



Styremøte i Helse Finnmark HF

Saksnummer 4/2012

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen
Møtedato: 12. februar 2013

Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2013

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF har gjennomgått overordnede mål for risikostyring fra Helse Nord for 2013 inklusive kritiske suksessfaktorer
2. Styret tar forslag til avbøtende tiltak til etterretning.
3. Styret ber administrerende direktør om å integrere risikostyring knyttet til enkelttiltak og mål i dialogavtalen med klinikkjefer og senterledere.
4. Styret ber om at overordnet risikostyring gjennomføres tertialvis og rapporteres til styret og til Helse Nord i forbindelse med tertialrapporteringen.

Hans Petter Fundingsrud
Administrerende direktør

Vedlegg:

Saksfremlegg

Excel regneark/skjema for administrativ oppfølging av risikostyring

Brev fra Helse Nord RHF overordnet risikostyring 2013

Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2013

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen

Dato: 12. februar 2013

Anbefaling

1. Styret i Helse Finnmark HF har gjennomgått overordnede mål for risikostyring fra Helse Nord for 2013 inklusive kritiske suksessfaktorer
2. Forslag til avbøtende tiltak fra administrasjonen tas til etterretning.
3. Risikostyring knyttet til enkelttiltak/mål i oppdragsdokumentet integreres som en del av dialogavtalen mellom Administrerende direktør og klinikksjefer/sentersjefer
4. Styret ber om at risikostyringen gjennomføres tertialvis og rapporteres til styret og til Helse Nord i forbindelse med tertialrapporteringen.

Sammendrag

I styresak 159-2012/5 vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2013 for helseforetakene. Administrasjonssjefen 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. I 2013 har man fokus på 3 hovedmål: Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll, ventetider og aktivitet/økonomi. Risikostyringen følges opp tertialvis i ledermøte og rapporteres til styret og Helse Nord i samme intervaller gjennom rapportering på oppdragsdokumentet.

Bakgrunn

I styresak 159-2012/5 vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2013 for helseforetakene. Målene understøtter føringer i oppdragsdokumentet for 2013. 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 suksess-faktorer (KSF) og utarbeider risikofaktorer og avbøtende tiltak i forhold til dette. Administrasjonssjefen 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 2013 behandle overordnet risikostyring som sak.

Vurdering

Helse Nord har satt opp 3 hovedmål som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2013:

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

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

Hovedmål 1:

Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå

Delmål/KSF

- Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter
- Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester
- Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer skal være tilgjengelige og i bruk i DocMap
- Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis
- Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister

Hovedmål 2:

Ventetider skal ned for de som i dag venter for lenge

Delmål/KSF

- Fristbrudd skal ikke forekomme
- Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder samlet til maksimalt 60 dager
- Ingen må vente i over 1 år på behandling med mindre det foreligger medisinske begrunnelser med å vente med og starte behandlingen
- Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale veiledere

Hovedmål 3

Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett

Delmål/KSF

- Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett

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 gjennom rapportering på oppdragsdokumentet.

Risikovurdering

Saken vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt dette med risikostyring bidrar positivt til utvikling av våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt

Saken vurdert opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet



Gjennomføring av prosess og vedtak rundt dette med risikostyring er vurdert i forhold til navigasjonshjulet. Det er ikke registrert negative konsekvenser ved prosess og vedtaket relatert til noen av faktorene som jus, etikk, identitet, moral, omdømme, eller økonomi som vurderes som negativt for foretaket. Snarere oppleves dette positivt i forhold til flere av faktorene ovenfor.

Saken vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse

Risiko knyttet til måloppnåelse vurderes som liten da foretaket har stor fokus på risikostyring generelt og risikostyring opp mot oppdragsdokumentet spesielt.

Vedlegg:

- Excel regneark/skjema for administrativ oppfølging av risikostyring
- Brev fra Helse Nord RHF overordnet risikostyring 2013



Foretak	Hovedmål	Delmål eller Kritisk suksessfaktor(KSF)	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse hovedmål	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Finnmark	1. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå												
		Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter											
			kvalitetsstrategien blir ikke tema på ledermøter	Kvalitetsstrategi er tema på enkelte ledermøter	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●							
							Direktøren må forankre kvalitetsstrategien som tema for behandling på alle ledermøter						
		Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester											
			Internkontrollen er ikke tilstrekkelig dokumentert	Prosesser er igangsatt for å kvalitetssikre dokumenter vedrørende internkontroll. Antall ansatte øker for arbeid med kvalitet	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●							
							Gjennomgang av internkontrollforskriften og evaluering av vårt arbeid i forhold til denne						
							Revidering av plan for interrevisjoner og gjennomføring av planlagte revisjoner						
							Gjennomgang av struktur og oppbygging av informasjon i DocMap						
							Implementere "ledelsens gjennomgang" som verktøy i internkontrollen						
		Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig og i bruk i DocMap											
			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	●							
							Utarbeide og gjennomføre opplæringsplan for ledere og ansatte i DocMap						
							Etablere superbrukere på alle klinikker og etablere superbrukernetverk						
							Tilrettelegge for avvikshåndtering på laveste nivå i KVAM grupper						
		Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis											
			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	●	Etablere omforente prosedyrer på spesielle fagområder						
							Etablere egne fagnettverk i foretaket						

			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	●									
							Klinikkene utarbeide månedlig oversikt over de som er i faresonen for å vente over 1 år								
							Etablere rutiner for systematisk arbeid med ventelister, henvisninger, fristbrudd, innleggelse, aktivitet og lignende								
		Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale veiledere													
			Pasientene prioriteres ikke i samsvar med nasjonale veiledere	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	●									
							Felles ventelister mellom Hammerfest, Alta og Karasjok								
							Gjennomgang av prosedyrer/rutiner på vurdering hos overleger								
							Utarbeide opplæringsrutiner for prioriteringsveileder som legges i DocMap								
							Etablere rutiner for å sikre at absolutt alle har fått opplæring i veilederen								
							Fokus på prioriteringsveilederen i ledermøter								
Finnmark	3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett														
		Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett													
			Innholdet i aktiviteten innrettes ikke mot prioriterte områder	Innholdet i aktiviteten er i dag godt innrettet mot prioriterte områder, men behov for bedre styring og organisering. Kort ventetid på de fleste operasjoner. Lengre ventetid på enkelte behandlinger	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●									
							Månedlig rapportering på aktivitetstill videreutvikles med fokus på områder med for dårlig planlegging og for lav aktivitet								
							Etablering av rutiner og system for å muliggjøre overgang fra døgn til dagbehandling								
							Implementere prosedyre for årsplanlegging i hele foretaket								
							Ledelsesstyrt poliklinisk aktivitet i hele foretaket								
							Aktiv oppfølging av oppdragsdokumentet med tanke på gjennomføring av aktivitet iht denne								

Foretakene i Helse Nord og Helse Nord IKT

Deres ref.:

Var ref.:
2010/64 /022

Saksbehandler/dir.tlf.:
Erling Bang, 75 51 29 56

Sted/dato:
Bodø, 20.12.2012

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2013

I styremote 19. desember 2012 ble styret i Helse Nord RHF orientert om de overordnede målene som skal ligge til grunn for Helse Nords arbeid med risikostyring i 2013. Disse målene ligger vedlagt som styresak 159-2012-5 *Risikostyring 2013 i foretaksgruppen – overordnede mål*.

I henhold til retningslinjene for risikostyring i Helse Nord setter administrerende direktor målene som skal ligge til grunn for risikostyring påfølgende år i slutten av hvert år.

Det henvises til Helse Nord retningslinjer for risikostyring for mer utdypende dokumentasjon på selve gjennomføringen.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Adm. direktor

Vedlegg:
Styresak 159-2012-5 *Risikostyring 2013 i foretaksgruppen – overordnede mål*

Vedlegg
1 Styresak 159-2012-5 Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2013