



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2015/6

Saksbeh/tlf:
Ole Martin Olsen, 78421997

Sted/Dato:
Hammerfest, 26.2.2015

Saksnummer 10/2015

Saksansvarlig: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen
Møtedato: 12. februar 2015

Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2015

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF har gjennomgått overordnede mål for risikostyring fra Helse Nord for 2015 inklusive kritiske suksessfaktorer og tar disse til etterretning
2. 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



Overordnet risikostyring oppdragsdokument 2015

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen

Dato: 12. februar 2015

1. Sammendrag og anbefaling

I styremøte 17. desember vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2015 for helseforetakene. Administrasjonssjefen har utarbeidet egen oversikt over målområder med tilhørende Delmål og gjennomført arbeid med gjennomgang av risiko og utvikling av avbøtende tiltak der man har behov for dette. I 2015 har man fokus på 3 målområder: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet, Innfri de økonomiske mål i perioden og oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling. Risikostyringen følges opp tertialvis i ledermøte og rapporteres til styret og Helse Nord i samme intervaller gjennom rapportering på oppdragsdokumentet.

Det anbefales at styret tar disse overordnede målene til etterretning og at disse følges opp tertialvis sammen med rapporteringen på oppdragsdokumentet.

2. Bakgrunn

I styremøte 17. desember vedtok styret i Helse Nord overordnede mål for risikostyring i 2015 for helseforetakene. Målene understøtter føringer i oppdragsdokumentet for 2015. Helse Nord forutsetter at retningslinjer for risikostyring i Helse Nord benyttes i forbindelse med helseforetakenes risikostyring.

Det forventes at Ledergruppen gjennomgår målene med tilhørende delmål og utarbeider risikofaktorer og avbøtende tiltak i forhold til dette. Administrasjonssjefen har utarbeidet egen oversikt over mål med tilhørende delmål og kritiske suksessfaktorer 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 2015 behandle overordnet risikostyring som sak.

3. Vurdering

Helse Nord har satt opp 3 målområder som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2015:

1. Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
2. Innfri de økonomiske mål i perioden
3. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling.

Helse Nord har videre satt opp delmål knyttet til hvert enkelt målområde:



Målområde 1:

Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

Delmål:

- Iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig ventetid til ≤ 65 dager og sikre at det ikke forekommer fristbrudd
- Sørge for at alle innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i dagligdrift
- Iverksette tiltak i 2015 slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016
- Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene, og implementere tiltak i regional kreftplan

Målområde 2:

Innfri de økonomiske mål i perioden.

Delmål:

- Planlegge langsiktig med nøkterne forutsetninger. Dermed skjermes helseforetakene mot større svingninger i inntektsforutsetningene
- Ta ut gevinsten av FIKS-programmet og andre investeringer

Målområde 3:

Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling.

Delmål:

- Sikre at vedtatt investeringsplan inklusive endringer gjennomføres i henhold til plan

Alle målområder med tilhørende delmål, 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 delmålene.

Risikostyringen følges opp tertialvis i ledermøte og rapporteres til styret og Helse Nord i samme intervaller gjennom rapportering på oppdragsdokumentet.

4. 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 opp mot konsekvenser for de som blir berørt

Saken om overordnet risikostyring berører først og fremst ledergruppen i foretaket og mellomledere hva gjelder gjennomføring av avbøtende tiltak. Tidligere erfaring fra risikostyring viser at dette er et bra redskap som bidrar til mindre risiko for gjennomføring av oppdraget og oppfattes i liten grad som tidkrevende å gjennomføre.

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.

Saken vurdert opp mot helse, miljø og sikkerhet med fokus på det ytre miljø

Selve saken vurderes ikke å ha særlig effekt på HMS og det ytre miljø. Etablering av rutiner for risikostyring generelt vil likevel kunne påvirke HMS og det ytre miljø positivt. Hovedmål og delmål i fra Helse Nord oppfattes også å være positivt for det ytre miljø, men krav til større omstillinger vil kunne føre til belastning på HMS.

5. Medbestemmelse


Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte på foretaksnivå i informasjons- og drøftingsmøte 2. februar 2015.

Vedlegg:

- Excel regneark/skjema for administrativ oppfølging av risikostyring



Foretak	Målområde	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. Kvalitet og pasientsikkerhet												
		Utvikle gode krefthorløp og følge opp nasjonal krefthorplan				●							
			Gode krefthorløp utvikles ikke i tråd med nasjonal krefthorplan	Generelt så er mange forløp standardisert. Flere nasjonale retningslinjer/forløp skal følges. Forløpskoordinatorer på begge sykehus er under ansettelse. Krefthorplan er ansatt på begge sykehus.	Høy sannsynlighet og middels konsekvens		Etablere pakkeforløp iht nasjonale krav						
							Etablere gode rapporterings- og registreringsløsninger på pakkeforløpene						
							Tilby pasienter tilgang til egen pasientinformasjon						
							Ansette forløpskoordinatorer med ansvar for å kvalitetssikre pasientforløp						
							Implementere fellesprosedyrer for hele RHF						
							Opplæring og kompetanseheving i nasjonale pakkeforløp						
							Sørge for at nasjonale krav knyttet til ventetid og henvisning for krefthorpatienter nås						
		Tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet skal permanent implementeres				●							

			Tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet etableres ikke som permanente løsninger	GTT arbeidet har stoppet opp. Trygg kirurgi, samstemming av medikamentlister etc. Ansvarlig for programmet er på plass og det rapporteres månedlig på resultater i ledergruppene. Resultater behandles også kvalifitativt i KVAM råd. Alt innen PHR er implementert.	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						
							Delta i regionalt arbeid med felles prosedyrer for samstemming av medikamentlister, generisk ordinerer etc.						
							Bruke egne resultater i planlegging og forbedringsarbeid og bygge varige strukturer for pasientsikkerhet (Plandok)						
		0-visjon sykehusinfeksjoner											
			Foretaket oppnår ikke 0-visjonen	Foretaket ligger under landsgjennomsnittet på andel sykehusinfeksjoner	Høy sannsynlighet og høy konsekvens		(se internkontroll Opplæring i hygiene og forebygging av infeksjoner)						
							Generell forebygging av sykehusinfeksjoner: Implementere basale smittevernrutiner med spesielt fokus på retningslinjer for håndhygiene og arbeidsantrekk. Nulltoleranse for bruk av ringer, klokker og smykker sammen med arbeidsantrekk. Nulltoleranse for bruk av grønt arbeidsantrekk utenfor operasjonsavdelingen. Etablere felles policy blant lederne for håndtering av infeksjonsovervåking.						
							Implementere lovpålagt NOIS-infeksjonsregistrering i DIPS av postoperative sårinfeksjoner(POSI) i den daglige driften ved aktuelle avdelinger. Sikre effektive IKT-løsninger for dette. Gjennomføre to lovpålagte + to frivillige prevalensundersøkelser pr år (NOIS-PIAH). Bruke resultater fra NOIS og NOIS-PIAH til evaluering og forbedring.						
							Antibiotikabruk: Implementere nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk. Bruke resultater fra NOIS og NOIS-PIAH for evaluering og forbedring.(Forebyggende antibiotikabruk for kirurgi følger nasjonale retningslinjer)						

							Internkontroll og opplæring: Å jourholde lovpålagt infeksjonskontrollprogram (IKP). Opplæring i smittevernprosedyrene i IKP for å bidra til kompetanseheving i smittevern og forebygging av infeksjoner. Formalisere samarbeide mellom drift og smittevern for bedre kontroll på kritiske punkter, slik som renhold/desinfeksjon av urent utstyr, planlegging/gjennomføring av vedlikehold/ombygging/nybygg m.m. (Etablere bedre rutiner for internkontroll)						
							Pasientsikkerhet og smittevern: Implementere for fullt tiltakspakkene <i>Trygg kirurgi m/forebygging av POSI, Forebygging av UVI, Forebygging av infeksjoner v/SVK</i> . Bruke resultater fra disse til evaluering og forbedring. (Tema i pasientsikkerhetsprogrammet)						
							Forankring O-visjon av sykehusinfeksjoner og smitteverntiltak i lederlinjen og i kvalitetsarbeide: Fast tema i KVAM-råd, Kvalitetsutvalg og ledermøte. (Tema i kvalitetsutvalg og ledermøter)						
							Delta i nettverk for smittevern i Helse Nord, nasjonale kampanjer og prosjekter (prosjekter)						
		Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager											
				Rydding i ventelister pagar. Ventetiden på de med rett er under 65 dager. Klinikene ansetter egne kvalitetsmedarbeidere. Fristbruddkoordinators kunnskap og kompetanse videreføres til de nye kvalitetsmedarbeiderne i klinikkene.		Middels sannsynlighet og middels konsekvens							
			Gjennomsnittlig ventetid er over 65 dager				Fortsette oppretting av feil i DIPS						
							Utvidet opplæring av DIPS brukere						
							Legge fram oversikt over ventelister fordelt på fagområder i kvalitetsrapport						
							Fortsette å holde fristbruddene lik null						
							Forankre nye rutiner i klinikkene knyttet til håndtering av ventelister.						
							Oppdatere ventelister i fritt sykehusvalg.no						
							Beire koordinering av ventelister mellom Alta, Karasjok og Hammerfest						
							Etablere gode samarbeidsløsninger intern og eksternt						
							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.						
							Direkte innkalling til time i første svar på henvisning						

	2. Infri de økonomiske mål i perioden												
		Planlegge langsiktig med nøkterne forutsetninger				●							
			Foretaket lykkes ikke med langsiktig planlegging og nøkternhet	Foretakets bærekraft tilsier at foretaket må tenke nøkternt. Investeringer vil ikke bli gjennomført uten krav om å skjære disse ned til et minimum. Foretaket driver med overskudd for 5 år på rad. Tiltaksarbeidet fungerer godt og omstillingsevnen har hittil vært god.	Middels sannsynlighet og lav konsekvens		Øke gjennomføringsevnen i forhold til etablerte tiltak for økt bærekraft						
							Etablere gode rutiner på prosjektstyring						
							Reduksjon av senger og overgang fra døgn til dag						
							Lykkes med å nå RHF's resultatmål for 2015 .						
		Ta ut gevinsten av FIKS og andre investeringer				●							
			Foretaket lykkes ikke med gevinstrealisering	FIKS har høy prioritet i foretaket og det er satt av godt emd ressurser til gjennomføring. Investeringsprosjektene skal alltid vurderes i forhold til gevinstrealisering iht våre rutienr	Middels sannsynlighet og høy konsekvens		Etablere eget mottaksprosjekt for FIKS						
							Innføring av Sectra i hele foretaket vil gi større inntekter på tolkning og større mulighet for samarbeid og koordinering						
							Etablere egen arbeidsgruppe for gevinstrealisering FIKS						
							Sette av nok ressurser blant sykepleiere og legegruppen til deltakelse i utrulling og implementering						
							Etablere superbrukerkorps FIKS						
							Etablere forvaltningsregime FIKS						
							Opplæring i bruk av FIKS						
							Standardisere pasientforløp						
							Stille enda sterkere krav til gevinstrealisering i byggeprosjekter						
							Fokus på gevinstrealisering ved etablering av utviklingsprosjekter						
	3. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling												
		Sikre at vedtatt investeringsplan gjennomføres iht plan				●							

			Foretakets Investeringsplanen gjennomføres ikke iht plan	Prosjektleder/byggeleder for nye Kirkenes er på plass. Økonomirutiner er under oppbygging. Organisering av byggeprosjekter skal videreutvikles.	Middels sannsynlighet og høy konsekvens		Etablere prosjektstyringsrutiner som sikrer at byggeprosjekter gjennomføres i balanse						
							Bygge opp kompetanse og kapasitet på byggeledelse og prosjekt i organisasjonen						
							Etablere økonomirutiner som sikrer at byggeprosjekter gjennomføres i balanse						
							Læring og kompetanseoverføring internt og eksternt på byggeprosjekter skal etableres						
							Prioritering og kontroll over hele prosjektporteføljen						
							Etablere overordnet plan for gjennomføring av alle våre byggeprosjekter						
							Tydligere prioritering av vedlikeholdsmidler						