

Mål/krav nr.: 1 Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2019. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen utgangen av 2021.

Fred													
				Risiko før tiltak					Risiko etter tiltak				
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gjenoprette elektiv kapasitet		Økning av elektiv virksomhet fra uke 17/2020	3	3	Middels	Adm.dir/enhet sdir.	Ytterligere økning av elektiv kapasitet	Enhetsdir.		2	1	Lav
R2	Unngå "unødvendige" kontroller		Gjennomgang av ventelister	3	3	Middels	Adm.dir/enhet sdir.	Systematisk gjennomgang av ventelister	Enhetsdir.		3	2	Lav
R3	God kvalitet på henvisningene		Samarbeid med primærleger om henvisninger	3	2	Lav	Samhandlings sjef	Retningslinje for gode henvisninger	Samhandling ssjef		2	2	Lav
R4	Dialog med fastlegene		Dialogmøter	2	2	Lav	Samhandlings sjef	Dialogfunksjon i DPT	Samhandling ssjef		1	1	Lav
R5													

Mål/krav nr.: 2 Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.

Maria/Bjorn B													
				Risiko før tiltak					Risiko etter tiltak				
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Utarbeide strategi og ha en klinisk forankring på utvikling av hjemmebehandling	Se på behandlingshjelpemidler kun som en utleveringsenhet og ikke se på mulighetene for å utvikle hjemmebehandling som et godt supplement til ordinær behandling i sykehus	Avdelingen for BHM er tilført ressurser og kompetanse for å drifte avdelingen på en god måte. Det er bygd opp betydelig kunnskap ved avdelingen de siste 3 år. Denne vil danne et godt grunnlag for å utvikle strategi og se på muligheten for økt hjemmebehandling på et overordnet klinisk nivå ved HSYK.	3	3	Middels	Fagdirektør	Sterkere involvering av medisinsk fagmiljø	Fagdirektør		1	1	Lav
R2	Ha tilstrekkelig kompetanse og ressurser for å drifte avdelingen for Behandlingshjelpemidler	Fokus kun på kostnader og ikke kompetansebehov/ressursbehov for å sikre forsvarlig og kostnadseffektiv drift.	Avdelingen for BHM er tilført ressurser og kompetanse for å drifte avdelingen på en god måte. Det har vært prioritert og fokus i foretaksledelse.	2	2	Lav	Drift og eiendom	Videre utvikling av faglig kompetanse i BHM	Drift og eiendom		2	1	Lav
R3	Samarbeid med behandlere	Ulike prosedyrer og ulike behandlingsformer, ikke tverrgående klinisk organisering	Behandlingshjelpemidler forsøker i størst mulig grad å samle fagmiljøene på tvers av sykehusenhetene på ulike fagområder. Det har vært delvis felles arena innenfor lungebehandling og insulin.	3	3	Middels	Sykehusenhet er/Fagdirektør	Sikre felles prosedyrer og korrigerer uønsket variasjon ved hjemmebehandling	Enhetsdirektør/fagdirektør		2	2	Lav
R4	Tilstrekkelig spesialistkompetanse ved HSYK	Mangler legespesialister og færre diabetessykepleier på diabetesbehandling	Behandlingshjelpemidler organisere felles opplæringsarena for insulinbehandling og utstyr.	4	3	Middels	Sykehusenhet er/Fagdirektør	Rekruttere spesialistkompetanse	Enhetsdirektør/fagdirektør		3	2	Lav
R5													

Mål/krav nr.: 3 Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.

Fred													
				Risiko før tiltak					Risiko etter tiltak				
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gjenopretting av elektiv kapasitet		Økning av elektiv virksomhet fra uke 17/2020	4	4	Høy	Adm.dir/enhet sdir.	Fokus på å innfri frister planlagt tid	Adm.dir/enhetsdir.		1	1	Lav
R2	Rydding i ventelister	Manglende rydding		4	2	Middels	Enhetsdir.	Implementering av tiltak etter plan utarbeidet av Finnmarkssykehuset	Enhetsdir.		3	2	Lav
R3	Langtidsplanlegging	Kort planleggingshorisont	Langtidsplanlegging ikke systematisk gjennomført	4	3	Middels	Enhetsdir.	Tettere oppfølging av avdelingsledere	Enhetsdir.		3	2	Lav
R4													
R5													

Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

Mål/krav nr.: 4

Sidsel

Risiko før tiltak													Risiko etter tiltak		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå		
R1	Ventetid		Ventetid er fortsatt lavere enn somatikk	3	3	Middels	Enhetsdir. PHR	Kvalitetssikre behandling av pasientene (rett pasient til rett tid på rett nivå)	Områdesjefer		2	2	Lav		
R2	Aktivitet		Aktiviteten innen phv/tsb er lavere enn inn somatikk, dette pgs av Covid-19-situasjonen. Tiltak rundt smittevern er lempe på og vil forenkle en del av pasientkontakten, noe som fører til økt aktivitet.	3	4	Høy	Enhetsdir. PHR	Endre smitteverntiltak, og gradvis overgang til en mer normalsituasjon.	Områdesjefer		3	3	Middels		
R3	Kostnader		Kostnadene er høyere enn somatikk. Etablering av egen enhet for fagområdene gir bedre kostnadsoversikt. Etablering av vaktberedskap har vært et oppdrag til Helgelandssykehuset over flere år. Dette har gitt økte kostnader, men er også en kvalitetsheving av tilbudet. Det er imidlertid en viss risiko for at kostnadene øker mer i somatikk framover.	3	3	Middels	Enhetsdir. PHR	Økt kostnadskontroll i somatikk. Økt aktivitet innen akutt PHR.	Områdesjefer		3	2	Lav		
R4															
R5															

Mål/krav nr.: 5 Ikke ha korridorpasienter.

Sigurd/Fred

Risiko før tiltak													Risiko etter tiltak		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå		
R1	Unngå for høyt sykehusforbruk		Ikke ha unødvendige innleggelses	5	3	Høy	Adm.dir/enhet sdir.	Tettere dialog med primærhelsetjenesten. Kompetanse i front i akutt mottak	Enhetsdir.		3	3	Middels		
R2	Gjenopprette sengetall for ikke-Covid-19-pasienter		Alle enhetene har etablert covid-19-post. har redusert sengekapasitet for ikke-Covid-19. SSJ	2	3	Middels	Adm.dir/enhet sdir.	Tilpassing av sengetall i covid-19 post. Gjenoppretting av senger for ikke-covid-19-pasienter	Enhetsdir.		1	1	Lav		
R3	Unngå at utskrivingsklare pasienter blir liggende		Dialog med kommunene	3	3	Middels	Samhandlings sjef	Tettere dialog med kommunene	Samhandling ssjef		2	1	Lav		
R4															
R5															

Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.

Mål/krav nr.: 6

Knut Roar

Risiko før tiltak													Risiko etter tiltak		
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå		
R1	Det er opprettet avtale med alle avtalespesialister		Har avtaler som bør fornyes i år. Antatt ferdig i juni -20	2	2	Lav	Samhandlings sjef		Samhandling ssjef		1	1	Lav		
R2															
R3															
R4															
R5															

Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.													
Mål/krav nr.: 7													
Petter													
Risiko før tiltak													
Risiko etter tiltak													
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Helse Nord IKT bidrar med skallsikring av systemer som benyttes i Helgelandssykehuset	Den viktigste beskyttelsen av Helgelandssykehusets IKT-systemer er det Helse Nord IKT som står for, dersom dette faller bort vil systemer være svært sårbare for dataangrep	Rollen som IKT-sikkerhetskoordinator i Helgelandssykehuset er i månedlige møter med HN-IKT hvor sårbarheter på utstyr og enheter blir presentert.	1	5	Middels	Adm.dir	Utarbeide plan/prosedyre for oppfølging av sårbarheter som blir kjent. Det vil også være nyttig å utnevne en kontaktperson for teknisk og medisinteknisk avdeling som følger opp sårbarheter	HN-IKT		1	4	Middels
R2	Prosjekt Helhetlig informasjonssikkerhet implementeres i HSYK		Helgelandssykehuset må kartlegge og finansierte implementering av leveransene på utstyr, systemer og programvare som benyttes i sykehuset. Helgelandssykehuset er fra mai 2020, nå også representert i styringsgruppen for HIS v/ medisinsk direktør.	2	4	Middels	Adm.dir	Etablering forvaltningsorganisasjon som står for planlegging og tilretteleggning av implementering	HN-IKT		1	3	Middels
R3	Felles Helse Nord- tiltaksplan blir utarbeidet	Det vil være vanskelig å kartlegge sårbarheter og legge planer for tiltak dersom det ikke foreligger en tiltaksplan	Det kan være hensiktsmessig å ha en tiltaksplan som er felles for helseforetakene i Helse Nord, og en som er foretaksspesifikk for Helgelandssykehuset	2	3	Middels	Adm.dir		Info.sikk. ansvarlig		2	3	Middels
R4	Egen tiltaksplan for Helgelandssykehuset	Det vil være vanskelig å kartlegge sårbarheter og legge planer for tiltak dersom det ikke foreligger en tiltaksplan		2	3	Middels	Adm.dir	Planen bør si noe om hva som skal gjøres, og innenfor hvilke tidsrom. Planen bør også inneholde avklaring av ansvar for implementering av tiltak, i tillegg til statusavklaringer for progresjon av anbefalte tiltak.	Info.sikk. ansvarlig		2	3	Middels
R5	Helgelandssykehuset legger til rette for brukere og sikre opplæring innenfor teknologiske sikkerhetstiltak og trygg bruk av systemer	Dersom det er lav kunnskap kan dette føre til større sannsynlighet for brukerfeil som potensielt fører til dataangrep	For å legge til rette for brukere er det planlagt gjennomføring av en interrevisjon som skal kartlegge kunnskap hos brukere. Dette vil hjelpe å legge til rette for tilpassede kurs eller presentasjoner som gir brukere opplæring om sikker bruk av for eksempel E-post	2	4	Middels	Adm.dir	Aktivt informasjonssarbeid mot ansatte. Holdningskampanjer, kursing og samarbeid med driftsleverandør HN IKT. Det er i tillegg plan om opprettelse av interne nyhetsbrev i Helgelandssykehuset innenfor informasjonssikkerhet og personvern som alle ansatte får muligheten til å melde seg på	Info.sikk. ansvarlig		2	4	Middels
R6	ansatte må være engasjert og interessert i å skape god kultur på informasjonssikkerhet	Manglende engasjement vil vanskeliggjøre arbeidet med å skape god sikkerhetskultur	E-læringskurs i informasjonssikkerhet ble revidert i mai 2020, og skal gjennomføres av alle ansatte	3	4	Høy	Adm.dir	Kursing, presentasjoner og deltakelse på fagdager med informasjonssikkerhet som tema. Deltakelse på avdelingsmøter med korte presentasjoner	Info.sikk. ansvarlig.		2	3	Middels
R7													

Mål/krav nr.: 8 Ved utgangen av 2020 skal andel omsetning av definerte varegrupper gjennom innkjøpssystemet ClockWork være: Varekjøp 90% og tjenestekjøp 50%

Bjørn B				Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak					
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Tilstrekkelig ressurser i avdelingene for å sikre at innkjøpssystemet benyttes for alle kjøp av varer ved avdelingene	Det avsettes ikke ressurser ved avdelingen	Ha overordnet lederfokus på bruk av innkjøpssystemet for å redusere både økonomisk og juridisk risiko ved anskaffelser og kjøp av varer og tjenester.	4	4	Høy	Sykehusenhet er	Enhetsdirektører prioriterer ressurser ved avdelingene og sikre implementering og stille krav om bruk av verktøyet for alle anskaffelser.	Enhetsdirektør		2	2	Lav
R2	Tilstrekkelig ressurser ved innkjøpsavdelingen for å bistå og tilrettelegge for bruk av innkjøpssystemet	Ikke tilstrekkelig ressurser ved innkjøpsavdelingen.	Jobber systematisk for å prioritere ressurser for å gi bistand til avdelinger som tar i bruk innkjøpssystemet.	4	3	Middels	Drift og eiendom	Helgelandssykehuset prioriterer ved rekruttering av nye ressurser ved innkjøpsavdelingen å sikre at disse er forbeholdt implementering av avtaler og Clockwork forvaltning.	Drift og eiendom		2	2	Lav
R3	Innkjøpssystemet Clockwork er oppdatert og har en moderne brukergrensesnitt med mobile løsninger.	Innkjøpssystem som ikke er intuitiv og vanskelig å selge til brukere.	Melde om behov for oppgradering av layout og brukergrensesnitt av innkjøpssystemet til systemeier Helse Nord	4	3	Middels	Helse Nord	Behovet for et brukertilpasset innkjøpssystem med mobile løsninger er medt inn til systemeier i Helse Nord. Systemeier stiller krav til leverandøren om tilpassning av verktøyet og prioriterer slike leveranser	Systemeier		2	2	Lav
R4	Tett samarbeid med ledere og fokus på å ta innkjøpssystemet i bruk ved egen avdeling	Avd. leder er ikke pådriver for å ta innkjøpssystemet i bruk for egen avdeling.	Innkjøpsavdelingen bistår med tilrettelegging ved behov.	3	3	Middels	Sykehusenhet er	Kontinuerlig dialog med avdelingsledere gjennom oppfølgingsmøter. Innkjøpsavdelingen følger opp implementeringsplan for Clockwork for å sikre fremdrift i arbeidet.	Enhetsdirektør/Drift og eiendom		2	2	Lav
R5													

Mål/krav nr.: 9 Delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser.

Bjørn B				Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak					
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Tilgjengeliggjøre tid ved HSYK for deltagelse i anskaffelsesprosesser av kliniske og andre ressurser	Kutt i ressurser ved avdelingene og prioritering av daglig drift i fm innsparringer.	Setter fokus på nødvendigheten av deltagelse i anskaffelsesprosjekt på overordnet nivå.	2	2	Lav	Drift og eiendom		Drift og eiendom		2	2	Lav
R2	Målrrettet bruk av ressursene av de kliniske ressursene i anskaffelsene.	Anskaffelsesprosjekt som er uoversiktlig og hvor det brukes for mye tid til innkjøpsfaglige spm.	Stille krav til Sykehusinnkjøp om å tilrettelegge for nøktern bruk av kliniske/faglige ressurser i anskaffelsesprosessene	3	3	Middels	Sykehusinnkjøp	Gjennom evaluering av anskaffelsesprosessene med Sykehusinnkjøp ha større fokus på å sikre målrettet bruk av fag ressurser.	Innkjøpsavdelingen		2	2	Lav
R3	Viktig at prosjektdeltagerne deltar aktivt i implementeringsarbeidet på alle sykehusenheter.	Prosjektdeltagere som representerer kun en sykehusenhet har i større grad mulighet til å bidra aktivt i implenteringsarbeidet kun i egen enhet. Manglende felles klinisk organisering og felles prosedyrer.	Sikre felles anskaffelsesprosesser ved Helgelandssykehuset, samt felles prosedyrer.	3	3	Middels	Sykehusenhet er/innkjøp	Jobbe med å utvikle gode implementeringsaktiviteter. Kompetanseoverføring fra anskaffelsesarbeidet anvendes bredere gjennom f.eks. leverandørmøter for alle som benytter avtalene/produktene.	Sykehusenhet er/innkjøp		2	2	Lav
R4	HSYK har startet arbeidet med å bygge opp kompetansepool med ressurser som kan delta i anskaffelsesprosesser.	Intern uenighet/misstillt for at fagressurser kan ivareta deltagelsen i anskaffelsene på tvers av sykehusenheter	Ha oversikt over alle fagressurser som har deltatt i tidligere anskaffelsesprosjekt og benytte de for å sikre kontinuitet. Jobber målrettet for å sikre felles prosesser på tvers av enhetene.	3	3	Middels	Sykehusenhet er/innkjøp	Stille krav til felles anskaffelser på alle områder hvor dette er mulig.	Foretaksledelse		2	2	Lav

R6	Prosjektdeltagerne opplever at anskaffelsesprosesser er kompetansebyggende og bidrar til egen fagutvikling	Prosjektleder i for stor grad gjennomfører en enkel anskaffelse uten f.eks. markedsundersøkkelser og uten å ha sikret seg at deltagerne har relevant/tilstrekkelig kompetanse for å delta i anskaffelsen	Stille krav til Sykehusinnkjøp og å kartlegge kompetansebehov knyttet til anskaffelsene.	2	2	Lav	Sykehusenhet er/innkjøp			Drift og eiendom				
----	--	--	--	---	---	-----	-------------------------	--	--	------------------	--	--	--	--

Mål/krav nr.: 10 Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.

Bjørn B

				Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak						
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gode implementeringsplaner/leveranser fra prosjektleder ved Sykehusinnkjøp, samt sikre implementeringsplaner og aktiviteter internt ved HSYK	Manglende eller manglefull implementeringsplan fra prosjektleder. Mangler ressurser for å sikre implementeringsaktiviteter internt ved helseforetaket	Innkjøpsavdelingen stiller krav til Sykehusinnkjøp om levering av implementeringsplaner for anskaffelsene. Innkjøpsavdelingen utarbeider implementeringsplaner og vurderer aktiviteter og interessenter internt.	2	2	Lav	Drift og eiendom				1	1	Lav
R2	Prosjektdeltagerne ved HSYK har en nøkkelrolle og er pådrivere i implementeringsarbeidet	Prosjektdeltager har ikke tid for å delta i implementeringsarbeidet og ivaretar ikke behovet på tvers av sykehusenhetene	Innkjøpsavdelingen bidrar med å tilrettelegge for planlegging av alle implementeringsaktiviteter i foretaket.	2	2	Lav	Drift og eiendom				2	2	Lav
R3	Ha tilstrekkelig ressurser ved innkjøpsavdelingen for å tilrettelegge for implementering av nye avtaler.	Implementeringsaktivitetene nedprioriteres og ressurser reduseres	Ha dedikerte ressurser ved innkjøpsavdelingen for å sikre at avtaler implementeres og det tilrettelegges for bruk av innkjøpssystemet.	2	2	Lav	Drift og eiendom				2	2	Lav
R4													
R5													

Mål/krav nr.: 11 Sette egne mål med gradvis opptrapping mot 2023 for andel konsultasjoner som skal gjennomføres pr video, innen 1. tertial.

Skule/Fred

				Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak						
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Implementering av videoløsning Whereby i somatikken	Manglende implementering	Løsning på plass. Opplæring gitt	3	3	Middels	Adm.dir/enhet sdir.	Fastsette foreløpige mål. 20 % økning ift akkumulert 3. tertial 2019	Enhetsdir.	2. tertial	1	1	Lav
R2	Løsningen tas i bruk av behandler	Løsningen er ikke brukervennlig for behandler/ inntakskontor		4	4	Høy	Enhetsdir.	Intergrasjon til EPJ	Enhetsdir.		2	4	Middels
R3	Løsningen tas i bruk av pasient	Løsningen er ikke brukervennlig for pasient		3	3	Middels	Enhetsdir.	Påminning med lenke på SMS	Enhetsdir.		2	3	Middels
R4	Informasjonssikkerhet ivaretas	Løsningen innfrir ikke krav til sikkerhet		4	2	Middels	Enhetsdir.	Utvikle funksjonalitet for pålogging med MinID. Integrasjon med EPJ	HN-IKT		1	2	Lav
R5	Nok konsultasjonsrom for videokonsultasjoner	For få konsultasjonsrom klargjort		3	2	Lav	Enhetsdir.	Øke antall konsultasjonsrom klargjort for videokonsultasjoner	Enhetsdir.	01.07.2020	2	2	Lav

Mål/krav nr.: 12		Overskudd kr 20 mill.			Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak					
Tove				S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Budsjettlojalitet/kostnadskontroll	Manlgende lojalitet/ikke kostnadskontroll	Tildelte rammer i.h.t. budsjett 2020. Balansekrav	4	4	Høy	Adm.dir/enhet sdirektører	Tett oppfølging alle enheter med krav/konsekvens	Adm.dir/enhet tsdir/SFØ		3	3	Middels
R2	Gjennomføring av tiltaksplan inkl. Fellestiltakene	Lavere effekt enn innarbeidet i budsjett. Nye tiltak iverksettes ikke fort nok	Oppfølging av eksisterende tiltaksplan inkl. Fellestiltakene	3	4	Høy	Adm.dir/enhet sdirektører	Gjennomføringsevne, Kontinuerlig fokus og event. nye tiltak fortløpende	Adm.dir/enhet tsdirektører	Fortløpende	2	3	Middels
R3	Aktivitet	Planlagt aktivitet blir ikke gjennomført	På grunn av Covid-19 er aktiviteten redusert. Foreløpig estimat på tapte inntekter ca. 24,0 mill. kr	4	4	Høy	Adm.dir/enhet sdirektører	Aktivitet gradvis øke til 70 % av normal. Status pr 14. mai er at den er tilnærmet normal. Mulig å ta igjen etterslep selv? Uavklart om vi får ekstrabevilgninger knyttet til dette	Adm.dir/enhet tsdirektører		3	3	Middels
R4	Covid-19 kostnader	Covid-19 kostnadene blir ikke kompensert	Pr. april er disse kostnadene estimert til ca. 17,0 mill. kr.	4	4	Høy	Adm.dir	Uavklart om vi får ekstrabevilgninger til disse kostnadene og hvor mye.	Adm.dir		3	3	Middels
R5	Personellkostnader	Økende personellkostnader	Årsverksutvikling og totale personellkostnader har de 3 siste årene vist stor økning. Aktivitet øker ikke tilsvarende. 2019: Økning i årsverk på 40,5 årsverk. Innleie 32,0 mill. kr. totalt i 2019 - 61,0 mill. kr. mer på lønn og innleie - økning på 6 %.	4	4	Høy	Adm.dir/enhet sdirektører	Adm.dir har igangsatt et arbeid for å se på årsverksutvikling fra og med 2017 til og med 2019, sammenlignet opp mot aktivitet. Dette kan bidra inn i arbeidet med konkrete tiltak.	Adm.dir		3	3	Middels
R6	Rekruttering	Manglende rekruttering innenfor områder der innleie er høyt	I 2019 brukte vi 32,0 mill. kr. på innleie fra firma. Pr. april 2020 9,5 mill. kr	4	3	Middels	Adm.dir/enhet sdirektører	Lykkes med rekruttering til de områdene er innleie er høyt	Adm.dir/enhet tsdirektører/ HR		3	3	Middels