



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 21. mars 2012

Møtedato: 28. mars 2012

Saksbehandler: Foretakscontroller Ole Martin Olsen

Sak nr:	24/2012
Navn på sak:	Overordnet risikostyring 2012

Styreleders tilråkning:

1. Styret har gjennomgått overordnede mål for risikostyring fra Helse Nord inklusive kritiske suksessfaktorer
2. Forslag til avbøtende tiltak fra administrasjonen tas til etterretning
3. Styret ber om at risikostyringen gjennomføres tertialsvis og rapporteres til styret og til Helse Nord i forbindelse med tertialrapport.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.
2. Overordnet oppfølging risikostyring 2012

Hans Petter Fundingsrud

Adm. dir.



Styresak 24/2012

Saksbehandler: Foretakscontroller Ole Martin Olsen
Dato: 28. mars 2012

Overordnet risikostyring 2012

Bakgrunn

I styresak 139-2011/6 vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2012 for helseforetakene. Målene understøtter føringer i oppdragsdokumentet for 2012. Helse Nord forutsetter at retningslinjer for risikostyring i Helse Nord benyttes i forbindelse med helseforetakenes risikostyring.

Det forventes at Ledergruppen gjennomgår målene med tilhørende kritiske suksessfaktorer(KSF) og utarbeider risikofaktorer og avbøtende tiltak i forhold til dette. Foretakscontroller har utarbeidet egen oversikt over mål med tilhørende KSfer og gjennomført arbeid med gjennomgang av risiko og utvikling av avbøtende tiltak der man har behov for dette. Regnearket med informasjon om dette ligger vedlagt denne saken. Styret skal iht. oppdragsdokumentet for 2012 behandle overordnet risikostyring som sak.

Vurdering

Helse Nord har satt opp 3 hovedmål som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2012:

1. Ventetider skal ned for dem som i dag venter for lenge
2. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå
3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett

Helse Nord har satt opp kritiske suksessfaktorer(KSF) knyttet til hvert enkelt hovedmål:

1. Ventetider skal ned for dem som i dag venter for lenge
 - Fristbrudd skal ikke forekomme
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager
 - Ingen må vente i over 1 år på behandling
 - Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale prioriteringsveiledere
2. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå
 - Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester
 - Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelige og i bruk i DocMap
 - Mest mulig lik kunnskapsbasert behandlingspraksis
 - Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister



3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett
- Aktivitetsnivået styres for å oppnå budsjettet resultat
 - Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder

Alle hovedmål med tilhørende kritiske suksessfaktorer, risikofaktorer og avbøtende tiltak er satt opp i vedlagte tabell. Risiko er vurdert iht rød, gul og grønn farge etter hvor stor risiko som det ligger i forhold til måloppnåelse på de enkelte kritiske suksessfaktorer(KSF).

Risikostyringen følges opp tertialvis i ledermøte og rapporteres til styret og Helse Nord i samme intervaller.

Foretak	Hovedmål	Kritisk suksessfaktor/KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak
Finnmark	1. Ventetiden skal ned på dem som i dag venter for lenge						
		1.1: Fristbrudd skal ikke forekomme					
			1.1: Fristbrudd forekommer	Det er rundt 20% fristbrudd i Hammerfest og 10% i Kirkenes. Psykisk helsevern har ca 20% fristbrudd. Fare for at det oppstår fristbrudd grunnet manglende oversikt over dette i DIPS.	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	
							1.1.1: Månedlig oppfølging fra Direktør på fristbrudd i klinikkene med rapportering og tidsfrister for tiltak
							1.1.2: Ukentlig rapportering fra avdelingsledere til klinikkensjef vedrørende fristbrudd
							1.1.3: Opprydding rutiner DIPS journal / ventelister
							1.1.4: Etablere nye rutiner i klinikkene knyttet til håndtering av fristbrudd. Rutiner fremmes som styresak i februar.
		1.2: Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager					
			1.2: Gjennomsnittlig ventetid ligger over 60 dager	Usikkerhet rundt rapportering av ventetider og kommunikasjon av dette. Ventetiden Hammerfest 80 dager, Kirkenes 58 dager og psykiatri 59 dager	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	
							1.2.1: Månedlig oppfølging av ventetider i klinikkledermøter
							1.2.2: Utarbeide felles rutiner for registrering av henvisninger i DIPS
							1.2.3: Fange opp fagområder i faresone for ventetid over 60 dager
							1.2.4: Etablere nye rutiner i klinikkene knyttet til håndtering av ventetider som fremmes som styresak i februar
		1.3: Ingen må vente i over 1 år på behandling					

			1.3: Pasienter må vente i over 1 år på behandling	Veldig få pasienter venter i dag over 1 år på behandling. Gjelder 2-3 fagområder. Ryddes nå i rutiner.	Liten sannsynlighet og middels konsekvens	●	
							1.3.1: Klinikkene utarbeide månedlig oversikt over de som er i faresonen for å vente over 1 år
							1.3.2: Etablere rutiner for systematisk arbeid med ventelister, henvisninger, fristbrudd, innleggelse, aktivitet og lignende
		1.4: Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale prioriteringsveiledere					
			1.4: Pasientene prioriteres ikke i samsvar med nasjonale prioriteringsveiledere	I dag har foretaket ikke god nok prioritering i forhold til fokus i behandlingen. Fortsatt potensial for enda bedre opplæring i veilederen	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	
							1.4.1: Felles ventelister mellom Hammerefst, Alta og Karasjok
							1.4.2: Gjennomgang av prosedyrer/rutiner på vurdering hos overleger
							1.4.3: Utarbeide opplæringsrutiner for prioriteringsveileder som legges i DocMap
							1.4.4: Etablere rutiner for å sikre at absolutt alle har fått opplæring i veilederen
							1.4.5: Fokus på prioriteringsveilederen i ledermøter
	2. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå						
		2.1: Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester					
			2.1: Internkontrollen er ikke tilstrekkelig dokumentert	Prosesser er igangsatt for å kvalitetssikre dokumenter vedrørende internkontroll. Egen DocMap konsulent er ansatt	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	
							2.1.1: Gjennomgang av forskriften og evaluering av vårt arbeid i forhold til denne

							2.1.2: Revidering av plan for internervisjoner
							2.1.3: Gjennomgang av struktur og oppbygging av informasjon i DocMap
		2.2: Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig og i bruk i DocMap					
			2.2: Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er ikke tilgjengelig og i bruk i DocMap	DocMap brukes av de fleste i dag. En rekke prosedyrer og retningslinjer er ikke oppdatert	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	
							2.2.1: Utarbeide og gjennomføre opplæringsplan for ledere og ansatte i DocMap
							2.2.2: Ansette prosjektleder for overordnet arbeid med kvalitetssystemet
							2.2.3: Etablere superbrukere på alle klinikker og etablere superbrukernetverk
							2.2.4: Tilrettelegge for avvikshåndtering på laveste nivå i KVAM grupper
		2.3: Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis					
			2.3: Behandlingspraksis er ulik	Til dels store variasjoner i mellom foretakene knyttet til behandlingspraksis. Også store interne uliketer i Helse Finnmark	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	2.3.1: Etablere omforente prosedyrer på spesielle fagområder
							2.3.2: Etablere egne fagnettverk i foretaket
							2.3.3: Etablere egne fagråd og telta aktivt i fagråd opprettet av Helse Nord
		2.4: Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister					
			2.4: Vi deltar ikke i nasjonal pasientsikkerhetskampanje	Vi har iverksatt GTT, Trygg kirurgi og jobber med samstemming av medikamentlister etc.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	
							2.4.1: Gjennomføre kartlegging med bruk av GTT som metode
							2.4.2: Etablere og videreutvikle skjeklister for Trygg kirurgi

							2.4.3: Samstemming av medikamentlister
							2.4.4: Gjennomføre øvrige tiltak skissert i nasjonal kampanje
	3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat som er i tråd med budsjett						
		3.1: Aktivitetsnivået styres for å oppnå budsjettert resultat					
			3.1: Aktivitetsnivået styres ikke godt nok	Stort behov for bedre styring av aktivitet og organisering av denne.	Middels sansynlighet og alvorlig konsekvens	●	
							3.1.1: Månedlig rapportering på aktivitetstill videreutvikles med fokus på områder med for dårlig planlegging og for lav aktivitet
							3.1.2: Etablering av rutiner og system for å muliggjøre overgang fra døgn til dagbehandlinger
							3.1.3: Implementere prosedyre for årsplanlegging i hele foretaket
							3.1.4: Ledelsesstyrt poliklinisk aktivitet i hele foretaket
							3.1.4: Gjennomføre planlagte tiltak iht styrevedtak om omstilling og nedbemanning av 60 årsverk/stillinger
		3.2: Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder					
			3.2: Innholdet i aktiviteten innrettes ikke mot prioriterte områder	Innholdet i aktiviteten er i dag godt innrettet mot prioriterte områder. Kort ventetid på de fleste operasjoner. Lengre ventetid på enkelte behandlinger	Middels sansynlighet og middels konsekvens	●	
							3.2.1: Aktiv oppfølging av oppdragsdokumentet med tanke på gjennomføring av aktivitet iht denne

