



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2014/67

Saksbeh/tlf:
Ole Martin Olsen, 78421997

Sted/Dato:
Hammerfest, 4.2.2014

Saksnummer 5/2014

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen
Møtedato: 13. februar 2014

Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2014

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF har gjennomgått overordnede mål for risikostyring fra Helse Nord for 2014 inklusive kritiske suksessfaktorer
2. Styret tar forslag til avbøtende tiltak til etterretning.
3. Styret ber om at overordnet risikostyring gjennomføres tertialvis og rapporteres til styret og til Helse Nord i forbindelse med tertialrapporteringen.

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Vedlegg:

Saksfremlegg
Excel regneark/skjema for administrativ oppfølging av risikostyring
Brev fra Helse Nord RHF overordnet risikostyring 2014



Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2014

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen

Dato: 13. februar 2014

Sammendrag

I styremøte 18. desember vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2014 for helseforetakene. Administrasjonssjefen har utarbeidet egen oversikt over målområder med tilhørende Delmål/KSFer og gjennomført arbeid med gjennomgang av risiko og utvikling av avbøtende tiltak der man har behov for dette. I 2014 har man fokus på 4 målområder: Pasientbehandlingen, organisasjon og personell, investeringsplan og økonomi. Risikostyringen følges opp tertialvis i ledermøte og rapporteres til styret og Helse Nord i samme intervaller gjennom rapportering på oppdragsdokumentet.

Bakgrunn

I styremøte 18. desember vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2014 for helseforetakene. Målene understøtter føringer i oppdragsdokumentet for 2014. 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. 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 2014 behandle overordnet risikostyring som sak.

Vurdering

Helse Nord har satt opp 4 målområder som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2014:

1. Pasientbehandlingen
2. Organisasjon og personell
3. Investeringsplan
4. Økonomi

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



Målområde 1: Pasientbehandlingen

Delmål/KSF

- Ansvar i de ulike trinn i pasientforløp er definert
- Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Målområde 2: Organisasjon og personell

Delmål/KSF

- Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
- Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd

Målområde 3: Investeringsplan

Delmål/KSF

- Felles innføring av kliniske system (FIKS)
- Kontroll på store parallelle byggeprosjekter

Målområde 4: Økonomi

Delmål/KSF

- Rekke aktiviteten inn mot prioriterte områder
- Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Alle målområder 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 2014



Foretak	Målområde	Delmål eller Kritisk suksessfaktor(KSF)	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Slutt dato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse hovedmål	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Finmark	1. Pasientbehandlingen												
		Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert				●							
			Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er ikke definert	Flere forløp er standardisert. Flere nasjonale retningslinjer/forløp følges. Koordinator overfor kommunehelsetjenesten er etablert. Kreftkoordinator er etablert. Pasientansvarlig behandler er under etablering etc.	Høy sannsynlighet og middels konsekvens								
							Utnevne koordinatore for pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester						
							Etablere standardiserte pasientforløp iht nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene blant annet gjennom arbeidet i HOS						
							Ansette kvalitetsmedarbeidere ved de somatiske klinikkene med ansvar for blant annet LEAN-arbeid etter en periode uten dedikerte ressurser på LEAN						
							Involvere brukerne i hele pasientforløpet og dokumentering av dette i journal og epikriser etc.						
							Etablere rutiner for pasientansvarlig behandler						
							Implementere sentrale anbefalinger i relevante nasjonale retningslinjer og veiledere.						
		Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet				●							
			Virksomheten er ikke i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet	Vi har iverksatt GTT, Trygg kirurgi, samstemming av medikamentlister etc. Ansvarlig for programmet er på plass og det rapporteres månedlig på resultater i ledergruppene. Resultater behandles også kvaltalsvis i KVAM råd.	Middels sannsynlighet og høy konsekvens		Månedlig rapportering på resultater av arbeidet må implementeres på alle nivå i organisasjonen						
							Deltakelse i nasjonale nettverk for programmet						
							Synliggjøring av arbeid og resultat ut i organisasjonen						
							Styrebehandling av rapportering						
							Presse på for å få HN IKT til å ta tak i endringer i DIPS som er nødvendig for å kunne følge opp behandlingen og resultat i forhold til programmet						
							Etablere budsjett for deltakelse på nasjonale nettverkssamlinger						
		Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager				●							
			Gjennomsnittlig ventetid er over 65 dager	Ventetiden på de med rett er under 65 dager. Samlet ligger foretaket betydelig over(80d). Fristbruuddkoordinator er ansatt. Klinikken har egne planer på arbeid med dette	Middels sannsynlighet og middels konsekvens		Fortsette oppretting av feil i DIPS						
							Utvidet opplæring av DIPS brukere						

							Fokus på fagområder med høy ventetid							
							Fortsette å holde fristruddene lik null							
							Forankre nye rutiner i klinikkene knyttet til håndtering av ventelister.							
							Etablere gode samarbeidsløsninger intern og eksternt gjennom fristruddkoordinatør							
							Sette av dedikerte ressurser til å arbeide med rydding i ventelister							
							Sikre rutiner knyttet til omstillingsprosesser i foretaket som gjør at behandlerkapasitet videreføres og ventelister kan tas ned.							
	2. Organisasjon og personell													
		Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd												
			Vi klarer ikke å rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse	e-læringsplattform er tatt i bruk for enkelte grupper. Legerekrutteringsprosjektet går videre. Rekrutteringsstillinger er etablert flere steder i foretaket	Middels sannsynlighet og middels konsekvens		Etablere utviklingsprogram for ledere med fokus på førstelinjeledere							
							Ta i bruk e-læringsverktøy som sentralt verktøy i opplæringen							
							Implementere tiltak etter kompetansekartlegging gjennomført av Helse Nord							
							Jobbglindning og oppgavedeling skal implementeres og settes i system							
							Klartlegge behov for å etablere flere rekrutteringsstillinger ute på avdelingene							
							Utvikle nødvendige stipendordninger for rekruttering og stabilisering							
		Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd												
			Vi klarer ikke å etablere samhandlingskompetanse og endringskompetanse i alle ledd	OSO er etablert. En rekke samarbeidsavtaler med kommunene er etablert. Arbeid med meldetjeneste mot kommunene er igangsatt.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens		Etablere samarbeidsrutiner mot avtalespesialister							
							Etablere interne fagforum i helseforetaket							
							Aktiv deltakelse i regionale fagforum							
							Etablere fire regionale faglige prosedyrer							
							Bistand og samarbeid med kommuner om kompetanseheving og kompetanseoverføring							
							Gjennomgå og fordele ansvar og roller i hele foretaket knyttet til inngåtte samhandlingsavtaler							
							Utvikle felles samhandlingsprosedyrer med kommunene							
	3. Investeringsplan													
		Felles innføring av kliniske sytem (FIKS)												
			Foretaket lykkes ikke med innføring av FIKS	Arbeidet i HOS er kommet godt i gang. Vi har satt av midler til arbeidet i FIKS i 2014. Prosjektleder FIKS er under ansettelse. Vi er en aktiv del av det regionale prosjektet.	Stor sannsynlighet og høy konsekvens		Ansette prosjektleder og andre ressurser i FIKS iht plan							
							Sette av nok ressurser blant sykepleiere og elgegruppen til deltakelse i prosjektet							
							Gjennomføre og avslutte HOS iht målsetninger							

Foretakene i Helse Nord og Helse Nord IKT

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/64 /022

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

Sted/dato:
Bodø, 7.1.2014

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2014

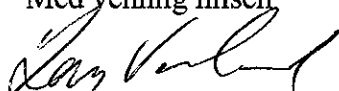
I styremøte 18. desember 2013 ble styret i Helse Nord RHF muntlig orientert om de overordnede målene som skal ligge til grunn for Helse Nords arbeid med risikostyring i 2014.

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

Det vises til Helse Nords retningslinjer for mer utdypende dokumentasjon på selve gjennomføringen.

De overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2014 ligger vedlagt.

Med yennlig hilsen



Lars Vorland
signert
Adm. direktør

Vedlegg:
Risikostyring 2014 i foretaksgruppen -
overordnede mål

Møtedato: 18. desember 2013

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Erling Bang, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 12.12.13

Risikostyring 2014 i foretaksgruppen – overordnede mål

Formål/sammendrag

Denne styresaken har som formål å orientere styret i Helse Nord RHF om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2014.

Risikostyring er et verktøy for proaktiv styring som gir grunnlag for å identifisere, vurdere og håndtere potensiell risiko ved hjelp av en strukturert tilnærming. Risikostyring tydeliggjør sammenhengen mellom de målene helseforetakene i Helse Nord styrer etter og risikoer som kan true oppfyllingen av disse målene.

I tråd med årshjulet for risikostyring vedtatt i styret i Helse Nord RHF, jf. *styresak 31-2009 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord* har adm. direktør i Helse Nord RHF satt overordnede mål for risikostyring for 2014. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2014.

Etter diskusjon i Direktørmøte 16. oktober og 14. november foreslår administrerende direktør 4 målområder for risikostyringen i 2014. Alle er i tråd med overordnede mål i plan for Helse Nord 2014-2017.

Målområde 1

Pasientbehandlingen

- *Delmål/KSF¹ hovedmål 1:*
 - Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 - Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Definerte pasientforløp internt og mellom organisasjoner i spesialisthelsetjenesten er grunnlaget for å definere prosess- og beslutningsstøtte.

En sentral utfordring i pasientbehandlingen er de lange avstandene i Nord-Norge. Det er variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester i landsdelen. Helse Nord ønsker fortsatt en desentralisert sykehus- og institusjonsstruktur. Mange og spredte institusjoner gir oss både fordeler og utfordringer. Det er behov for å utvikle flere helhetlige pasientforløp, som inkluderer samarbeid med primærhelsetjenesten.

De tre hovedmålene til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre

¹ KSF: Kritisk suksessfaktor

pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen videreføres som et flerårig program fra 2014.

Kravene innen ventetid er videreført fra tidligere år.

Målområde 2

Organisasjon og personell

- *Delmål/KSF hovedmål 2:*
 - Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
 - Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd

Personellet er helsetjenestens viktigste ressurs. God og riktig kompetanse er avgjørende. Helse Nord har utarbeidet en strategisk kompetanseplan fase 1. Strategisk kompetanseplan fase 2 ferdigstilles primo 2014, og skal gjelde frem mot 2020.

Behovet for helsepersonell øker i hele landet. Helse Nord må være attraktiv og aktiv i kampen om arbeidskraften. Befolkningsgrunnlaget i Helse Nord er lavt. Strategien med desentralisert struktursom Helse Nord har valgt for å sikre likeverdig behandling, øker utfordringene med å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell.

Helse Nord skal sikre god kompetanse hos de ansatte, både innen pasientbehandling, utdannings- og forskningsoppgaver og ledelse.

For å videreutvikle helsetjenesten er vi avhengig av kreativitet og endringskompetanse. Dette krever fokus på organisasjonsutvikling.

Målområde 3

Investeringsplan

- *Delmål/KSF hovedmål 3:*
 - Felles innføring av kliniske system (FIKS)
 - Kontroll på store parallelle byggeprosjekter

For å sikre kontroll med gjennomføringen av de store byggeprosjektene kreves tett oppfølging. God økonomisk kontroll sikrer at vi beholder langsiktig fokus og rettferdig fordeling internt i regionen. Like viktig er å sikre at resultat- og effektmålene som ligger til grunn for investeringsbeslutning oppnås.

Målområde 4

Økonomi

- *Delmål/KSF hovedmål 4:*
 - Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder
 - Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Helse Nord står foran et investeringsprogram på over 10 milliarder kroner de neste 8 år. Dersom Helse Nord ikke klarer økonomiske resultatmålene, vil investeringer måtte utsettes.

Det er stor variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester, og grunn til å tro at vi innenfor noen områder overbehandler pasienter. Prioritering blir nødvendig for å nå målene som ligger innenfor de ulike fagområder.