltak som er iverksatt og resultater i årlig melding. I tillegg skal andel årsverk for helsefagarbeidere økes til minimum 5 prosent av totalt antall årsverk.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
----	--	----------------------	---

Helseforetakene iverksetter sine planer for å øke antall helsefaglæringer, men resultatet er usikkert. NLSH hadde som mål å ansette 18 nye helsefagarbeiderlæringer i 2024, men per august 2024 har de kun ansatt 12. Dette skyldes lave søkerantall, på tross av 2. gangs utlysning og aktiv promotering gjennom yrkesdager, yrkesmesser osv. Til tross for dette er nå andel Helsefagarbeidere ved Nordlandssykehuset over 5 % per T2.





I foretaksgruppen samlet er andel Helsefagarbeidere 3,6 % per T2 og har vært stabilt over år. Andelen går ned ved UNN (3 %) og opp ved Nordlandssykehuset (5,2 %), Helgelandssykehuset (4,6 %) og Finnmarkssykehuset (3,2 %).

² Partsduk er et prosessverktøy for ledelse, vernetjeneste og tillitsvalgte som skal fremme samarbeid og gjøre partene trygge i prosessen

Det er usannsynlig at helseforetakene når 5 %-målet innen fristen. Foretakene jobber aktivt med ny oppgavedeling, som på sikt vil bidra til å øke antall helsefagarbeidere. Nye oppgaver kan også gjøre helsefagarbeiderstillinger mer attraktivt, og bidra til økt rekruttering. Innføring av jobbgaranti for helsefaglæringer er også viktig i så måte.

23	Helseforetakene skal tertialvis rapportere på tiltak og tiltakseffekt for å redusere omfanget av innleie fra byrå.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Omfanget av innleie fra byrå er redusert i alle sykehus per T2.			
Foretakene har etablert følgende tiltak som har bidratt til denne effekten; krav til godkjenning av klinikksjef før innleie fra byrå, innleie kun av kritisk personell, økt rekrutteringsinnsats, stabiliseringsordninger, sengetall-/bemanningsjustering, oppgavedeling og reduksjon av pleiefaktor.			

Indikatorer:

Indikator	Foretakene skal, med utgangspunkt i nivå i 2023, redusere sykefraværet med minimum 5 prosent årlig, inntil styringsmålet om maksimalt 7,5 prosent sykefravær er nådd. Foretakene skal, med utgangspunkt i nivå i 2023, redusere sykefraværet med minimum 5 prosent årlig, inntil styringsmålet om maksimalt 7,5 prosent sykefravær er nådd.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024				
Målekort HN LIS			Tertialrapporter og Årlig melding				
T1-2024:							
Område*	▲ Indikator	▲ Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
4. HN	Sykefravær	%-andel		8,6 %	9,4 %	9,9 %	
T2-2024:							
4. HN	Sykefravær	%-andel		9,3 %	9,4 %	9,7 %	

Indikator	Bransjeprogram IA: Ved UNN og Nordlandssykehuset skal minimum 30 prosent av enhetene være i gang med partsarbeidet knyttet til tiltaksområdene «Tidlig og tett på» og/eller «Sammen om forbedring» i løpet av 2024. Ved øvrige foretak er kravet 10 prosent. Alle helseforetak skal øke antall enheter hvor «Der skoen trykker» benyttes.	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Se tekst krav 14.			

Indikator	Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Utgangspunktet for økningen er som følger: UNN 90, Nordlandssykehuset 48, Helgelandssykehuset 18 og Finnmarkssykehuset 18 stillinger.			
Se tekst krav 19.			

<i>Indikator</i>	<i>Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus skal økes sammenlignet med 2023. Andel helsefagarbeidere: minimum 5 prosent av totalt antall årsverk.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
Se tekst krav 21.			

Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

For hovedmål 3 er det avviksrapporing på 11 av 14 mål/styringskrav/indikatorer. Det rapporteres på 11 av 14 mål/styringskrav/indikatorer.

Mål:

<i>Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapporing)
Det er etablert workshops for ledere på fødeavdelingene der mulighetsrommet for samarbeid om jordmørkompetanse utforskes med mål om å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner. Samhandlingssjefer i foretakene er også koblet på denne målsetningen. RHF-et har sekretariatsfunksjon og har initiert til dette arbeidet.		

<i>Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelig og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, skal oppleve sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapporing)
Det er etablert møteforum for samhandlingssjefer i HFene der RHF har sekretariatsfunksjon. I tillegg er det etablert et møteforum med samhandlingsledere i Nord bestående av alle samhandlingssjefene og alle interkommunale samhandlingsledere i regionen (sekretariatene i helsefelleskapene), med RHFet og KS som observatører. I forbindelse med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet til Helse Nord, på til sammen 130 millioner legges det vekt på at midlene skal gå til prioriterte grupper. 40 millioner er overført til helsefelleskapene for prioritering. En søknadsbasert ordning for resterende midler er under utarbeiding. Av nye tiltak er oppstart av koordineringsmottak ved UNN, en adresse for henvendelser samt systematikk i saksbehandling og dokumentasjon. En annen viktig tjenesteinnovasjon for pasienter med alvorlige psykiske lidelser er opprettelse av digitale FACT-team i Finnmark.		

Styringskrav:

24	<i>Helseforetakene må senest i løpet av 2. kvartal 2024, delta i pilot for vedtatt revisjonspraksis. Deltakelse i piloten skal sikre tilstrekkelig volum slik at Pasientreiser HF i løpet av 2024 kan vurdere risiko for økt antall telefoner når mer av bestillingsansvaret overføres fra behandler. Hensikten er å fremskaffe pålitelig informasjon slik at helseforetakene i samarbeid med HN RHF, kan sørge for riktig dimensjonering av kapasitet ved pasientreisekontorene i forkant av nasjonal implementering primo 2025.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapporing)
Pasientreiser i Nordlandssykehuset startet pilot for ny revisjonspraksis i februar, og de tre andre foretakene har startet i løpet av sommeren.			
Omfanget er lavt per andre tertial, og det er noe usikkerhet knyttet til å få tilstrekkelig volum i piloten grunnet utfordringer med EPJ-systemleverandører i primærhelsetjenesten. Pasientreiser HF jobber med å løse de tekniske og foretakene i Helse Nord er dedikert til rask ekspansjon i løpet av høsten, når dette er på plass. I mellomtiden utvides med flere pilot-avdelinger i sykehusene.			



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

Tre av fire helseforetak i Nord vurderer organisatorisk plassering av KE som hensiktsmessig. De fleste er tilknyttet enheter/avdelinger som jobber med samhandling. Alle KE deltar i pasientforløpsarbeid, tjenesteutviklingsprosesser og oppfølging av enkeltsaker. De har et overordnet ansvar for IP og koordinator. Omfang og form mht oppfølging varierer mellom HFene. Alle HF har nettside, adresse og oversikt over KE i kommunene. Det rapporteres at kapasitet i KE er preget av ressursknapphet. Mandat for Regional koordinerende enhet (RKE) er under revisjon.

Indikatorer:

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

T1-2024:

Område*	Indikator	Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
3. Rask tilgang	Pakkeforløp kreft - andel innenfor standard forløpstid	%-andel		57.2 %	59.2 %	58.7 %	

T2-2024:

3. Rask tilgang	Pakkeforløp kreft - andel innenfor standard forløpstid	%-andel		61.3 %	59.9 %	57.3 %	
-----------------	--	---------	---	--------	--------	--------	---

Helseforetakene har per andre tertial ikke oppnådd styringsmålet om andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid på minst 70 pst. for hver av de 24 kreftformene.

Hittil i år er andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid 58,9 pst. for Helse Nord, noe som er en marginal forbedring fra samme periode i 2023. Status og tiltak for pakkeforløpene er tema i fagsjefmøter og oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

I Helse Nord er flaskehalsen innen både diagnostikk og kirurgi hovedfaktorene til manglende måloppnåelse. Driftsrapport for pakkeforløp viser imidlertid at det er små brudd, og dermed små justeringer som skal til for å holde frist.

Utredning har vært utfordrende pga. personellmangel innen radiologi og lang ventetid på MR og PET-CT undersøkelser. Årsaker til forsinkelser i kirurgisk behandling er i hovedsak lav operasjonsstuekapasitet. Helseforetakene jobber aktivt med å få ned tidsbruken tidlig i forløpet (poliklinisk vurdering, klinisk beslutning) slik at dette ikke går ut over samlet forløpstid.

Indikator	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Skal risikovurderes innen 01.03.2024
Målekort HN LIS			

	<i>gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.</i>		<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
--	---	--	--

T1-2024:

Område*	▲ Indikator	▲ Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - Alle fagområder	Dager		71.4	72.0	69.0	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - BUP	Dager		60.9	60.2	58.0	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - SOM	Dager		71.6	72.4	69.5	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - TSB	Dager		49.9	44.7	61.0	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - VOP	Dager		75.4	74.0	65.8	

T2-2024:

3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - Alle fagområder	Dager		77.9	70.7	69.5	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - BUP	Dager		75.6	60.7	62.9	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - SOM	Dager		78.0	71.1	69.9	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - TSB	Dager		46.3	44.9	49.6	
3. Rask tilgang	Gj.snittlig ventetid avviklede - VOP	Dager		81.1	71.8	67.9	

Gjennomsnittlig ventetid er redusert i både psykisk helsevern for barn og unge og TSB.

Psykisk helsevern for voksne har redusert ventetiden sammenlignet med 1. tertial, men ventetiden er likevel lengre enn på samme periode i fjor.

Ingen fagområder når ventetidsmålene.

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

T1-2024:

Område*	▲ Indikator	▲ Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Alle fagområder	%-andel		83.0 %	83.2 %	82.9 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Psykisk helse og rus	%-andel		86.4 %	87.0 %	84.0 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Somatikk	%-andel		82.7 %	82.8 %	82.7 %	

T2-2024:

3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Alle fagområder	%-andel		82.9 %	82.9 %	81.9 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Psykisk helse og rus	%-andel		88.2 %	87.2 %	84.5 %	
3. Rask tilgang	Overholdelse av pasientavtaler - Somatikk	%-andel		82.4 %	82.5 %	81.6 %	





Psykisk helsevern, TSB og somatikk når ikke målet om å overholde minst 90 % av pasientavtalene. Sykehusene har iverksatt en rekke tiltak for å øke måloppnåelsen.

<i>Indikator</i>	<i>Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<i>Målekort HN LIS</i>			

T1-2024:

Område*	▲ Indikator	▲ Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Alle fagområder	%-andel		14.6 %	15.1 %	14.5 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Psykisk helse og rus	%-andel		18.6 %	20.1 %	21.3 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Somatikk	%-andel		12.9 %	13.0 %	11.6 %	

T2-2024:

3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Alle fagområder	%-andel		15.6 %	15.3 %	14.8 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Psykisk helse og rus	%-andel		21.2 %	20.3 %	21.8 %	
3. Rask tilgang	Andel telefon- og videokonsultasjoner - Somatikk	%-andel		13.4 %	13.3 %	11.9 %	







Andelen som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner har ikke økt for psykisk helsevern og TSB. Samtidig har fagområdene en høyere andel digitale konsultasjoner enn gjennomsnittet for alle fagområder. For somatikk viser andelen en svak økning.

<i>Indikator</i>	<i>Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	---	-----------------------------	--

Hesledirektoratet har så langt ikke publisert resultater for 2024.

<i>Indikator</i>	<i>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning innen somatikk, psykisk helsevern for voksne og TSB</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
<i>Målekort HNLIS</i>			

T1-2024:

Område*	Indikator	Type	Måloppnåelse	Denne perioden	Hittil i år	Hittil i fjor	Trend
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Alle fagområder	%-andel		66.0 %	66.2 %	66.1 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Psykisk helse og rus	%-andel		57.9 %	55.7 %	51.2 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Somatikk	%-andel		66.7 %	67.1 %	67.4 %	

T2-2024:

3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Alle fagområder	%-andel		70.2 %	67.5 %	67.1 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Psykisk helse og rus	%-andel		60.8 %	56.7 %	51.7 %	
3. Rask tilgang	Epikrise 1 dag - Somatikk	%-andel		71.0 %	68.5 %	68.5 %	

Tema er fulgt opp i dialog med helseforetakene og det er noe bedring i måloppnåelse i T2 sammenliknet med T1. Helse Nord vil fortsette å følge opp foretak og fagområder med lav måloppnåelse.

<i>Indikator</i>	<i>Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)</i>
------------------	--	-----------------------------	--

Indikatoren fremgår av Oppdragsdokument 2024 fra HOD, men er foreløpig ikke etablert.

Øvrige krav og rammer for 2024

For øvrige krav og rammer er det avviksrapportering på 9 av 11 mål /styringskrav/indikatorer.

Det rapporteres på 10 av 11 mål/styringskrav/indikatorer.

Sikkerhet og beredskap

Styringskrav:

28	<i>Helseforetakene skal forberede seg på enda større hendelser, og skal utarbeide planer for reduksjon og bortfall av kritisk infrastruktur på inntil 7 dager. Med kritisk infrastruktur menes elektronisk kommunikasjon (EKOM) og forsyning av strøm, vann, drivstoff og mat.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Helseforetakene skal innarbeide de beskrevne områdene i eksisterende planverk slik at de er forberedt på slike konsekvenser.			
29	<i>Helseforetakene skal planlegge for scenarioer som har store samfunnsmessige konsekvenser. Dette inkluderer planer for relokalisering av større deler av tjenesten ved behov.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
Helseforetakene skal innarbeide de beskrevne områdene i eksisterende planverk slik at de er forberedt på slike konsekvenser.			
30	<i>Helseforetakene skal videreutvikle tiltak for beskyttelse mot ondsinnede dataangrep og trusler mot kritisk infrastruktur i tråd med trusselbildet og basert på gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser.</i>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Helseforetakene har utarbeidet lokal handlingsplan. Regional handlingsplan er revidert, og behandlet av styret i Helse Nord RHF (styresak 116-2024). Flere av tiltakene er omfattende og vil ta tid å utbedre. HN IKT rapporterer om at arbeid med målbilde sikkerhet i en slutføringsfase, og forventes ferdigstilt i løpet av inneværende år. Målbildet vil gi en retning og en overordnet gap analyse i forhold til kapabiliteter som styrkes eller etableres. Flere prioriterte sikkerhetstiltak er pågående i ulike prosjektinitiativer, men det er foreløpig ikke hentet ut tilstrekkelig effekt fra disse. På prioritetslisten står blant annet arbeid med reduksjon av teknisk gjeld, fornying av internettvask, herding av linux servere, innføring av endepunksbeskyttelse og forbedret sårbarhetsskanning.</p> <p>Riksrevisjonen oppfølging av dokument 3:2, har i løpet av perioden avdekket flere forbedringsområder innenfor sikkerhetsarbeidet. Selv om det avdekkes flere betydelige utnyttbare svakheter, viser sikkerhetsrapportering at det er samsvar mellom avdekkede avvik og kjente utfordringsområder. Tekniske sårbarhetsskanninger viser en svak positiv utvikling i antall kritiske sårbarheter i regionen. En nedgang fra 1,3 % total andel enheter med kritiske sårbarheter ved utgangen av 1. tertial til 1,0 % ved utgangen av 2. tertial.</p> <p>Arbeid med ytterligere fokus på håndtering av tekniske sårbarheter er noe etter oppsatt plan, men det pågår initiativ rundt dette. Det er forbedringer på flere områder, men det gjenstår fremdeles arbeid med å hente ut effekt av etablerte sikkerhetskapabiliteter og styrke motstandsdyktigheten.</p>			

31	Helseforetakene skal bidra i arbeidet med nasjonal verdikartlegging knyttet til grunnleggende nasjonale funksjoner iht. sikkerhetsloven.	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
Følges opp i egen prosess mot Helse- og omsorgsdepartementet.			

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

Informasjonssikkerhet og personvern

Styringskrav:

33	Innen 31. august 2024 styrebehandle status og rapportere på korrigerende tiltak fra arbeidet med informasjons-sikkerhet. Status skal som minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter, • presentasjon av spesialisthelsetjenesten trusselbilde (utarbeidet av HN IKT), • resultater fra gj.f risikovurderinger, penetrasjonstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner, • oppsummering fra tertialvis avvikrapportering, • presentere modenhetsvurdering av NSM grunnprinsipper • beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp 	Alle	Innen 31. august 2024
HFene rapporterer om at dette er styrebehandlet i eget styre.			

Videre utvikling av innkjøpsområdet

Styringskrav:

36	Følge opp innkjøpsområdet spesielt i arbeidet med å sikre økonomisk bærekraft.	Alle	Årlig melding (tertialvis avvikrapportering)
<p>FIN, NLSH og HSYK, HN IKT: OK. SANO: Ikke kommentert. UNN: Endret status fra rød i 1T til grønn i 2T HN IKT: Kommenterer etterlevelse klima/miljø/samfunnsansvar, og at det mangler rutiner for å håndtere regionalisering av "Nye tjenester".</p> <p>Økende grad av samarbeid mellom innkjøp, økonomi og helsefag legger til rette for mer systematisk oppfølging av området på flere indikatorer. Arbeidet har god fremdrift. Det blir arbeidet videre med samspeillet HN IKT/HF mht "Nye tjenester"</p>			

37	<p><i>Allokere nødvendige kliniske ressurser til å ivareta faglige krav i forbindelse med anskaffelser og sortimentsavklaringer innen rammen av styringsmodellen.</i></p> <p><i>Delta i arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser slik at kategoristyringen er gjennomførbar. Arbeidet skal ledes av Helse Nord RHF. Delta i utvikling av nødvendige endringer og aktivt følge opp at disse gjennomføres, slik at sortimentsstyring gjennomføres i tråd med omforent plan.</i></p>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<ul style="list-style-type: none"> • FIN: Gul status – Fagråd blir etablert når ny med. fagsjef er ansatt. Innkjøp vil ivareta koordinerende rolle. Essensielt at fagmiljø engasjerer seg i større grad • UNN: Har endret fra grønn status 1T til gul status. Usikker på om målet nås. • NLSH: Har iverksatt interne prosesser for å styrke området. Innledet tett samarbeid med flere klinikker med definerte produktområder. Identifisert behov for tydeligere rollebeskrivelser og mandat internt. • HSYK: Melder tilbake at de deltar aktivt i alle fora. <p>Arbeidet har god fremdrift, alle foretak arbeider mot samme mål. Oppmerksomhet og forståelse av samarbeidet med kliniske ressurser er kommet langt. Arbeider nå med å synliggjøre rollekartet på tvers av helseforetakene.</p>			

Investeringer i store bygg og prosjektstyring

Styringskrav:

38	<p><i>Helseforetakene skal følge opp at langsiktige investeringsplaner tar høyde for forventet utvikling i arealbehov, herunder at andre forutsetninger i arealprognosene følges opp.</i></p>	Alle	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Håndteres som en del av rullering av økonomisk langtidsplan.</p>			

Oppfølging av revisjoner og tilsyn

Styringskrav:

40	<p><i>Helseforetakene skal systematisk minst årlig gjennomgå og vurdere styringssystemet for prehospital tjeneste inkludert luftambulanssevirkomheten, på grunnlag av tilgjengelig statistikk og annen informasjon fra tjenesten. Dette skal sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten jfr. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</i></p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding (tertialvis avviksrapportering)
<p>Alle helseforetakene deltar i "Kvalitetsutvalget for AMK, MKA og FKS", hvor virksomhetsdata og tjenestene knyttet til luftambulansetjenesten og prehospitaltjenester evalueres under ledelse av Helse Nord RHF, jfr. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>UNN: Melder GUL, usikker om målet blir nådd innen fristen. FIN: Melder GRØNN, sannsynlig at fristen blir nådd. NLSH: Ikke mottatt status. HSYK: Melder at virksomhetsdata i programvaren for prehospitaltjenester gir for dårlig oversikt over prehospital responstid.</p>			

Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet

Det rapporteres på 4 av 4 mål/styringskrav/indikatorer.

Økonomiske krav og rammer

Styringskrav:

43	Helseforetaket skal identifisere konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.	Alle	Skal risikovurderes innen 01.03.2024 Virksomhetsrapport og tertialrapport
----	--	------	--

Risikovurdering i styresak 69-2024.

Mål	Risikovurdering - HN RHF	Risikovurdering - FIN HF	Risikovurdering - UNN HF	Risikovurdering - NLSH HF	Risikovurdering - HSYK	Risikovurdering - SANO	Risikovurdering - HN IKT	Helhetlig vurdering - ETTER VURDERING FRA HF
Oppnå økonomisk resultatkrav	Grønn	Red	Gul	Red	Red	Grønn	Gul	Red

Risikovurdering pr T2-2024:

Mål	Risikovurdering - HN RHF T2	Risikovurdering - FIN T2	Risikovurdering - UNN T2	Risikovurdering - NLSH T2	Risikovurdering - HSYK T2	Risikovurdering - SANO T2	Risikovurdering - HN IKT T2	Helhetlig vurdering - T2
Oppnå økonomisk resultatkrav	Grønn	Red	Red	Red	Red	Grønn	Gul	Red

Resultat hittil i år er et underskudd på ca. 314 mill. kr. Dette tilsvarer et negativt budsjettavvik pr. august på ca. 520 mill. kr. Forventet underskudd for 2024 er ca. 350-400 mill. kr. og et negativt budsjettavvik på ca. 650-700 mill. kr.

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

Risikovurdering fra styresak 69-2024.

Mål	Risikovurdering - HN RHF	Risikovurdering - FIN HF	Risikovurdering - UNN HF	Risikovurdering - NLSH HF	Risikovurdering - HSYK	Risikovurdering - SANO	Risikovurdering - HN IKT	Helhetlig vurdering - ETTER VURDERING FRA HF
Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Grønn	Red	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Red

Risikovurdering pr T2-2024:

Mål	Risikovurdering - HN RHF T2	Risikovurdering - FIN T2	Risikovurdering - UNN T2	Risikovurdering - NLSH T2	Risikovurdering - HSYK T2	Risikovurdering - SANO T2	Risikovurdering - HN IKT T2	Helhetlig vurdering - T2
Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Grønn	Red	Red	Gul	gul	Grønn	Grønn	Red

Tiltak gjennomføres, men har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Helseforetakene har pr. august kun realisert 193 mill. kr. av den planlagte tiltakseffekten på 493 mill. kr. for samme periode. Etter vår vurdering er det kun NLSH som har noe bedre tiltaksgjennomføring enn de øvrige sykehusforetakene.

45	<i>Helse Nord RHF vil i løpet av 2024 starte arbeidet med å endre helseforetakets finansieringsmodell. Dette vil gjennomføres i to trinn. I 2024 (første trinn) omgjøres deler av kostnadsbasen til rammefinansiering, og disse kostnadene skal trekkes ut av grunnlaget som faktureres til de øvrige helseforetakene. HN IKT skal bidra i arbeidet med å utvide modellen med rammefinansiering i løpet av 2024.</i>	<i>HNIKT</i>	<i>Ingen rapportering fra foretakene</i>
Arbeidet pågår, det er god dialog med HN IKT. Forslag legges frem i forbindelse med budsjett-saken i oktober.			

Status

Prosjektet er nå i konseptfasen og forventer å ferdigstille denne 15. oktober 2024. Under forutsetning at Beslutningspunkt 2 (BP2) godkjennes vil prosjektet da umiddelbart gå over i planfasen, og målsettingen er å ferdigstille denne innen 01. desember 2024.

Gjennomføringsfasen starter umiddelbart etter det, men det er viktig å påpeke at det allerede er igangsatt kartleggingsaktiviteter, spesielt i UNN men også i de andre foretakene. Disse går parallelt og vil bli strukturert og samordnet gjennom planfasen.

Økonomi

Prosjektets totale ramme er satt til 85 MNOK. Dette inneholder nødvendige MTU investeringer. Kostnader relatert til ressursbruk skal som hovedsak dekkes av foretakene selv, med mindre annet avtales med prosjekteier. HN IKTs deltakelse finansieres av tildelte midler.

	PROGNOSE 2024	PROGNOSE 2025
Interne konsulenter	558 225	979 160
Eksterne konsulenter	907 890	1 466 775
Reise og opphold	75 000	90 000
Hardware		
Software		
Annet		
SUM	kr 1 541 115	kr 2 535 935
AKKUMULERT	1 541 115	4 077 050

I tillegg har UNN to årsverk til kartleggingsarbeidet, og Helse Nord RHF har ett årsverk til dette.

Investeringer knyttet til utstyrsanskaffelser nødvendig etter kartleggingen vil ikke synliggjøres før i gjennomføringsfasen.

Pr T2 er det kun timekostnader fra etter sommerferien som har påløpt.

Risikovurdering pr 2. tertial

Styresak 69/2024 Vurdering av risiko i Helse Nord

4. Styret ber om å få status for risikoreduserende tiltak i tertialrapport 2-2024.

I tråd med retningslinjer for risikostyring samt krav i kapittel 8 i styringskrav og rammer til helseforetakene 2024, ble styret i mai (styresak 69-2024) orientert om risiko for

1. **Manglende måloppnåelse på utvalgte styringskrav i 2024³.**
2. **Fem områder i Helse Nord med høyest risiko i et 1-4 års perspektiv.**

Til T2-2024 har helseforetakene og Helse Nord RHF oppdatert risikovurderinger av de utvalgte styringskravene.

Helse Nord RHF har til T2 oppdatert status på risikoreduserende tiltak i ettårsperspektivet, jf styrets vedtak pkt. 4 i styresak 69-2024: *Styret ber om å få status for risikoreduserende tiltak i tertialrapport 2-2024.*⁴

Risiko og tiltak i fireårs perspektiv vil oppdateres i forbindelse med revisjon av økonomisk langtidsplan til neste år.

I arbeidet med vurdering av risiko har alle helseforetakene og Helse Nord RHF benyttet samme forenklede metode som i T1 for å vurdere risiko:

Grønn	Har god oversikt og kontroll. ingen utsikter til at risiko skal endres i negativ retning. Eksisterende tiltak ser ut til å virke som forutsatt, mindre del av virksomheten berøres
Gul	Har ikke tilstrekkelig informasjon eller oversikt. usikkerhet om eksisterende tiltak vil fungere. Skal lite til for at risiko endres
Rød	Mangler informasjon, oversikt eller ressurser. Har ingen eksisterende tiltak, tiltak virker ikke, tiltak er ikke iverksatt, liten sannsynlighet på at tiltak vil virke, store deler av virksomheten berøres

Tabell 1 viser Helse Nord RHF's helhetlige vurdering av risiko i T2 sammenlignet med T1. Se vedlegg 1 for begrunnelse for vurdering T2 samt helseforetakenes vurdering av risiko.

Helse Nord RHF vurderer på nåværende tidspunkt at kun ett av de utvalgte styringskravene er innenfor grønn risikosone (Økt andel kjøp på rammeavtale fra sykehusinnkjøp).

³ Styringskrav og rammer kapittel 8: Helseforetakene skal innen 1. mars 2024 gjennomføre risikovurdering av utvalgte mål og oppdrag, se tabell 3. Prioriterte mål for regional risikostyring. I tillegg skal helseforetakene på selvstendig grunnlag orientere Helse Nord RHF om andre viktige risikoer på kort og lang sikt ("Topp 5").

⁴ Denne rapporteringen er også en oppfølging av styrets vedtak i Styresak 15-2022, Risikovurdering av hovedmål: *Styret ber administrerende direktør følge opp tiltakene i tråd med saksfremlegg og diskusjonen i styret, og legge frem oppdatert risikovurdering som en del av tertialrapporteringen.*

Det er vurdert høy risiko for at fire av de utvalgte styringskravene ikke vil kunne innfris i løpet av 2024 (rød risikosone), og det er fortsatt usikkert om de øvrige ti vil innfris (gul risikosone).

Ett av styringskravene er vurdert med høyere risiko enn i T1 (fristbrudd) og fire andre er forbedret fra T1 (utvalgte kvalitetsindikatorer, økt andel kjøp på rammeavtale og to mål for klinisk forskning).

Risikoen i rød sone pr T2-2024 er:

- Fristbrudd
- Redusert bruk av overtid
- Oppnå økonomiske resultatkrav
- Gjennomføre tiltaksplan for omstilling

Alle disse risikoområdene er også belyst i månedlige virksomhetsrapporter.

Tabell 1 Risikovurdering utvikling fra T1-2024 til T2-2024

Område (RL1602)	Mål	Helhetlig vurdering T1 -	Helhetlig vurdering - T2
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE	Rød	Gul
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Redusere fristbrudd	Gul	Rød
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	Gul	Gul
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Andel pakkeforløp innenfor frister	Gul	Gul
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert innleie	Gul	Gul
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert overtid	Rød	Rød
Personell, utdanning og kompetanse	6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging	Gul	Gul
Helse-Miljø-Sikkerhet	Reduksjon i sykefravær	Gul	Gul
Helse-Miljø-Sikkerhet	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Gul	Gul
Sikkerhet og beredskap	Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	Gul	Gul
Økonomi	Oppnå økonomisk resultatkrav	Rød	Rød
Økonomi	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Rød	Rød
Økonomi	Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Gul	Grønn
Forskning og innovasjon	Økt antall kliniske studier	Rød	Gul
Forskning og innovasjon	Økt antall pasienter i kliniske studier	Rød	Gul

Tabell 3 i vedlegg 1 viser status på risikoreduserende tiltak i ettårsperspektivet. Det jobbes fortsatt med å få en god form og hensiktsmessig detaljeringsnivå på tiltaksrapportering til styret. Noen tiltak må vurderes nærmere mht om de vil ha effekt på målet.

Vedlegg 1 – Risikovurdering og tiltak

Tabell 1 Helse Nord RHF helhetlig risikovurdering pr T2-2024

Område (RL1602)	Mål	Helhetlig vurdering - T2	Begrunnelse for helhetlig risikovurdering (se forklaring linje 3-5)2
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE	Gul	Positiv utvikling, flere områder med status grønn - men fortsatt behov for tiltak. Jobbes godt i mange HF. Risiko endres fra rød til gul fordi eksisterende tiltak ser ut til å virke. Flere av indikatorene viser at måltall er innfridd eller forbedret. Det er likevel noen av indikatorene som sannsynligvis ikke vil bli innfridd i år, men sannsynligvis på lengre sikt.
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Redusere fristbrudd	Rød	Mange tiltak iverksatt, svak positiv utvikling på noen områder, mye fokus på ventetidsløftet. De to største foretakene vurderer risiko i rød sone og RHFet deler denne vurderingen.
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	Gul	Mange tiltak iverksatt, svak positiv utvikling på noen områder, mye fokus på ventetidsløftet - samme tiltak som fristbrudd
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Andel pakkeforløp innenfor frister	Gul	Ingen endring siden T1
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert innleie	Gul	Innleie redusert i alle sykehus, men er fortsatt høyt på utvalgte områder som krever økt innsats. Rekrutteringskrevende fagområder fordrer bruk av innleie for å få gjennomført nødvendig pasientbehandling. Risiko er redusert, men settes til gult fordi det er usikkert om målet nås.
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert overtid	Rød	Til tross for tiltak regionalt og lokalt så har det ikke lyktes å få til en varig reduksjon av overtid. Overtidsbruken har nå økt igjen pga vedvarende høyt sykefravær og mangel på personell. Krevende og stor arbeidsbelastning på enkelte grupper fast ansatte. Økende sykefravær på mellomledere.
Personell, utdanning og kompetanse	6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging	Gul	Jobbes godt lokalt med å få realisert løsning for langtidsplanlegging - utfordringer spesielt på områder med mangel på personell, fortsatt utfordringer på noen personellområder

Helse-Miljø-Sikkerhet	Reduksjon i sykefravær	Gul	Trenden er nedgående sammenlignet med 2023, hvor sykefraværet har gått ned ca 3 % samlet. FIN og HSYK er på kravet, NLSH positiv utvikling og UNN samme nivå som 2023.
Helse-Miljø-Sikkerhet	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Gul	Mangler oversikt over omfang, og hvordan det jobbes med forbedring- må etablere rutiner for forebygging og varsling
Sikkerhet og beredskap	Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	Gul	Har ikke tilstrekkelig informasjon eller oversikt, og det er usikkerhet om eksisterende tiltak vil fungere. Skal lite til for at risiko endres
Økonomi	Oppnå økonomisk resultatkrav	Rød	Resultat hittil i år er underskudd på ca. 314 mill. kr. Dette tilsvarer et negativt budsjettavik pr. august på ca. 520 mill. kr. Forventet underskudd 2024 er 350-400 mill. kr. og et negativt budsjettavik på 650-700 mill. kr.
Økonomi	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Rød	Tiltak gjennomføres, men har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Helseforetakene har pr. august kun realisert 193 mill. kr. av den planlagte tiltakseffekten på 493 mill. kr. for samme periode. Etter HN RHF's vurdering er det kun NLSH som har noe bedre tiltaksgjennomføring enn de øvrige sykehusforetakene.
Økonomi	Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Grønn	Andel har økt, mål på 10% er nådd. Gjelder alle HF. Flere tiltak er satt i verk, fortatt behov for forbedring og konkretisering av ytterligere forbedringsarbeid. Risiko vurdert i grønn sone.
Forskning og innovasjon	Økt antall kliniske studier	Gul	Det ligger ikke an til at vi når målet, ref. oppdaterte tall som vises til i styresak 104-2024/8 men det jobbes godt i HFene. Risiko er mellom gul og rød.
Forskning og innovasjon	Økt antall pasienter i kliniske studier	Gul	Andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er 5 prosent i 2025. Det er uklarerhet om et par større studier med et stort antall pasienter. Det er startet en gjennomgang av disse.

Tabell 2 Risikovurdering pr helseforetak T2-2024

Område (RL1602)	Mål	Risikovurdering HN RHF T2	Risikovurdering FIN T2	Risikovurdering UNN T2	Risikovurdering NLSH T2	Risikovurdering HSYK T2	Risikovurdering SANO T2	Risikovurdering HN IKT T2	Helhetlig vurdering - T2
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE	NA	Rød	Gul	Gul	gul	NA	NA	Gul
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Redusere fristbrudd	grønn	Gul	Rød	Rød	grønn	NA	NA	Rød
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	grønn	Gul	Grønn	Rød	gul	NA	NA	Gul
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Andel pakkeforløp innenfor frister	NA	Gul	Gul	Rød	gul	NA	NA	Gul
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert innleie	Grønn	Gul	Grønn	Gul	gul			Gul
Personell, utdanning og kompetanse	Redusert overtid	gul	Gul	Grønn	Gul	gul	Grønn	Gul	Rød
Personell, utdanning og kompetanse	6 måneders planleggingshorisont i arbeidsplanlegging	Grønn	Gul	Gul	Gul	gul			Gul
Helse-Miljø-Sikkerhet	Reduksjon i sykefravær	gul	Gul	Gul	Gul	gul	Gul	Gul	Gul
Helse-Miljø-Sikkerhet	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	Grønn	Gul	Grønn	Gul	gul	Grønn	Grønn	Gul

Område (RL1602)	Mål	Risikovurdering HN RHF T2	Risikovurdering FIN T2	Risikovurdering UNN T2	Risikovurdering NLSH T2	Risikovurdering HSYK T2	Risikovurdering SANO T2	Risikovurdering HN IKT T2	Helhetlig vurdering - T2
Sikkerhet og beredskap	Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	gul	Gul	Gul	Gul	gul	Gul	Gul	Gul
Økonomi	Oppnå økonomisk resultatkrav	Grønn	Rød	Rød	Rød	rød	Grønn	Gul	Rød
Økonomi	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Grønn	Rød	Rød	Gul	gul	Grønn	Grønn	Rød
Økonomi	Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	grønn	Grønn	Gul	Grønn
Forskning og innovasjon	Økt antall kliniske studier	NA	Grønn	Gul	Grønn	grønn	NA	NA	Gul
Forskning og innovasjon	Økt antall pasienter i kliniske studier	NA		Gul	Grønn	gul	NA	NA	Gul

Tabell 3 Status risikoreducerende tiltak

Mål	Tiltak	Tiltakseier	Fase	Status	Kommentar til tiltak
Utvalgte kvalitetsindikatorer - oversikt fra SKDE	Trygg akuttmedisin (STEMI og hjerneslag)	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	Oppdraget er gitt til UNN - Fagdirektør HN deltar i styringsgruppen
	Styringskrav til HFene - Oppfølging av tema i fagsjefmøter og fagråd	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	Vurderer innføring av et standard indikatorsett som skal gi uttrykk for kvalitet i tjenesten på viktige områder, og ikke isolert til de med lav måloppnåelse som i dag.
Redusere fristbrudd	Økt kjøp av private helsetjenester	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Til beslutning
	Styringskrav - Oppfølging av helseforetakene	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Tiltak for å sikre bærekraft (Funksjons- og oppgavedeling)	Helse Nord RHF, fagdirektør	Vedtatt		Helseforetakene har fått ny styringskrav i juli og august - Må vurdere om vedtatte tiltak vil redusere fristbrudd?
Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	Økt kjøp av private helsetjenester	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Til beslutning
	Styringskrav - Oppfølging av helseforetakene	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	Tema i fagsjefmøte, direktørmøte, særskilt oppfølging på ventetidsløftet
	Tiltak for å sikre bærekraft (Funksjons- og oppgavedeling)	Helse Nord RHF, fagdirektør	Vedtatt		Helseforetakene har fått nye styringskrav i juli/aug. Det må vurderes hvilke vedtatte tiltak som forventes å ha effekt på ventetid.
Andel pakkeforløp innenfor frister	Funksjons og oppgavedeling (spesielt radiologi med oppfølging av arbeidsgruppe 4)	Helse Nord RHF, fagdirektør	Vedtatt		Radiologiske tjenester er en flaskehals for pakkeforløp (forsinker gjennomføring) - samarbeidsmodell følges opp av HN RHF
	KI-radiologi	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	Regionalt prosjekt følges opp av HN RHF - forventet frigjøring av noe kapasitet - men usikkert om det vil ha vesentlig effekt på pakkeforløp ettersom største flaskehals er PET som ikke er omfattet av KI-prosjektet

	Styringskrav og oppfølging av helseforetakene inkludert fagsjefer	Helse Nord RHF, fagdirektør	I gjennomføring	iht plan	
Redusert innleie	PUK Handlingsplan	Helse Nord RHF, HR-direktør	I gjennomføring	Rapporteres i egen styresak	Styringskrav til HFene om tiltak i flere år, HFene har forpliktet seg til makspris - ordningen er innført og fungerer - følger med på kostnadsutvikling fremover, Regionale tiltak for oppgavedeling mellom yrkesgrupper (eks TØRN) (økt ett årsverk på RHF - prosjektleder TØRN) nye arbeidstidsordninger/samhandling, Innleie skal kjøpes via Clockwork - Jobber med å utvikle løsningen, Øremerka midler til rekruttering/beholde - skal fordeles til tiltak - 197 MNOK er fordelt til HF og 40 MNOK til helsefelleskapene)
Redusert overtid	PUK Handlingsplan	Helse Nord RHF, HR-direktør	I gjennomføring	Rapporteres i egen styresak	Regionale tiltak for oppgavedeling mellom yrkesgrupper (eks TØRN), Bedre oversikt/data over (kunnskap om) sammenheng mellom kvalitet/pasientsikkerhet og overtid. Krav 2025 om årlig 5 % reduksjon av omfanget basert på året før.
6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging	PUK Handlingsplan	Helse Nord RHF, HR-direktør	I gjennomføring	Rapporteres i egen styresak	GODT-planlagt, Jobbes godt lokalt med å få realisert løsning for langtidsplanlegging -
Reduksjon i sykefravær	PUK Handlingsplan	Helse Nord RHF, HR-direktør	I gjennomføring	Rapporteres i egen styresak	Regionalt nærversnettverk, IA bransjeprogram, Styringskrav til HFene om tiltak i flere år (sammen om forbedring - nærversnettverk - IA bransjeprogram)
Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	PUK Handlingsplan	Helse Nord RHF, HR-direktør	I gjennomføring	Rapporteres i egen styresak	Styringskrav i 2024: Helseforetakene skal i løpet av 2024 påse at det eksisterer rutiner og tilpasset opplæring i arbeidet med å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering av ansatte. Videreført krav til NLSH og HSYK for 2025.

Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	Helse Nord RHF skal følge opp at alle HF evaluerer hendelser og øvelser. Resultater fra evalueringer skal sammenstilles regionalt.	Helse Nord RHF, Sikkerhet og beredskapsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Utviklet regional mal for evaluering av hendelser og øvelser. Jobber med å forbedre kultur for evaluering og rapportering
	Utarbeide øvelsesplan	Helse Nord RHF, Sikkerhet og beredskapsdirektør	I gjennomføring	forsinket	Tiltaket er beskrevet i regional beredskapsplan og behandles i REBU.
	Gjennomføre tiltak i regional handlingsplan for informasjonssikkerhet	Helse Nord RHF, Sikkerhet og beredskapsdirektør	I gjennomføring	forsinket	Planen er revidert pr. sept 2024. Tiltaksgjennomføring pågår (-24--27) Vurdere økt finansiering i budsjett og ØLP
	Nasjonalt helseberedskapsråd og Ny nasjonal modell for helseberedskap	Helse Nord RHF, Sikkerhet og beredskapsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Helseberedskapsrådet er etablert - med 6 utvalg som gir faglige råd til HBR - Modellen skal utvikles videre gradvis og operasjonaliser strategier i helseberedskapsmeldingen
	Oppdrag i styringskrav og rammer 2024	Helse Nord RHF, Sikkerhet og beredskapsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Gjennomført Workshop med HF knyttet til styringskrav 28 og 29.
Oppnå økonomisk resultatkrav	Oppnevnt nye styrever	Helse Nord RHF, eierdirektør	Gjennomført	iht plan	Styrever ble oppnevnt vår 2024
	Dialog med eier om rammebetingelsene for fristbrudd (HELFO) og utskrivningsklare	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Følges opp av eierdirektør
	Ny form på oppfølgingsmøtene	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Må evalueres jevnlig
	Styresak Tiltak for å styrke sikre bærekraft (funksjons- og oppgavedeling)	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	Styrebehandlet 19.06, redusert omfang
	Pålagt sykehusforetakene ny budsjettbehandling i April	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	Tiltak gjennomføres, men har ikke hatt tilstrekkelig effekt, samme som linje 55
	Bevilgning til vedlikehold/MU og Rekruttering og stabilisering er ikke fordelt, avklaring forventet innen 25. april - vil bidra til å løse deler av utfordringen i helseforetakene	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	Bevilgning er fordelt

Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	Innføring av nasjonal styringsmodell for anskaffelser - med kategoriansvarlig	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Styrking prosjektstilling ett år RHF. Sykehusinnkjøp har foreslått økning på 6 MNOK
	Regional anskaffelse av private tjenester på områder med høye fristbruddkostnader	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Opplæring av nye styremedlemmer	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	I gjennomføring	iht plan	Gjennomført i 13. februar og 21. august
	Pålagt sykehusforetakene ny budsjettbehandling i April	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	Tiltak gjennomføres, men har ikke hatt tilstrekkelig effekt
	Styreledermøter planlagt	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	26. februar, dagen før workshop
	Workshop omstilling 27.2	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	Bruk av KI og RPA
	Ekstra midler til HFene for å kunne frikjøpe tillitsvalgte for å sikre god medvirkning i høringsarbeidet funksjons- og oppgavedeling	Helse Nord RHF, Økonomidirektør	Gjennomført	iht plan	
Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	Gi oversikt og synliggjøre faktagrunnlag i HN-LIS på bruk av avtaler	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Innføring av nasjonal styringsmodell for anskaffelser - med kategoriansvarlig	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Styrking prosjektstilling ett år RHF. Sykehusinnkjøp har foreslått økning på 6 MNOK
	Styrket forvaltningsenheten for innkjøp i Kirkenes	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	I prosess for å redusere sykefravær/forbedre ressurstilgjengelighet
	Øke ressurser til regional innkjøpsorganisasjonen	Helse Nord RHF, eierdirektør	I gjennomføring	iht plan	Overføre en stilling fra sykehusinnkjøp til RHF
Økt antall kliniske studier	Funksjons og oppgavedeling (spesielt radiologi med oppfølging av arbeidsgruppe 4)	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	Vedtatt	ikke startet	Øke kapasitet til radiologi - som kan øke antall kliniske studier
	Nasjonal handlingsplan for kliniske studier - 2025	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Nettverk for forskningsstøttepersonell	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	

	Prioriterer klinisk forskning ved tildeling av forskningsmidler	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Regionalt forskningsledernetverk	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Strategi for forskning og innovasjon - 2025	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Bruke målrettede økonomiske incentiver
	Øremerket stillinger for forskningsstøtte	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Til klinisk forskning
Økt antall pasienter i kliniske studier	Nasjonal handlingsplan for kliniske studier - 2025	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Nettverk for forskningsstøttepersonell	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	iht plan
	Ny nasjonal database med oversikt over kliniske studier (nasjonal arbeidsgruppe med deltakere fra UNN/NLSH)	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	Vedtatt		
	Prioriterer klinisk forskning ved tildeling av forskningsmidler	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Regionalt forskningsledernetverk	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	
	Samarbeid med brukerorganisasjoner	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	fagrådgiver og to brukerrepr i 50%
	Strategi for forskning og innovasjon - 2025	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Bruke målrettede økonomiske incentiver
	Utvikler digital samtykkeløsning	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	forsinket	Pilot under utvikling - noe forsinket
	Øremerket stillinger for forskningsstøtte	Helse Nord RHF, forskningsdirektør	I gjennomføring	iht plan	Til klinisk forskning

Drøftingsprotokoll

Vår ref.:
2024/1112-2

Saksbehandler:
Lisa F Carlsen

Dato:
14.10.2024

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 og AML § 8 mellom konserntillitsvalgte /konsernerneombud og Helse Nord RHF.
Møtedato:	14. Oktober 2024
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Ann-Mari Jenssen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Martin Øien Jenssen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernerneombud
Anita Mentzoni-Einarsen	HR direktør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Jann Hårek Lillevoll	rådgiver
Lisa Frønning Carlsen	rådgiver/referent

Forfall:

Navn:	
Sissel Alterskjær	UNIO

Tertialrapport T2_2024

Saken ble tatt opp til drøfting.

Protokoll:

Arbeidsgiver presenterte innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 7.oktober 2024. Tertialrapporten gir en oppdatert status pr. 2. tertial 2024 for de styringskrav og rammer som gjelder for 2024. Rapporten inneholder status på utvalgte oppdrag fra styringskravene, samt saker som styret har bedt om oppfølging på i tertialrapportene.

Det framkom i løpet av drøftingene innspill på følgende tema:

1. Om rapportering

Innspill fra KTV/KVO:

KTV/KVO stiller spørsmål om hva foretakene blir bedt om å rapportere og eventuelt ikke rapportere. Hvor stort må et avvik være før det besluttes å rapportere og hvem avgjør dette? Hva gjør Helse Nord RHF på områder som mangler måloppnåelse?

Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver gir en forklaring på at det gjøres en skjønnsmessig vurdering ut ifra kriteriene som er satt. Når det gjelder på områder som mangler måloppnåelse, følges dette opp i oppfølgingsmøter med foretakene. Styrene har også en rolle inn i dette og må følge opp på sine foretak.

2. Tiltak og innspill til rapporten

Innspill fra KTV/KVO:

KTV/KVO foreslår å skille mellom tiltakene som skal gjennomføres og settes i gang nå i forbindelse med tertialrapportering og tiltak som er en del av den ordinære driften.

Det refereres til krav 14 under indikator for bransjeprogram IA, men kravet finnes ikke i rapporten. Videre vises til krav 21 under indikator for lærlinger i helsefagarbeiderfaget. Hva er årsaken til at andelen i UNN går ned og hvordan følges dette opp av Helse Nord?

KTV/KVO er opptatt av hvordan man kan nå ut til ungdommen og framsnakking av helsefagyrket. Viktig å skape anerkjennelse for yrkene og være oppsøkende på ulike utdannings- og yrkesmesser.

I målekort for styringsindikatorer er epikrisetid fremdeles rødt på måloppnåelse. KTV bemerker at slik har det vært i lang tid og stiller spørsmål om årsak til at mål ikke nås.

Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver tar innspill om å skille tiltakene til etterretning. Når det gjelder krav 14, så har foretakene mest sannsynlig merket dette med grønt og er derfor tatt ut av rapporten. Dette skal presiseres i styresaken. Oppfølging av krav 21 om lærlinger i helsefag skjer via langsiktig arbeid og følges opp som tiltak i PUK handlingsplan og som satsning på oppgavedeling på overordnet nivå. Vi har ikke alle detaljene på hvorfor andelen i UNN går ned.

Det er iverksatt ulike tiltak for å rekruttere lærlinger og økende virksomhet er iverksatt.

Bodø, den 14. oktober 2024

Protokollen ble godkjent i etterkant av drøftingsmøtet.

Anita Mentzoni-Einarsen Hilde Rolanden
Helse Nord RHF Helse Nord RHF

Ann-Mari Jenssen Baard Einar Martinsen Kari B. Sandnes
YS Helse SAN LO Stat

Martin Øien Jenssen Jeanette Mikalsen
Akademikerne Konsernverneombud

Protokolltilførsel KTV/KVO:

Forslag til mål som inngår i regional risikostyring i 2025:

1. Punkt 1 s. 53: «Redusere vold, trusler og seksuell trakassering». KTV/KVO er sterkt kritisk til at dette punktet foreslås tatt ut av regional risikostyring. Helse Nord RHF begrunner forslaget med at datagrunnlaget er for usikkert til at utviklingen kan følges med måltall.
2. KTV/KVO mener HN RHF har et ansvar for å sikre at datagrunnlaget er godt nok og at dersom man velger å ta ut dette punktet må det erstattes midlertidig med punkter som på sikt kan sikre et godt nok datagrunnlag. Dette inkluderer for eksempel verktøy for registrering og systematisk arbeid med meldekultur.
3. KTV/KVO forventer at punktet «Redusere vold, trusler og seksuell trakassering» på sikt kan tas inn i regional risikostyring og måles på en fornuftig måte.
4. Indikator for styringsmål/hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (s. 8 av 43). Indikatoren tilsier at realveksten i kostnader innen psykisk helse og TSB skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler. Helse Nord RHF rapporterer her at realvekst PHV og TSB er om lag 5%, noe som er høyere enn realveksten i frie driftsbevilgninger for 2024.
 - KTV/KVO vil påpeke at hovedårsaken til at denne indikatoren formelt sett er nådd er at regionen har hatt økte kostnader i forbindelse med fristbrudd innen feltet. Dokumentet må tydeliggjøre at dette ikke indikerer en styrking av feltet.
 - KTV/KVO mener regjeringens prioriteringsregel om PHV/TSB ikke er nådd i henhold til intensjonen.

KTV UNIO, YS SPEKTER HELSE, AKADEMIKERNE, SAN, LO STAT OG KVO I Helse Nord RHF