

**Risikoidentifikasjon og analyse**

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise,  
se under

Enhet: Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021 - oppfølging av risikobildet og tiltak - 2 tertial

Dato: 07.09.2021

Veiledning

Mål / krav nr 1:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen										Risiko- vurdering		Risiko- nivå	Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Jeanett Pedersen, Rose Rølvåg, Grete Mo, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer				Risiko- vurdering		Risiko- nivå
										S	K						S	K	
<b>Gjnsn risiko for målet:</b>										4	3	Middels					3	3	Middels

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	Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	Manglende gjennomføring av planlagte tiltak	Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 2.1 og Topp 10 Risikoområder R1	3	3	Middels					3	3	Middels
R2	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021. (3.0 - 3)	Manglende gjennomføring av tiltak	Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 2.2 og Topp 10 Risikoområder R2	3	3	Middels					3	3	Middels
R3	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont. (3.0 - 4)	Manglende gjennomføring av tiltak	Se tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 4	4	3	Middels					3	3	Middels
R4	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. (3.0 - 5)	Manglende gjennomføring av tiltak	Se Virksomhetsrapport august 2021 punkt 3.3 og tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 5	4	2	Middels					3	3	Middels
R5	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. (3.2 - 20)	Flaskehals i pasientforløp, særlig i samhandling med andre helseforetak.	Se Virksomhetsrapport august 2021, punkt 2,5, tertialrapport 2. tertial krav 20 og Topp 10 risikoområder R4	4	4	Høy					3	4	Høy

# Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet:

Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021 - oppfølging av risikobildet og tiltak - 2 tertial

Dato: 07.09.2021

Veiledning

Mål / krav nr 2:

Risiko for tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling					Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Jeanett Pedersen, Rose Rølvåg, Grete Mo, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer			Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
<b>Gjenn risiko for målet:</b>					3	3	Middels				2	3	Middels

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	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. (3.0 - 6)	Psykisk helse og rus (PHR) alene kan ikke nå dette målet alene. Må ha fokus på plantall både innen PHR og somatikk. etterslep i somatikken. .	Se virksomhetsrapport august 2021, punkt 3.4, tertialrapport 2. tertial og Topp 10 risikoområder R5	4	3	Middels	Somatikk	Riktig registrering av aktivitet, spesielt med tanke på skillet mellom PHV og TSB. Fokus på å ha aktivitet ift plantall.				3	3	Middels
R2	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for <u>utredning</u> i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst. (3.3 - 30)		Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 2,6 og tertialrapport 2.tertial krav 3.3 - 30	3	3	Middels	PHR	Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.			2	3	Middels	
R3	Andel pakkeforløp som har gjennomført <u>evaluering av behandling</u> i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst. (3.3 - 31)		Se tertialrapport 2. tertial krav 3.3 - 31	3	3	Middels		Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.			2	3	Middels	
R4	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent. (3.3 - 32)		Se tertialrapport 2.tertial krav 3.3 - 32	3	3	Middels		Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.			2	3	Middels	
R5	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB. (3.3 - 33)	Fokus og arbeidsprosesser.	Se tertialrapport 2. tertial krav 3.3 33	3	3	Middels		Fokus på aktivitet og kvalitet i ledermøter og avdelingsmøter. Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid.			2	3	Middels	
R6	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021. (3.3 - 34)		Helgelandspsykehuset har ikke hatt pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) i 2020.											
R7	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne. (3.3 - 6)		Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 3.4, tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 6 og topp 10 risikoområder R5	3	3	Middels		Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett. Ingen endring pr. mai måned.			2	3	Middels	
R8	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge. (3.3 - 6)		Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 3.4, tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 6 og topp 10 risikoområder R5	3	3	Middels		Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett. Ingen endring pr. mai måned.			2	3	Middels	
R9	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB. (3.3 - 6)		Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 3.4, tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 6 og topp 10 risikoområder R5	3	3	Middels		Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett. Ingen endring pr. mai måned.			2	3	Middels	
R10	Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. (3.3 - 6)		Se virksomhetsrapport august 2021 punkt 3.4, tertialrapport 2. tertial krav 3.0 - 6 og topp 10 risikoområder R5	2	3	Middels		Rekruttere i ledige stillinger evt leie inn der det er nødvendig ved manglende rekr.			2	3	Middels	

# Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet: Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021 - oppfølging av risikobildet og tiltak - 2 tertial

Dato: 07.09.2021

Veiledning

Mål / krav nr 3:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet										Risiko-vurdering		Risiko-nivå				
										S	K	Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Jeanett Pedersen, Rose Rølvåg, Grete Mo, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer		S	K	Risiko-nivå
<b>Gjns risiko for målet:</b>										3	3	Middels		2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	Risiko før tiltak		Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	Risiko etter tiltak		Risiko-nivå	
				S	K						S	K		
R1	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023	Skal ha økende fokus på GTT funnene. Hatt møter med enhetene, bør ha et oppstartsmøte hva GTT er og mål med det, rutinene rundt det. Prosessen bør "revitaliseres" før fokus på talla/reduksjon. Opplæring i GTT på gang (inkl. kvalitetsrådene)	Andel sykehusopphold med pasientskade, målt med GTT metoden er 12,9 % i 2018, 11,9 % i 2019. Kvalitetssikre data for 2020 er ikke klare. Helgelandssykehuset skal i høst intensivere sitt kvalitetsarbeid og har kontaktet NLSH for bistand til opplæring av sykehusledelsen i GTT-metoden, informasjon og kunnskap om forbedringsutdanning IQ- Nord og opplæring av kvalitetsrådgivere ihht klinisk gjennomgående struktur Skader klassifisert som G, H og I skader er tidligere meldt til enhetsdirektor og vil nå bli meldt til klinikksejef.	3	3	Middels		Reorganisering av kvalitetsarbeid ift ny klinikkstruktur. Mer aktiv bruk av GGT-data.				3	3	Middels
R2	Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.	Resultatet fra Forbedringsundersøkelsen 2021 forelå 11.03.21 og da var andelen på 76,6%	Forbedringsundersøkelsen er foreløpig systemmessig ikke rigget for å ta ut resultat på dette kravet	1	2	Lav						1	2	Lav
R3	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden. (4.0 - 46)		Se tertialrapport 2. tertial krav 4.0 - 46	3	2	Lav						2	2	Lav
R4	Ingen korridorpasienter.	Utskrivingsklare pasienter. Økning av liggetid for heldøgnsopphold	<b>. Ny status 03.09.21 se vedlegg.</b>	3	4	Høy		Utskrivingsklare pasienter må mottas av kommunene i større grad. Dialog med aktuelle kommuner er etablert				2	4	Middels
R5	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Interne arbeidsprosesser og logistikk. Kapasitet merkanile tjenester	Målt etter Helsedirektoratets indikator 62 %	3	4	Høy		Ytterligere fokus på arbeidsprosesser som en del av Benchmarkingsprosjektet				2	4	Middels
R6	Antall nye kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter skal økes med 15 prosent sammenliknet med året før.	Vi har foreløpig ingen nye behandlingsstudier på trappene i 2021.	Vi har kun to klinisk behandlingstudier registrert. Året har være preget av koronautbruddet og selv om vi har blitt med noen kliniske forskningsstudier på COVID-19, har ingen av disse har vært behandlingsstudier. Vi forsøkte å bli med noen behandlingsstudier på COVID-19, men de større helseforetakene som UNN og NLSH ble foretrukket. HSYK delvis i er avhengig av assistanse fra Klinisk Forskningsavdeling på UNN.	3	3	Middels		Fokus ifbm ny forskningsstrategi				3	3	Middels

# Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet: Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021 - oppfølging av risikobildet og tiltak - 2 tertial

Dato: 07.09.2021

Veiledning

Mål / krav nr 4:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene					Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Jeanett Pedersen, Rose Rølvåg, Grete Mo, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
Gjnsn risiko for målet:					3	4	Høy		3	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoer	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Ingen negativ påvirkning på driften av Covid-19	Negativ påvirkning på driften av Covid-19	Smitteutbrudd kan medføre tiltak som påvirker aktivitet og personell. Økende smitte i flere kommuner i løpet av sommeren. Registrerte covid-19 effekter har vært synkende. Fra 3,1 mill. kr. i juni til 1,8 mill. kr i juli, men opp til 4,1 mill. kr. pr. august. Dette er inkludert avvik i.f.t. aktivitet. Viktig at ALLE økte kostnader spesielt knyttet til personell er avvirket. Fremdeles utfordringer i sommer forhold til svenske vikarer som ikke har kommet. På grunn av økt smittetrykk så oppfordres flere til å teste seg ved forkjølelesessymptomer. Karantene for ansatte som da venter på svar. Kan medføre økt variabellønn.	3	3	Middels		Følge pandemiplan og smittevermplanene lokalt, regionalt og nasjonalt. Utstyr er supplert og kompetanse hos personalet er vedlikeholdt. Vi er fortsatt sårbar men i mindre grad, svenske ferievikarer ikke tilgjengelig, dyr innleie fra firma i sommer, drifta er totalt sett mindre påvirket enn 1. halvår. Ingen signal om kompensasjon tapte aktivitetsinntekter 2. halvår.			3	3	Middels
R2	Gjennomføring av fellestiltakene	Lavere effekt enn innarbeidet i budsjett ( Herunder Benchmarking). Nye tiltak iverksettes ikke fort nok	Internt arbeid med benchmarking igangsatt. Andre fellestiltak følges opp. Oppfølgingsmøte 26.05. Felles oppfølgingsmøte ny/gammel struktur gjennomført 27.09. inkludert gjennomgang av tiltak.	3	4	Høy	Adm. Dir/Enhetsdir.	Prosjektorganisering. Styringsgruppe og prosjekgrupper er oppe å går. Må følges opp. Ved overgang til klinikkstruktur – overføring fra prosjekt til drift. Kommer ledermøtesak på dette. Døgnmedisinergruppe må reorganiseres. Det arbeids godt, men det tar tid å realisere de økonomiske effektene.	Adm. Dir/Enhetsdir.	Fortløpende	3	4	Høy
R3	Budsjettlojalitet/kostnadskontroll	Manglende lojalitet/ikke kostnadskontroll	Risikostyring ihht "RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord" følges med tydelig ansvar, månedlig oppfølging og konsekvenser dersom mål ikke oppnås. Fullmaktsmatrisen er oppdatert.	3	4	Høy	Adm.dir/enhetsdir	Intensivert og systematisert månedlig oppfølging. Plassering og tydeliggjøring av ansvar i hele lederlinjen. Fullmaktsmatrise er oppdatert. Oppfølging klinikkvis fra og med september måned - fokus intensivert tiltaksarbeid og kostnadskontroll .	Linje ledelsen	Fortløpende	2	4	Middels
R4	Personell kostnader blir som budsjettet	Personellkostnader blir ikke som budsjettet. Henger jo litt med Covid-19 punktet samt punktet om kostnadskontroll.	Enhetene har personell budsjett. Risiko her er at personell kostnadene ikke er realistisk vurdert på enhetene. F.eks rekruttering i de sentrale stillingene som spesialister i enkelte fag, og spesialsykepleiere innen intensiv og operasjon.	4	4	Høy	Enhetsdir.	Måretrett rekrutteringsarbeid. Budsjettprofil: Øke faste stillinger for å få ned variabellønn og dyr innleie. Månedssverksversikten viser lavere forbruk av fast ansatte enn budsjettet, men høyere variabellønnsbruk og i tillegg innleie. De totale personellkostnadene har økt. Vi bruke 10,2 % mer enn i fjor, og 1 % eller 16,8 mill. kr. mer enn budsjettet. Inkludert i dette negativt budsjettavvik på innleie på 19,6mill. kr. Evaluering sommerferieavvikling skal gjennomføres. Prosjektgruppearbeid bemanning må intensiveres.	Linjelederne/H R	Fortløpende	3	4	Høy
R5	Aktivitet innenfor tildelte rammer	Aktivitet ikke i samsvar med tildelte rammer. Henger jo litt med Covid-19 punktet	Sykehusforbruk	4	4	Høy	Enhetsdir.	Kartlegge sykehusforbruk. Igangsatt prosjekt. Har vi den rette aktiviteten? En del av Benchmarking.	Enhetsdir.	Fortløpende	2	3	Middels

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
R6	Hente hjem gjestepasienter	Får ikke hentet hjem gjestepasienter. Etterslep av pasienter. Covid-19 har "forstyrret" litt her.	Ansvar for å følge opp gjestepasienter eget opptaksområde er overført til linja.	4	4	Høy	Enhetsdir.	Ansvarlige for de ulike gjestepasienter. Områdene må følge dette tett opp av enhetene. Måles månedlig - utvikling er negativt budsettavvik gjestepasienter somatisk, gjestepasienter psykisk helse og rus har totalt sett mindreforbruk.	Enhetsdirektør er soamtikk/spyk helse og rus	Fortløpende	3	3	Middels
R7	Høyt sykefravær	Ikke reduksjon i sykefraværet	Januar 7,1%, februar 7,2%, mars 6,9%, april 7,3%, mai 7,1%, juni 7,1%, juli 7,5%, aug 7,1%	1	2	Lav	Enhetsdir/avd.ledere	August måned har 1,1 % lavere totalfravær i 2021 mot samme mnd. I 2020. Lantidsfraværet reduseres mest med 1,1 %, mens korttidsfraværet er uendret. Hittil i år sammenlignet mot hittil i fjor - nedgang fra 8,1 % til 7,1 %.	Enhetsdir./avd.ledere		2	2	Lav
R8	Utnyttelse av evt. ledig kapasitet på tvers	Manglende utnyttelse av event. ledig kapasitet	Avdelingsleder avgitt status i ledermøte 18.05. Ledermøtesak 171/2021. utfordringer på personellsiden og økende oppgaver.	4	3	Middels	Enhetsdir.	Har fått til noe på tvers allerede, sett på fordøyelse først. Fremdeles signaler på bemanningsutfordringer. Oppdatert status på utfordringsbildet bør oppdateres.	Enhetsdir	Iverksettes mars	3	3	Middels
R9	Budsjett konseptfase Nye HSYK opprettholdes	Budsjettet overholdes ikke	Uforutsette kostnader som vi ikke har tatt høyde for, f.eks nye utredninger.	4	4	Høy	Adm.dir	Stram styring og prioritering i forhold til styringsdokument og mandat. Framdrift i prosjektet forsinket. Nye utredninger bestilt. Budsjett overskredet med ca. 4,0 mill. kr. h.i.å	Prosjektleder	Fortløpende	2	4	Middels
R10	Mange store prosjekter skal gjennomføres	Mange parallelle prosjekter kan medføre redusert gjennomføringsevne og lavere aktivitet.	Planlegging og koordinering/oversikt/kjenne til alle prosjektene.	3	3	Middels		Masterplan som inneholder total oversikt innhold og tidslinje, under utvikling. Den skal gi mulighet til å justere prosjektene tidslinjer der det er mulig for å unngå unødvendige sammenfall. Oversikt ble presentert i ledermøte 23.03.21 i ledermøtesak 102/2021. Oppdatert oversikt planlegges inn i ledermøtet.			2	2	Lav

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	M 1	4	3	Middels	3	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	M 2	3	3	Middels	2	3	Middels
Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	M 3	3	3	Middels	2	3	Middels
Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene	M 4	3	4	Høy	3	3	Middels
	M 5						
	M 6						

