

## **Styresak 37/2012: Resultat- og tiltaksrapport per 04/2012 - Kvalitet**

Møtedato: 30.05.12

Møtested: Tromsø

I denne saken presenteres resultat og tiltaksrapport kvalitet pr april 2012.

Den fokuserer på noen sentrale kvalitetsparametre og indikatorer iflg den vedtatte kvalitetsstrategien. De enkelte områdene vil bli fulgt opp løpende gjennom ledelsen ved de enkelte sykehusenhetene for å oppnå de fastsatte kvalitetsmålene.

Som det fremgår av rapporten er fortsatt ikke ventelistedata fullstendig pga manglende data for BUP. Disse data er imidlertid i ferd med å fases inn som en følge av implementering av DIPS BUP.

Som vedlegg er det også tatt med den gjennomgang og risikovurdering ledelsen gjorde av de ulike parametrene i kvalitetsrapporten i begynnelsen av februar 2012 som, ledd i ledelsens årlige gjennomgang. En slik gjennomgang er et krav i Oppdragsdokumentet, men suppleres av den månedlige gjennomgangen av resultatene i kvalitetsrapporten. Som det fremkom av en samlet risikovurdering var det særlig grunn til å fokusere på kvalitetsindikatorne, interne revisjoner og risikovurderinger av endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten. Foruten implementering av tiltak knyttet til oppfølging av kvalitetsindikatorne er det utfordringer knyttet til systematisk risikovurdering av endringsprosesser.

De største utfordringene knyttet til kvalitetsindikatorne pr. april er fortsatt antall fristbrudd, og andel epikriser sendt innen 7 dager.

Mht til fristbrudd opprettholdes fortsatt målsettingen om ingen fristbrudd pr 01.07. siden sykehusenhetene har utarbeidet tiltak for å avvikle fristbruddene. Utfordringene er imidlertid store siden det ikke har vært en nedgang av antall fristbrudd den siste måneden. Mht til epikrisetid vil dette bli fokusert spesielt med støtte fra fagstaben ved de enkelte sykehusenhetene før sommeren.

### **VEDTAKSFORSLAG:**

Styret tar saken til orientering og forutsetter at arbeidet med kvalitet har et høyt fokus for å oppnå fastsatte kvalitetsmål.

Per Martin Knutsen  
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer / fagstaben

Vedlegg:

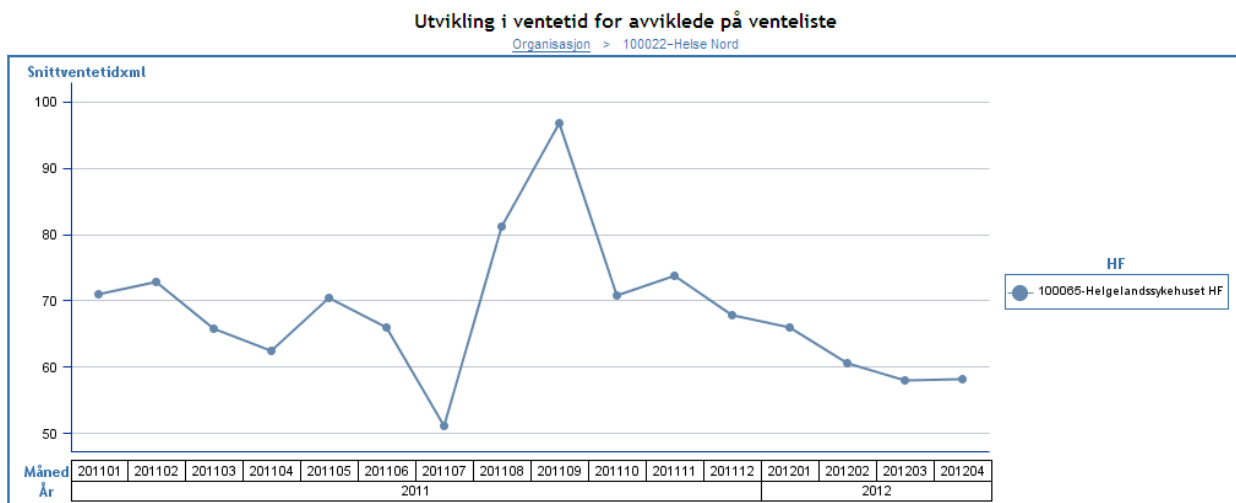
Resultat og tiltaksrapport kvalitet pr. april 2012  
Ledelsens gjennomgang kvalitetsparametre februar 2012.

## Resultat og tiltaksrapport kvalitet Helgelandssykehuset HF april 2012

### 1. Ventelistesituasjonen

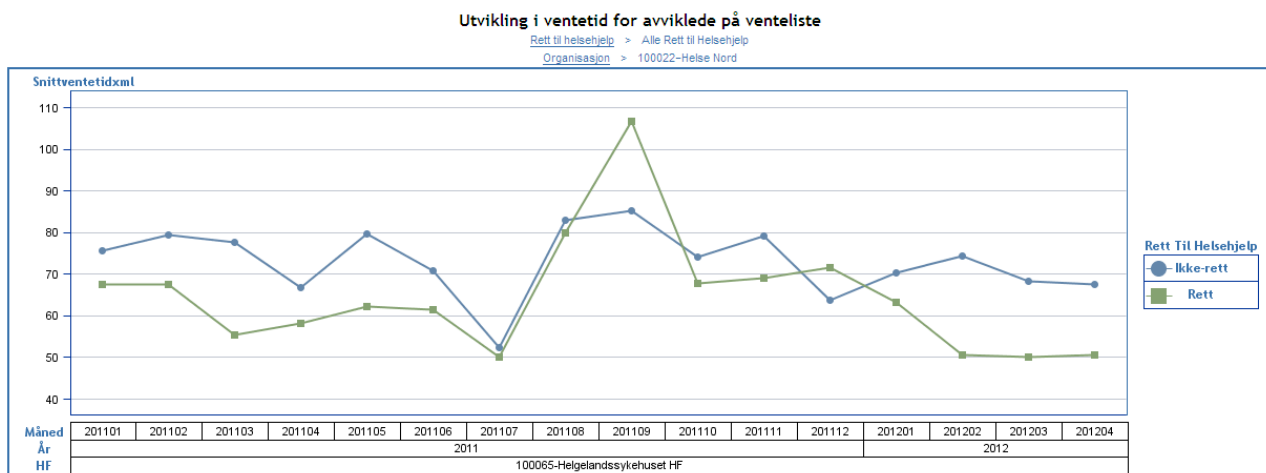
- ➔ Oversikt over endringer for ventetid, antall ventende, andel rettighetspasienter og antall fristbrudd innen hvert sykehus.

Oversikt 1: Viser ventetid på avviklede pasienter.

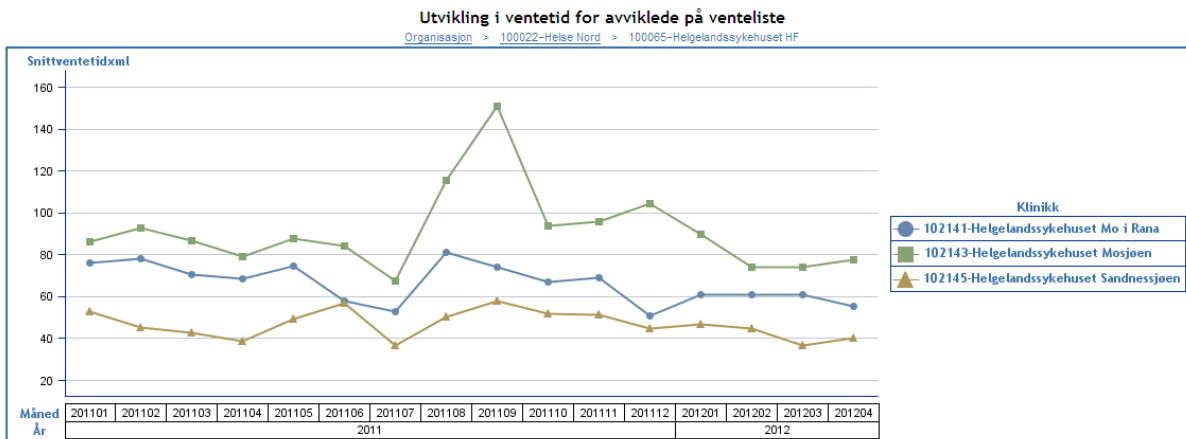


- Ventetid for alle pasienter med unntak av pasienter innenfor BUP. Datagrunnlag fra BUP vil komme med i portalen når DIPS BUP implementeres i foretaket.
- Mål om ventetid under 60 dager i 2012
- Positive utviklingen på ventetiden fortsetter og er under mål om 60 dagers ventetid.

Oversikt 2: Viser utviklingen i ventetid på avviklede pasienter fordelt mellom pasienter med og uten rett til prioritert helsehjelp.



- Ventetiden for avviklede rettighetspasienter er godt under mål, i april ca 50dager.

**Oversikt 3: Viser utviklingen i ventetid for avviklede pasienter fordelt mellom sykehusenhetene**


- Helgelandssykehuset Sandnessjøen har den laveste ventetiden i foretaket. Den positive utviklingen på ventetiden i forhold til 2011 for foretaket kommer fra redusert ventetid i Mosjøen.

**Vurdering og tiltak:**

Pr utgangen av april har sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana ventetider under kravet på 60 dager. Tiltaksplaner for å holde ventetidene under kontroll ved sykehusenhetene.

Ventelisteutvalget følger utviklingen i ventelistesituasjonen og fristbrudd, og vil understøtte tiltaksarbeidet på foretaksnivå og i sykehusenhetene.

**Oversikt 4: Forholdet mellom mottatte henvisninger og avviklede pasienter i periode-**
**Henvisninger og avviklede**

Organisasjon > 100022-Helse Nord > 100065-Helgelandssykehuset HF  
 Periode > 2012

Måned	201201		201202		201203		201204	
	Ant nye henv	Ant ordinaert avviklet XML	Ant nye henv	Ant ordinaert avviklet XML	Ant nye henv	Ant ordinaert avviklet XML	Ant nye henv	Ant ordinaert avviklet XML
<b>Klinikk</b>								
102141-Helgelandssykehuset Mo i Rana	738	840	683	917	859	942	681	755
102143-Helgelandssykehuset Mosjøen	870	986	811	1082	968	914	666	719
102145-Helgelandssykehuset Sandnessjøen	898	987	858	939	937	827	682	664

- Så lenge foretaket klarer å avvikle flere pasienter av venteliste enn hva som kommer til vil dette ha positiv effekt på fristbrudd og ventetider.

**Oversikt 5: Utviklingen for ventetid i Barne- og ungdomspsykiatrien i 2011**
**Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter i periode**

År: 2011	2011						2012					
	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun
<b>Helgelandssykehuset HF</b>	81	78	82	65	47	43	77	51	96	58		
Brønnøysund BUP	65	65	6	32	27	79	47	59	74	45		
Mosjøen BUP	116	98	17	105	73	44	110	100	139	72		
Mo i Rana BUP	54	57	4	49	43	33	61	47	61	52		
Sandnessjøen BUP	72	74	6	36	30	20	37	31	63			

\* Tallgrunnlag fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

### Vurdering og tiltak:

Utviklingen i ventetid innen BUP viste i mars en økning på HF-nivå og ved alle BUP'ene. Denne utviklingen synes nå å være snudd, og det er mindre forskjeller internt. Ventetiden må imidlertid også ses i sammenheng med antall avviklede pasienter.

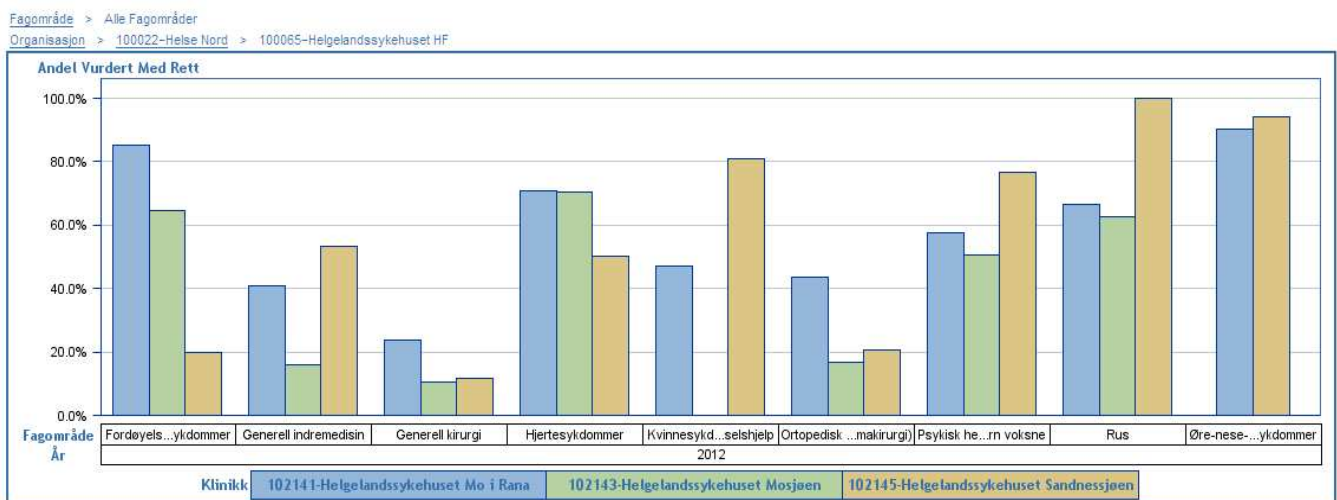
Oversikt 6: Forholdet mellom Mottatte henvisninger og avviklede pasienter i periode for Barne og ungdomspsykiatrien.

Måleverdier as values	Brønnøysund BUP		Mo i Rana BUP		Mosjøen BUP		Sandnessjøen BUP	
	Ant ord. avviklet	Ant nyhenviste	Ant ord. avviklet	Ant nyhenviste	Ant ord. avviklet	Ant nyhenviste	Ant ord. avviklet	Ant nyhenviste
Januar	6	12	14	12	22	11	8	8
Februar	6	13	9	12	13	22	7	13
Mars	15	10	18	19	17	19	5	11
April	6	3	18	7	12	11	5	12
Mai	9	4	9	18	11	17	11	7
Juni	0	0	0	0	0	0	0	0
Juli	2	5	3	4	5	6	7	9
August	5	3	10	9	17	8	3	1
September	6	1	5	12	18	8	6	3
Oktober	4	10	14	22	12	29	4	9
November	2	4	18	16	11	26	15	9
Desember	4	6	10	14	16	12	3	5
Januar	3	7	15	26	15	14	4	9
Februar	2	9	19	25	6	28	12	10
Mars	4	6	22	26	27	20	3	9
April	3	8	10	9	10	20	0	0

2012

Oversikt 7: Rettighetstildeling innenfor fagområde fordelt på sykehuset enheter.

Det er fortsatt forskjeller mellom sykehusenhetene innen samme fagområde som ikke kan forklares ved oppgavefordelingen innen fagområdene. Det er også avvik fra nasjonalt gjennomsnittsnivå innen flere fagområder (se oversikt nedenfor).

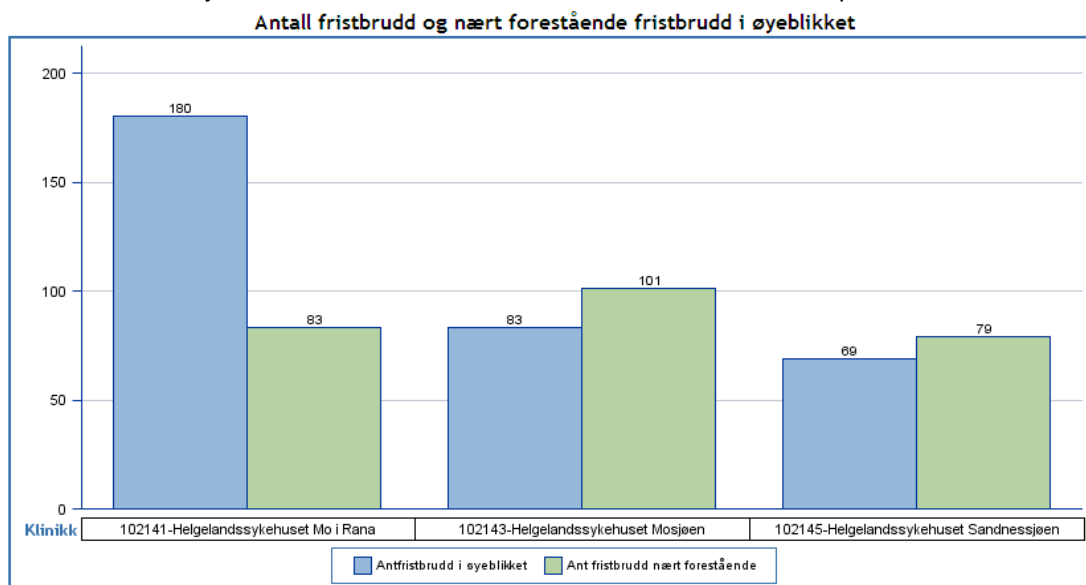


Oversikt 8: Rettighetstildeling nasjonalt nivå, for 2011.

År og tertial		2011	
Behandlingssted	Måleverdier	Fagområde og sektor	
<u>Totalt</u>	Andel med rett, prosent	Generell kirurgi	37,9
		Barnekirurgi	86,2
		Gastroenterologisk kirurgi	49,2
		Karkirurgi	55,6
		Ortopedisk kirurgi	60,4
		Urologi	74,1
		Kjvevekirurgi og munnhulesykdom	18,6
		Plastikkirurgi	33,8
		Generell indremedisin	43,3
		Blodsykdommer	71,1
		Fordøyelsesykdommer	63,5
		Hjertesykdommer	58,2
		Infeksjonssykdommer	51,6
		Lungesykdommer	77,7
		Nyresykdommer	59,7
		Revmatiske sykdommer	59,9
		Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	43,1
		Anestesiologi	53,5
		Barnesykdommer	82,6
		Fysikalsk medisin og rehabilitering	22,8
		Hud og veneriske sykdommer	62,0
		Nevrologi	58,2
		Klinisk nevrofysiologi	64,8
		Øre-nese-hals sykdommer	81,7
		Øyesykdommer	37,4
		Geriatrici	75,3
		Psykisk helsevern, voksne	70,7
		<u>RUS</u>	81,4

Kilde: <http://nesstar2.shdir.no/npr/>

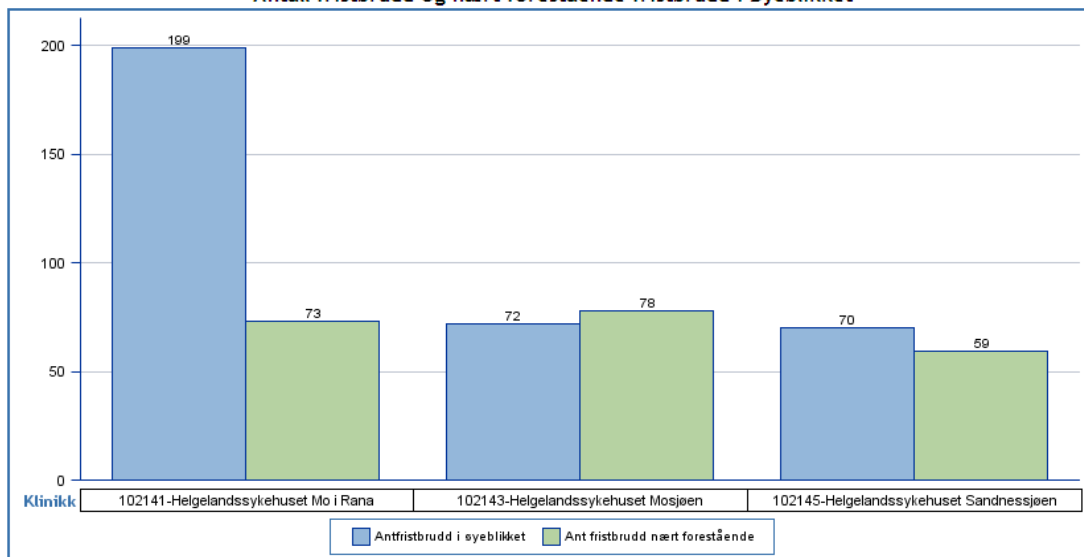
Oversikt 9: Viser øyeblikksbildet over antall fristbrudd i foretaket, uttrekk pr 09/5-2012



Antall fristbrudd i øyeblikket er pasienter på venteliste i Helgelandssykehuset hvor satt frist til behandling er overstredet. Antall fristbrudd nært forestående er pasienter på venteliste som har mindre enn 14 dager til sin behandlingsdato inntreffer.

Uttrekk pr 10/04-2012

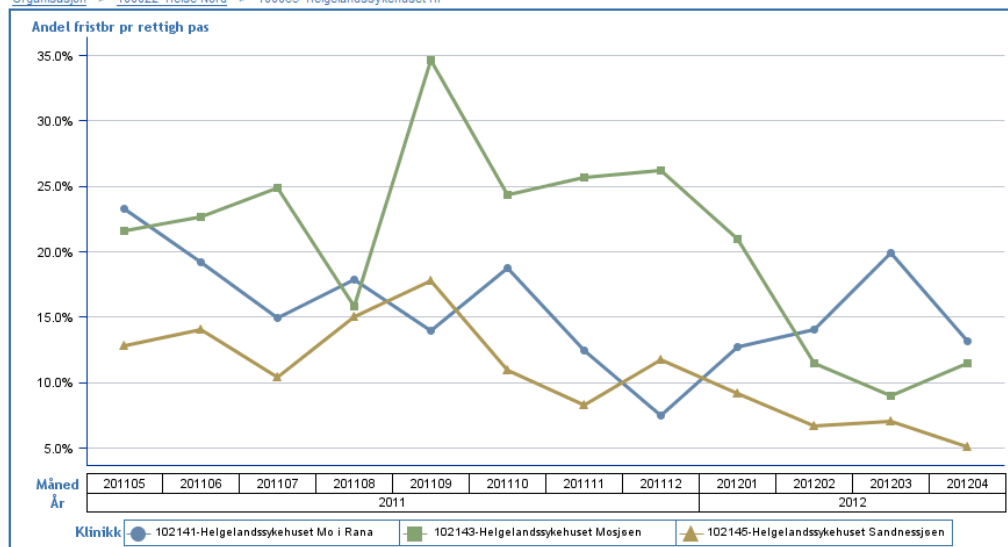
Antall fristbrudd og nært forestående fristbrudd i øyeblikket



### Oversikt 11: Utvikling i andel fristbrudd for rettighetspasienter

Andel fristbrudd for rettighetspasienter avvirket i perioden – Muligheter for å drille ned på organisasjon

Organisasjon > 100022-Helse Nord > 100065-Helgelandssykehuset HF



### Vurdering og tiltak:

Kravet i 2012 er at det ikke skal forekomme fristbrudd. Helseforetaket har som mål at det ikke skal være fristbrudd pr 01.07.12 Det er utarbeidet egne tiltak ved sykehusenhetene. Tiltaksarbeidet må intensiveres siden det ikke har vært noen nedgang i antall fristbrudd den siste måneden.

## 2. Pasientsikkerhet

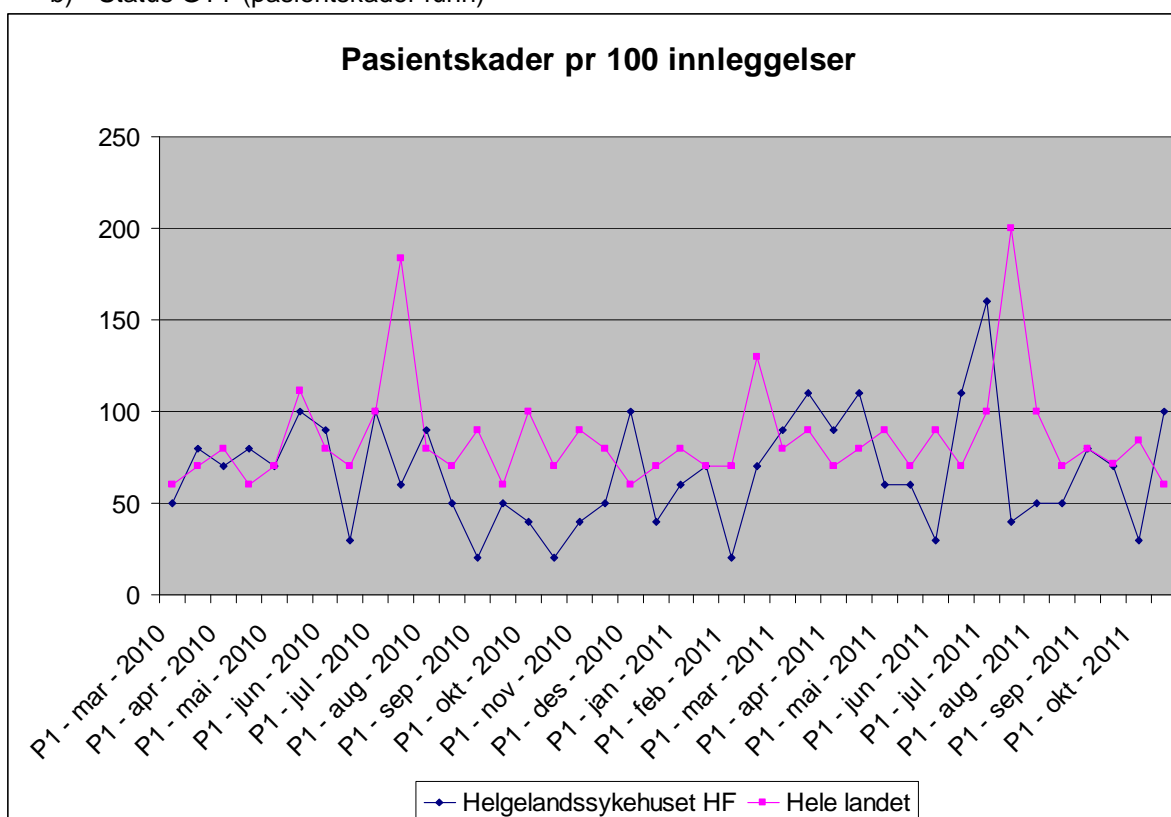
### a) Status bruk av Trygg kirurgi sjekklista, (D-9205)

Enhet/bruk	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Mo, elektive	5/5	1/1	2/2	18/19	
Mo, Ø-hjelp				5/5	
Mosjøen	0/0	0/0	0/0	8/8	
SSJ, elektive	48/57	52/55	59/64	31/45	
SSJ, Ø-hjelp				4/7	

#### Kommentarer:

Etter møte 18.04 med alle kirurgiske enhetene tilstede ble rutinene gjennomgått for hvordan registreringen av sjekklista i DIPS skal foregå og slik at alle kirurgiske inngrep blir registrert.

### b) Status GTT (pasientskader funn)



På bakgrunn av en felles gjennomgang av GTT-data i slutten av mai, vil det bli gitt anbefalinger på oppfølgingsområder.

### 3. Kvalitetsindikatorer

#### a) Status kvalitetsindikatorene:

Indikator	Jan	Feb	Mars	Apr
<b>Operasjonsstrykninger, sum HF (D-6946)</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6%</b>
- Mo i Rana	6,3%	6%	4,7%	3%
- Mosjøen	7,1%	4,6%	6,2%	4%
- Sandnessjøen	4,8%	7,5%	9,4%	11%
<b>Individuell plan barnehabilitering, sum HF (D-8879)</b>				
- Mo i Rana	0%	0/2=0%	0/1=0%	1/2=50%
- Mosjøen	30%	3/15=20%	6/8=75%	2/4=50%
- Sandnessjøen	10%	0/5=0%	0/0=0%	3/3=100%
<b>Epikrisetid, somatikk, sum HF (D-4045)</b>	<b>71%</b>	<b>67%</b>	<b>70%</b>	<b>64%</b>
- Mo i Rana	67%	67%	69%	59%
- Mosjøen	84%	77%	82%	72%
- Sandnessjøen	63%	57%	59%	62%
<b>Epikrisetid, psykiatri, sum HF (D-5927)</b>	<b>77%</b>	<b>72%</b>	<b>76%</b>	<b>71%</b>
- Mo i Rana	70%	85%	76%	79%
- Mosjøen	88%	75%	90%	82%
- Sandnessjøen	77%	64%	64%	52%
<b>Epikrisetid, (somatikk og psykiatri), sum HF</b>	<b>74%</b>	<b>70%</b>	<b>73%</b>	<b>67%</b>
<b>Hyppighet av keisersnitt, sum HF (fødseltall fra fødestuene inkludert i nevner på HF-nivå)</b>	<b>21%</b>	<b>16%</b>	<b>21%</b>	<b>7%</b>
- Mo i Rana, fødsler/elektive	29/2	31/2	37/3	28/3
fødsler/akutte	29/5	31/4	37/6	28/2
- Sandnessjøen, fødsler/elektive	15/3	26/3	23/3	29/0
Fødsler/akutte	15/1	26/1	23/3	29/0
<b>Korridorpasienter, sum HF (D-5952) antall pas.</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>13</b>
- Mo i Rana	0	0	0	0
- Mosjøen	0	0	0	0
- Sandnessjøen	7	29	27	13
<b>Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, sum HF (D-4085)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
- Mo i Rana	9/9	15/15	5/5	7/7
- Sandnessjøen	2/2	2/2	1/1	0/0

#### Vurdering

Etter møter med kirurgisk fagmiljø er det nå enighet om hvordan operasjonstrykninger skal føres korrekt i DIPS ift nasjonal definisjon på kvalitetsindikatoren. Tallene for jan, feb og mars er i denne rapporten nå etterjustert etter denne enigheten.

Når det gjelder korridorpasienter vil indikatoren bli gjenstand for en tilsvarende gjennomgang.

Andel epikriser sendt innen 7 dager viser en nedgang for april måned, spesielt nevnes psykiatri Sandnessjøen og somatikk Mo i Rana. Det blir en gjennomgang mtp tiltak ved hver sykehusenhet i begynnelsen av juni.

#### b) Legemiddelhåndteringsavvik i Docmap:

Enhet/ant.	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Mo	0	0	7	2	
Mosjøen	0	4	2	2	
Sandnessjøen	0	0	0	1	

Pga aktuell og kommende vakans på farmasøyt-siden har vi ikke kunnet ha ønsket fokus på denne type avvik den siste måneden. Kval.leder og HMS rådgiver skal til sykehusenhetene for å gjennomgå melderutiner vedr HMS avvik. Det vil i den forbindelse også fokuseres på melding av legemiddelhåndteringsavvik.

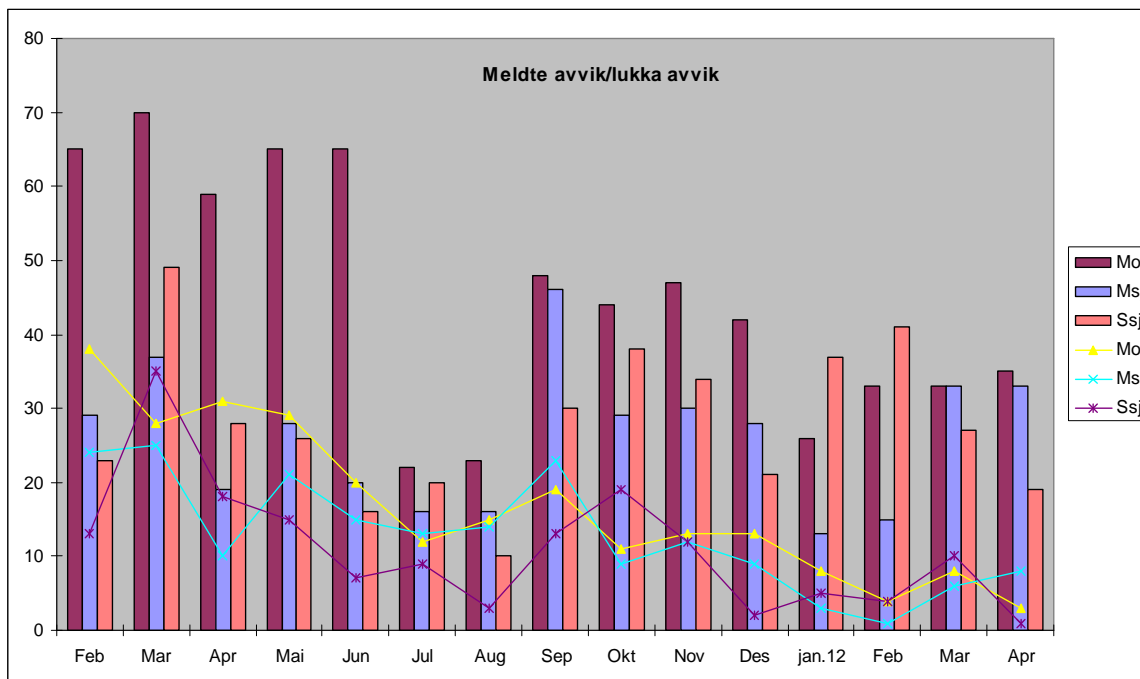


## c) Status pasientklagesaker ved vår avdeling/område/enhet i 2012:

	Mnd	Helsetilsynet	NPE	Pasient- og brukerombudet	IK-2448	Andre med. klager
<b>Mo i Rana</b>	Jan		2012/17 2012/90		2012/107 2011/816	2012/11 2012/48 2012/99 2012/100 2011/371
	Feb	2012/275	2012/169 2010/1024 2012/209 2012/160 2012/228 2012/227	2012/185 2012/210	2012/172	
	Mar		2012/366 2012/172 2012/11 2012/301 2012/288			2012/287
	Apr	2012/172	2012/450 2012/481 2012/522	2012/501	2012/528 2012/528 2012/529	2012/552
	<b>Sum</b>		2	16	3	6
<b>Mosjøen</b>	Jan	2012/16	2012/66			2012/81
	Feb		2012/244 2012/186			2012/81
	Mar					
	Apr				2012/526 2012/527	
	<b>Sum</b>		1	3	0	2
<b>Sandnessjøen</b>	Jan				2012/82	
	Feb	2012/56	2012/163 2012/195 2012/262 2012/261 2012/204	2012/206 2012/231	2012/120	2012/156 2012/157 2012/158
	Mar		2012/256 2012/367			
	Apr				2012/471 2012/472	2012/491
	<b>Sum</b>		1	7	2	4

**4. Status avvikhåndtering i Docmap**

1. Hva er de 3 fokusområdene/situasjonene som avdelingene skal melde avvik på
  - a. Skal dokumenteres i ePhorte i et avdelingsmøtereferat
2. Antall meldte avvik i forhold til antall lukkede avvik siste måned/år 2011 – 2012



Ant. åpne avvik (ikke lukka) pr. dato:

	Pr. 31.12.11	Pr. 10.02.12	Pr. 07.03.12	Pr. 13.04.12	Pr. 09.05.12
Mo	364	406	436	451	483
Msj	128	164	161	168	167
Ssj	158	209	243	260	234

#### Tiltak:

- Her øker fortsatt ant. ikke lukka avvik på enhet Mo i Rana, de to andre har en liten reduksjon.
- 3. Avvik som ønskes tatt et nivå opp (avvik som kan ha læringseffekt for flere)
  - a. Dette tas opp på KVAM-møter ved sykehusenhetene.

## 5. Interne revisjoner

- a) Gjennomførte intern revisjoner ved vår avdeling/område/enhet april 2012

Sted	Type	Saks nr. i ePhorte	Status
Mosjøen	Farmasøytisk revisjon	2012/177	Rehab team MSJ: 4 forbedringspunkter Døgnavd. Psyk: 6 forbedringspunkter
Sandnessjøen	Farmasøytisk revisjon	2012/179	Anestesi/opr: 5 forbedringspunkter

- I. Ant. avvik/merknader
- II. Oppfølgingsansvar, når skal avvikene lukkes (frist)
- III. Status når fristen er passert

## 6. Eksterne revisjoner

- a) Gjennomførte eksterne revisjoner ved vår avdeling/område/enhet april 2012

Sted	Hvem	Saks nr. i ePhorte	Status
Mosjøen	Helse Nord – internrevisjon: Bestilling og mottak av prøvesvar	2012/72	Utkast til rapport skal mottas 23.03
HF	Helse Nord – internrevisjon: Kontroll av helsepersonells kompetanse og autorisasjon	2012/71	Plan intervjuer i mars, rapport i april/mai
HF	DSB – oppfølging av revisjonen fra i fjor	2012/74	Kommer i uke 19
Sandnessjøen	Statens legemiddelverk	2012/308	Kommer 25.04.12
Mo i Rana	Statens legemiddelverk	2012/309	Kommer 26.04.12
Mosjøen	Statens legemiddelverk	2012/307	Kommer 24.04.12
Sandnessjøen	Fylkesmannen i Nordland	2012/80	Kommer 27.03.12 – 29.03.12
Mosjøen Mo i Rana Sandnessjøen	Psykiatrisk kontrollkomisjon Helgeland	2012/434	MSJ 11.04, kl. 13.00 Mo 12.04, kl.09.00 Ssj 12.04, kl. 13.30

- IV. Ant. avvik/merknader  
 V. Oppfølgingsansvar, når skal avvikene lukkes (frist)  
 VI. Status når fristen er passert

## 7. Dokumenter i Docmap

- a) Har vår avdeling/område/enhet de dokumentene som skal være i Docmap i.h.h.t retningslinje [OL0267 Emneinndeling?](#)

Et oppryddingsarbeid er startet for først å få ryddet i de eksisterende dokumentene, her er flere med gyldighetsdato med flere år tilbake i tid. Hver dokumentansvarlig har fått og vil få en frist til å rydde opp i slike eldre dokumenter. Så er det startet en jobb i regi av Helse Nord RHF med å få en enhetlig styring av dokumentene i Docmap. Dette kommer vi tilbake til etter hvert. Målet er flest mulig felles dokumenter og ingen duplikater.

## Ledelsens gjennomgang – intern kontroll/kvalitetsstyring 2012

(basert på PR24998) og ISO 9001:2000 kap. 5.6.2

Hvert pkt. i denne lista skal risikovurderes utifra om status vurderes som:  
 Kritisk, Alvorlig, Middels, Lav, Ubetydelig

### A. Kvalitetsmål, nasjonale kvalitetsindikatorer:

#### 1. Strykninger av planlagte operasjoner.

Periode	2. tert 2011	1. tert 2011	3. tert 2010	2. tert 2010	1. tert 2010
Måleverdier	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner	Andel (%) strykninger av planlagte operasjoner
Behandlingssted					
Helgelandssykehuset HF	9,8	10,2	7,2	5,4	15,0
Helgelandssykehuset, Rana	13,0	13,2	7,2	2,7	9,0
Helgelandssykehuset, Mosjøen	8,1	7,4	6,7	7,6	8,5
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	8,9	10,0	7,6	5,9	11,1

#### Utvikling operasjonsstrykninger 2011

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Gj.snitt
Mo	12%	21%	12%	10,9%	11%	11%	17%	8,4%	13%	9%	10%	7%	12%
Mosjøen	5%	5%	7%	12,4%	3%	9%	6%	16,8%	5%	4%	5%	8%	7%
Ssjøen	11%	8%	8%	13,1%	5%	12%	4%	6,0%	15%	13%	10%	12%	10%
HF	9%	11%	9%	12,1%	6%	10%	9%	10,4%	11,1%	8,6%	8,3%	9,0%	10%

#### Risikomenter:

- Kan være økonomiske tap her
- Kir. avd. må følge denne indikatoren tettere opp
- Avd. dir. må følge denne indikatoren tettere opp med avd. sjef kir.

#### Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Sjekk om operasjonsplanleggeren brukes og om den brukes likt i HF'et

#### Vurdert risiko av A1:

Kritisk/svært alvorlig, Alvorlig, Middels, Lav, Ubetydelig

#### 2. Individuell plan (habilitering av barn).

Periode	2. tert 2011	1. tert 2011	3. tert 2010	2. tert 2010	1. tert 2010
Måleverdier	Andel (%) IP i perioden	Andel (%) IP i perioden	Andel (%) IP i perioden	Andel (%) IP i perioden	Andel (%) IP i perioden
Behandlingssted					
Helgelandssykehuset HF	21,5	24,3	33,3	35,7	45,3
Helgelandssykehuset, Rana	22,6	28,2	44,0	52,0	44,4
Helgelandssykehuset, Mosjøen	26,3	41,9	41,5	43,8	60,5
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	18,3	14,4	23,3	29,0	37,5

#### Risikomenter:

- Har fokus på dette, ser ingen risiko ved om pas. ikke har IP, har all dokumentasjonen uansett

#### Vurdert risiko av A2:

Kritisk/svært alvorlig, Alvorlig, Middels, Lav, Ubetydelig

### 3. Epikrisetid.

Periode	2. tert 2011	1. tert 2011	3. tert 2010	2. tert 2010	1. tert 2010
Måleverdier	Andel (%) epikriser sendt innen 7 dg	Andel (%) epikriser sendt innen 7 dg	Andel (%) epikriser sendt innen 7 dg	Andel (%) epikriser sendt innen 7 dg	Andel (%) epikriser sendt innen 7 dg
Behandlingssted					
Helgelandssykehuset HF	71,8	75,3	64,0	63,9	66,2
Helgelandssykehuset, Rana	75,4	86,3	64,7	63,0	63,5
Helgelandssykehuset, Mosjøen	76,4	75,4	64,5	73,9	72,1
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	66,7	65,6	63,0	59,7	65,6

#### Utvikling epikrisetider somatikk 2011

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Gj.snitt
<b>Mo</b>	73%	65%	65%	63%	53%	52%	73%	71%	78%	68%	60%	70%	66%
<b>Mosjøen</b>	65%	62%	69%	71%	70%	66%	68%	80%	61%	71%	66%	70%	68%
<b>Ssjøen</b>	66%	64%	62%	57%	60%	65%	68%	68%	74%	54%	62%	62%	64%
<b>HF</b>	68%	64%	65%	62%	59%	60%	70%	72%	72%	64%	63%	67%	66%

#### Risikomomenter:

- Ny rapport fra DIPS as skal hjelpe oss å finne ut "hvor skoen trykker"
- Blir større fokus på denne indikatoren iforb. med utskrivningsklare pasienter til kommunene

#### Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Blir gjennomført møte med en grundig gjennomgang rundt saksgangen av epikrisen på alle enhetene rett etter påske

#### Vurdert risiko av A3:

Kritisk/svært alvorlig,  Alvorlig,  Middels,  Lav,  Ubetydelig

### 4. Hyppighet av keisersnitt.

Periode	2. tert 2011			1. tert 2011		
	Andel (%) elektiv keisersnitt	Andel (%) akutte keisersnitt	Andel (%) total keisersnitt	Andel (%) elektiv keisersnitt	Andel (%) akutte keisersnitt	Andel (%) total keisersnitt
Behandlingssted						
Helgelandssykehuset HF	4,8	5,8	10,7	5,3	6,4	11,7
Helgelandssykehuset, Rana	4,7	1,6	6,3	7,0	9,4	16,4
Helgelandssykehuset, Mosjøen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	5,4	10,1	15,5	4,3	4,3	8,7

#### Risikomomenter:

- Kommer nye krav her, er viktig å følge med på utviklingen

#### Vurdert risiko av A4:

Kritisk/svært alvorlig,  Alvorlig,  Middels,  Lav,  Ubetydelig

### 5. Korridorpasienter.

Periode	1. tert 2010		2. tert 2010		3. tert 2010		1. tert 2011		2. tert 2011	
Måleverdier	Antall pasienter i korridor pr. dag	Andel (%) pasienter i korridor	Antall pasienter i korridor pr. dag	Andel (%) pasienter i korridor	Antall pasienter i korridor pr. dag	Andel (%) pasienter i korridor	Antall pasienter i korridor pr. dag	Andel (%) pasienter i korridor	Antall pasienter i korridor pr. dag	Andel (%) pasienter i korridor
Helgelandssykehuset HF	1,3	0,9	1,7	1,3	1,0	0,7	1,0	0,7	1,7	1,3
Helgelandssykehuset, Rana	0,4	0,7	0,2	0,4	0,1	0,1	0,6	0,9	1,0	1,6
Helgelandssykehuset, Mosjøen	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	0,9	1,5	1,5	3,1	0,9	1,5	0,4	0,7	0,7	1,4

#### Utvikling korridorpasienter 2011 (antall)

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Gj.snitt
<b>Mo</b>	14	24	6	25	20	43	10	44	24	29	23	25	23,9
<b>Mosjøen</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2
<b>Ssjøen</b>	12	18	5	12	31	18	30	10	16	13	0	1	13,8
<b>HF</b>	28	42	11	37	51	61	40	54	40	42	23	26	37,9

#### Risikomomenter:

- Kommunene skal i større grad ta ut pasientene fra 2012

#### Vurdert risiko av A5:

Kritisk/svært alvorlig, 
  Alvorlig, 
  Middels, 
  Lav, 
  Ubetydelig

### 6. Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd.

Periode	2. tert 2011		1. tert 2011		3. tert 2010		2. tert 2010		1. tert 2010	
Måleverdier	N-004: Andel (%) operasjoner innen 48t		N-004: Andel (%) operasjoner innen 48t		N-004: Andel (%) operasjoner innen 48t		N-004: Andel (%) operasjoner innen 48t		N-004: Andel (%) operasjoner innen 48t	
Helgelandssykehuset HF	90,5		95,3		97,7		95,7		89,5	
Helgelandssykehuset, Rana	90,0		95,0		97,4		94,1		87,9	
Helgelandssykehuset, Mosjøen	**		**		**		**		**	
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

#### Risikomomenter:

#### Vurdert risiko av A6:

Kritisk/svært alvorlig, 
  Alvorlig, 
  Middels, 
  Lav, 
  Ubetydelig

### 7. Ventetid til operasjon for tykktarm/ - endetarmskreft.

Periode	2. tert 2011			1. tert 2011		
Måleverdier	Antall pas. med kreft i tykktarm	Andel (%) pas. beh. innen 20 virkedg	Median tid til beh. (virkedg)	Antall pas. med kreft i tykktarm	Andel (%) pas. beh. innen 20 virkedg	Median tid til beh. (virkedg)
Helgelandssykehuset HF	8	75,0	12	4	50,0	19
Helgelandssykehuset, Rana	6	83,3	12	*	*	*
Helgelandssykehuset, Mosjøen	-	-	-	-	-	-
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	*	*	*	*	*	*

#### Risikomomenter:

- Lavt antall
- Tid til behandling er ok

#### Vurdert risiko av A7:

Kritisk/svært alvorlig, 
  Alvorlig, 
  Middels, 
  Lav, 
  Ubetydelig

## 8. Ventetid for ordinert avviklede, gjennomsnitt, median og 90 percentil. Desember 2011.

Sektor	Ventetid ordinært avviklede			Ventetid fortsatt ventende		
	Gj. Snitt	Median	Percentile 90	Gj. Snitt	Median	Percentile 90
Somatikk	72	43	160	75	47	172
VOP	56	42	92	64	46	143
BUP	43	32	74	69	51	172
RUS	29	29	29	70	51	178
Ubestemt	29	29	47	34	26	58
Total	71	42	157	75	47	172

## Risikomomenter:

- Følges prioriteringsveilederen
- Prioriteres alvorligheten av de som venter
- Dårlig koordinering mellom enhetene
- Definisjon av ventetid slutt

## Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Ventelisteutvalget får spesifikk oppgave med å komme med konkrete tiltak

Vurdert risiko av A8: <input type="checkbox"/> Kritisk/svært alvorlig, <input checked="" type="checkbox"/> Alvorlig, <input type="checkbox"/> Middels, <input type="checkbox"/> Lav, <input type="checkbox"/> Ubetydelig
---

## 9. Fristid og brudd på ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske og rusrelaterte lidelser. Desember 2011

Institusjon	Sektor	Antall vurderte henvisninger med fristid over og under 65 dager		Antall ordinært avviklede henvisninger med ventetid over og under 65 dager		Antall fortsatt ventende med ventetid over og under 65 dager	
		<65 dager	>65 dager	<65 dager	>65 dager	<65 dager	>65 dager
Brønnøysund BUP	BUP	6	0	3	1	12	0
Mosjøen BUP	BUP	9	0	16	0	22	0
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	VOP	5	0	1	0	13	0
Helgelandssykehuset Mosjøen	VOP	3	0	1	0	4	0
Helgelandssykehuset Rana	VOP	4	0	3	0	4	0
	RUS	1	1	0	0	3	0
Mo i Rana BUP	BUP	13	0	10	0	23	0
Sandnessjøen BUP	BUP	4	0	3	0	3	0

## Risikomomenter:

- For 2012 er kravet 30 dager

Vurdert risiko av A9: <input type="checkbox"/> Kritisk/svært alvorlig, <input type="checkbox"/> Alvorlig, <input type="checkbox"/> Middels, <input checked="" type="checkbox"/> Lav, <input type="checkbox"/> Ubetydelig
---

## 10. Epikrisetid psykiatri

### Utvikling epikrisetider psykiatri 2011

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	G.snitt
Mo	51%	63%	81%	69%	71%	60%	71%	79%	65%	68%	77%	77%	69%
Mosjøen	79%	63%	73%	64%	77%	88%	71%	74%	74%	78%	86%	91%	76%
Ssjøen	58%	89%	77%	73%	74%	80%	79%	77%	71%	79%	76%	78%	76%
HF	62%	72%	77%	69%	74%	76%	74%	77%	70%	75%	80%	82%	74%

### Risikomomenter:

- Ny rapport fra DIPS as skal hjelpe oss å finne ut "hvor skoen trykker"

### Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Blir gjennomført møte med en grundig gjennomgang rundt saksgangen av epikrisen på alle enhetene rett etter påske

### Vurdert risiko av A10:

Kritisk/svært alvorlig,  Alvorlig,  Middels,  Lav,  Ubetydelig

### Samla vurdert risiko for punkt A:

Kritisk/svært alvorlig  
 Alvorlig  
 Middels  
 Lav  
 Ubetydelig

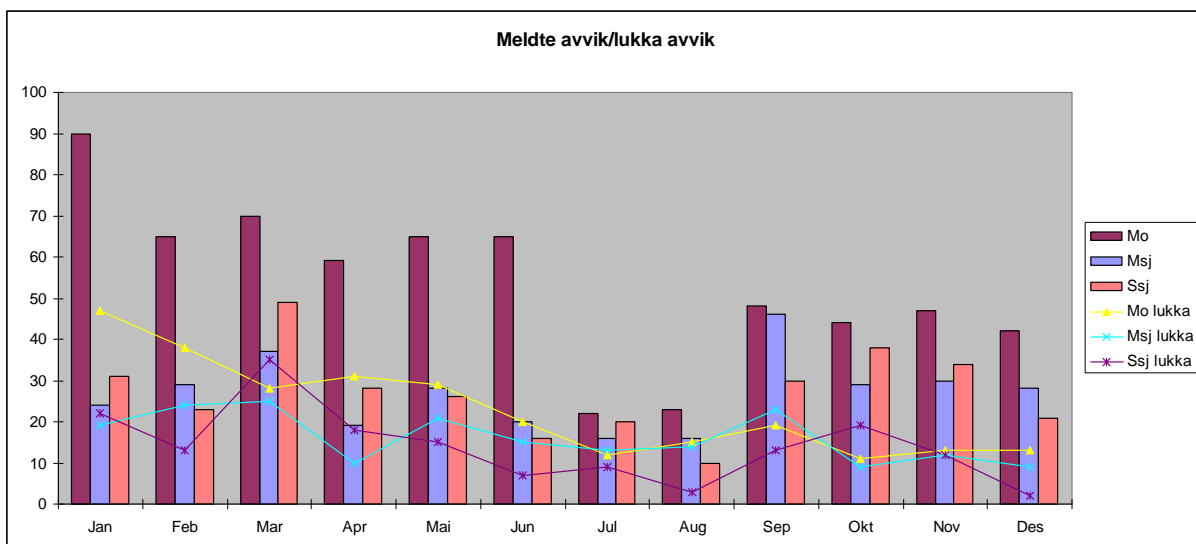
## B. Avvik og forbedringspunkter

### 4. Ant. meldte avvik siste måned/år 2011

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Mo	90	65	70	59	65	65	22	23	48	44	47	42
Msj	24	29	37	19	28	20	16	16	46	29	30	28
Ssj	31	23	49	28	26	16	20	10	30	38	34	21

### 5. Ant. lukka avvik siste måned/år 2011

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Mo	47	38	28	31	29	20	12	15	19	11	13	13
Msj	19	24	25	10	21	15	13	14	23	9	12	9
Ssj	22	13	35	18	15	7	9	3	13	19	12	2





6. De alvorligste avvikene (Fra 2012 vil avvikene bli ROS-vurdert på alvorlighet og frekvens, da vil vi lettere finne de alvorligste avvikene)

Identifikator	Tittel	Melding/avvikstype	Hendelsesdato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
552191	Alvorlig feil i LabCraft; hindrer ikke at teknisk SAG kan gis til pasient.	Melding/avvik	11.02.2011	22.07.2011	Laboratorieavdeling, Mosjøen Laboratorieavdeling, Mosjøen
561345	Alvorlig feilinformasjon	Melding/avvik	21.06.2011		Føde/Gynekologisk avdeling, Sandnessj Føde/Gynekologisk avdeling, Sandnessj

Identifikator	Tittel	Melding/avvikstype	Hendelsesdato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
565180	Datafeil førte til fare for forveksling av blodposer og blodprøver	Melding/avvik	15.09.2011	20.09.2011	Laboratorieavdeling, Mosjøen Laboratorieavdeling, Mosjøen

559725	Blodprøver rekvirert på feil pasient	Melding/avvik	27.05.2011	06.10.2011	Laboratorieavdeling, Mosjøen Laboratorieavdeling, Mosjøen
571214	Blodprøver rekvirert på feil pasient	Melding/avvik	13.12.2011	11.01.2012	Laboratorieavdeling, Mosjøen Laboratorieavdeling, Mosjøen
563804	Brev/anmodning om uttalelse ift pas sendt til feil avd og til ansatt som var sluttet.	Melding/avvik	18.08.2011		Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Rana Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Rana
553968	bruk av feil takst	Melding/avvik	08.03.2011		Røntgenavdeling, Rana
550836	Data feil	Melding/avvik	20.01.2011	29.08.2011	Medisinsk avdeling N2, Rana Medisinsk avdeling N2, Rana
565180	Datafeil førte til fare for forveksling av blodposer og blodprøver	Melding/avvik	15.09.2011	20.09.2011	Laboratorieavdeling, Mosjøen Laboratorieavdeling, Mosjøen
559991	dokument lagt i journalen til feil pas	Melding/avvik	01.06.2011	21.09.2011	Kirurgisk dagavd m/poliklinikk, Mosjøen Kirurgisk dagavd m/poliklinikk, Mosjøen
561809	Dokument skrevet på feil pasient	Melding/avvik	21.05.2011		Kontortjeneste, Rana
561329	Dokumenter svannet på feil pasient	Melding/avvik	21.06.2011		Føde/gyn avdeling, Rana
571929	elektroniske henvisninger sendes feil	Melding/avvik	30.12.2011		Dagenheten, Rana
567020	Feil adm.av væske iv	Melding/avvik	12.10.2011	03.01.2012	Ressursbanken, Rana Ressursbanken, Rana
560441	Feil administrering av blod/iv sett..	Melding/avvik	08.06.2011		Medisinsk avdeling N2, Rana
553119	Feil administrering av medikament	Melding/avvik	21.02.2011	08.03.2011	Intensiv avdeling, Rana Intensiv avdeling, Rana
566619	Feil beskrivelse på feil pasient	Melding/avvik	05.10.2011	22.11.2011	Røntgenavdeling, Mosjøen Røntgenavdeling, Mosjøen
558144	Feil blodprøvesvar på blodprøve tatt fra arteriekran	Forbedringsforslag	04.05.2011	15.06.2011	Intensiv avdeling, Rana
554198	Feil brev til pas.	Melding/avvik	10.03.2011	11.04.2011	Dagenheten, Rana Dagenheten, Rana
551124	Feil bruk av Ø-HJELP henvisning	Melding/avvik	26.01.2011	17.05.2011	Røntgenavdeling, Rana Røntgenavdeling, Rana
570422	Feil datoer i diktater og innleggelsesopplysning	Melding/avvik	22.11.2011		Kontortjeneste, Rana
564801	Feil dosering av medikament	Melding/avvik	09.09.2011		Medisinsk avdeling N2, Rana Medisinsk avdeling N2, Rana

Identifikator	Tittel	Melding/avvikstype	Hendelsesdato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
549870	ikke utfylt kir.prejournal/ operasjonsmelding	Forbedringsforslag	11.01.2011		Operasjonsavdeling, Rana
551870	Manglende varmvann på operasjonsstua	Melding/avvik	08.02.2011		Anestesiavdeling, Sandnessj
553878	søknad om operasjon ikke stilet til driftsspl.	Melding/avvik	08.02.2011		Kontortjeneste, Rana
555433	Forbedringsforslag i operasjonsavdelingen.	Forbedringsforslag	25.03.2011	02.12.2011	Operasjonsavdeling, Sandnessj
557946	legen var satt opp på operasjon på sin poliklinikkdag	Melding/avvik	03.05.2011	18.05.2011	Kirurgisk poliklinikk, Rana Kirurgisk poliklinikk, Rana
559850	Strømstans operasjon/intensiv	Melding/avvik	30.05.2011		Intensiv avdeling, Sandnessj
559887	Batchmerkelapper på operasjonsmelding	Melding/avvik	31.05.2011	10.06.2011	Kirurgi Ø4, Rana Kirurgi Ø4, Rana
559943	Kaputt operasjonslampe stue 1	Melding/avvik	31.05.2011		Anestesiavdeling, Sandnessj
560001	Trenering av operasjonsplanlegging	Melding/avvik	01.06.2011		Anestesiavdeling, Sandnessj
562110	lang tid før kirurg kom til operasjonsstua	Melding/avvik	05.07.2011	02.12.2011	Operasjonsavdeling, Sandnessj Operasjonsavdeling, Sandnessj
562795	Manglende forberedelse til operasjon	Melding/avvik	20.07.2011		Operasjonsavdeling, Rana
564007	Ikke samsvar mellom operasjonsprogram og operasjonsmelding	Forbedringsforslag	24.08.2011	12.10.2011	Operasjonsavdeling, Rana
564012	Ønske om møter for operasjonsykepleiere	Forbedringsforslag	24.08.2011	12.10.2011	Operasjonsavdeling, Rana
567426	Operatører snakker polsk under operasjoner	Melding/avvik	17.10.2011	01.12.2011	Anestesiavdeling, Sandnessj Anestesiavdeling, Sandnessj
567706	Polsk samtale under operasjon	Melding/avvik	19.10.2011	01.12.2011	Anestesiavdeling, Sandnessj Anestesiavdeling, Sandnessj
567948	Fortsatt polsk som arbeidsspråk på operasjonsstua	Melding/avvik	24.10.2011	01.12.2011	Anestesiavdeling, Sandnessj Anestesiavdeling, Sandnessj
568915	Polsk på operasjonsstua	Melding/avvik	01.11.2011	01.12.2011	Anestesiavdeling, Sandnessj Anestesiavdeling, Sandnessj
570750	OPERASJON	Melding/avvik	07.12.2011	05.01.2012	Medisinsk avdeling N2, Rana Medisinsk avdeling N2, Rana
571414	Dårlig kommunikasjon mellom kirurg og anestesi/operasjonsavdeling	Melding/avvik	16.12.2011		Anestesiavdeling, Sandnessj

## 7. Behandlingstid på avvikene

Tendensen er at det brukes lengre og lengre tid på å behandle/lukke avvikene.

### Risikomomenter:

- Avvikene følges ikke opp på avdelingsmøter
- Avvikene følges ikke opp av linjeledelsen

### Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Avvikene kan fra medio februar 2012 risikovurderes slik at man lettere får tatt tak i de som kommer i rød sone.

### Vurdert risiko for punkt B:

- Kritisk/svært alvorlig  
 Alvorlig  
 Middels  
 Lav  
 Ubetydelig

## C. Tilbakemeldinger/klager

### 1. Fra pasienter/pårørende

	2011	2010
	Ant/lukka	Ant/lukka
Mo	14/9	5/4
MSJ	7/3	1/1
SSJ	2/1	7/4
<b>Sum</b>	<b>23/13</b>	<b>13/9</b>

Identifikator	Tittel	Melding/avvikstype	Hendelsesdato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
551019	Dårlig strøing på den kommunale parkeringsplassen	Klager fra pasienter/pårørende	26.01.2011	22.07.2011	Kontortjeneste, Rana
551085	Manglende strøing	Klager fra pasienter/pårørende	27.01.2011	22.07.2011	Kontortjeneste, Rana
551361	Ambulanse Transport	Klager fra pasienter/pårørende	28.01.2011	02.09.2011	Medisinsk avdeling N2, Rana
551948	Klage fra pasient	Klager fra pasienter/pårørende	09.02.2011	06.06.2011	Nevrologisk poliklinikk, Mosjøen
552589	klage fra pårørende	Klager fra pasienter/pårørende	09.02.2011	27.03.2011	Medisinsk avdeling, Mosjøen
553632	Pasientrettighet; klage på manglende svar på henvisning og info om rettigheter	Klager fra pasienter/pårørende	16.02.2011		Medisin, Mosjøen
552990	Fått timen til en anne pas pr tif	Klager fra pasienter/pårørende	22.02.2011	11.05.2011	Kontortjeneste, Rana
554792	For lang postgang på innkallingsbrev.	Klager fra pasienter/pårørende	07.03.2011		Kontortjeneste, Rana
554494	Pas./pårørende misfornøyd med informasjon fra Sandnessjøen sykehus.	Klager fra pasienter/pårørende	14.03.2011		FAM, Mosjøen
554498	Bedre skilting	Klager fra pasienter/pårørende	14.03.2011	22.07.2011	Kontortjeneste, Rana
554631	Klager på innkalling	Klager fra pasienter/pårørende	15.03.2011		Dagenheten, Rana
557072	Klage på NISSY	Klager fra pasienter/pårørende	15.04.2011	19.06.2011	Kirurgisk dagavd m/poliklinikk, Mosjøen
558460	Klage på tidsfrist.	Klager fra pasienter/pårørende	09.05.2011		Dagenheten, Rana
560452	Klage fra pårørende	Klager fra pasienter/pårørende	08.06.2011		Administrasjon, Sandnessj
563536	Pasientvern	Klager fra pasienter/pårørende	10.08.2011	11.08.2011	Kontortjeneste, Rana
563902	Pas. fått feil innkalling	Klager fra pasienter/pårørende	19.08.2011	31.08.2011	Kontortjeneste, Rana
565969	pas ventet 1 år på innkalling	Klager fra pasienter/pårørende	15.09.2011		Kirurgisk dagavd m/poliklinikk, Mosjøen
565853	Ikke kommet igjennom på tif	Klager fra pasienter/pårørende	26.09.2011	26.09.2011	Kontortjeneste, Rana
566806	Avik på utsendelse av Kirurgisk notat	Klager fra pasienter/pårørende	10.10.2011		Kontortjeneste, Rana
569590	IKKE INNKALT TIL TIME	Klager fra pasienter/pårørende	15.11.2011		Kontortjeneste, Rana
572984	Feil legemiddel?	Klager fra pasienter/pårørende	17.11.2011		Medisin, Mosjøen
569871	Alarmlokke tatt fra pasient.	Klager fra pasienter/pårørende	21.11.2011	24.01.2012	Medisinsk avdeling, Sandnessj
569925	Avbestilling	Klager fra pasienter/pårørende	22.11.2011	23.11.2011	Kontortjeneste, Rana

2. Samarbeidspartnere

1 registrert avvik i Docmap, fra Helse & Sikkerhet, et labsvar som de ikke hadde fått.

Risikomomenter:

- For lite fokus på at man skal informere pas./pårørende/samarbeidspartnere om at de kan melde ifra

Tiltak:

- Det registreres for få klager fra pasient/pårørende, må ha mer fokus på å informere om at det er mulig på internett og i møtet med pasient/pårørende.

Vurdert risiko for punkt C:

- Kritisk/svært alvorlig  
 Alvorlig  
 Middels  
 Lav  
 Ubetydelig

**D. Interne revisjoner**

1. Status, 2011

Sted	Type	Saks nr. i ePhorte
Mosjøen	Farmasøytiske revisjoner (7 stk)	2011/1006
Mosjøen	Blodbank	2011/517
Sandnessjøen	Farmasøytiske revisjoner (16 stk)	2011/638
Mo i Rana	Farmasøytiske revisjoner (3 stk)	2011/1062

Risikomomenter:

- Farmasøytene sier de mangler tilbakemeldinger fra avdelingene på rapportene
- Rapportene etterspørres ikke i linja
- Status tas ikke opp på ledermøter
- Det gjennomføres for få intern revisjoner
- Gjennomførte intern revisjoner dokumenteres ikke i ePhorte

Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter
- Rapportene og tiltakene må etterspørres i linja

Vurdert risiko for punkt D:

- Kritisk/svært alvorlig  
 Alvorlig  
 Middels  
 Lav  
 Ubetydelig

## E. Eksterne tilsyn

### 1. Status, 2011

Sted	Hvem	Saks nr. i ePhorte	Status
Mosjøen	Statens legemiddelverk	2011/539	Alle avvik er lukket
Mo i Rana	Helsetilsynet i Nordland	2011/600	1 avvik, svar sendt
Mosjøen	Helsetilsynet i Nordland	2011/839	Kun varselet som ligger her...
HF	Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis	2011/110	Se <a href="#">link</a>
HF – alle	DSB	2011/395	5 avvik 1 anm, se <a href="#">link</a> til svar rapport
Mosjøen	Baxter	2011/769	Kun <a href="#">varselet</a> som ligger her...

#### Risikomomenter:

- Gjennomførte revisjoner dokumenteres ikke i ePhorte
- Rapportene blir ikke fulgt opp i linja

#### Tiltak:

- Er lagt inn som månedlig rapport punkt fra 2012 på alle ledermøter

#### Vurdert risiko for punkt E:

- Kritisk/svært alvorlig  
 Alvorlig  
 Middels  
 Lav  
 Ubetydelig

## F. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

- a) Omorganiseringer
  - Organisasjonsmessig (ingen planlagte)
  - Funksjoner (ingen planlagte)
- b) Bygningsmessige endringer
  - 2 MR (Mosjøen og Sandnessjøen) i 2012
- c) Nye elektroniske løsninger
  - DipsBup
  - FIKS
  - Nytt HR system
  - Clockwork
- d) Lovmessige endringer
  - Samhandlingsreformen
- e) Samarbeidsavtaler
  - Kommunene
  - Sømna rehab.
  - Beredskap
  - Fullmaktsstruktur

#### Risikomomenter:

- Mangler full oversikt her
- Prosjektplaner mangler
- ROS analyser mangler

#### Tiltak:

- Mal for prosjekter er laget og skal brukes

- Vurderinger av avtaler/prosjekter skal opp i ledermøte

Vurdert risiko for punkt F:

Kritisk/svært alvorlig

Alvorlig

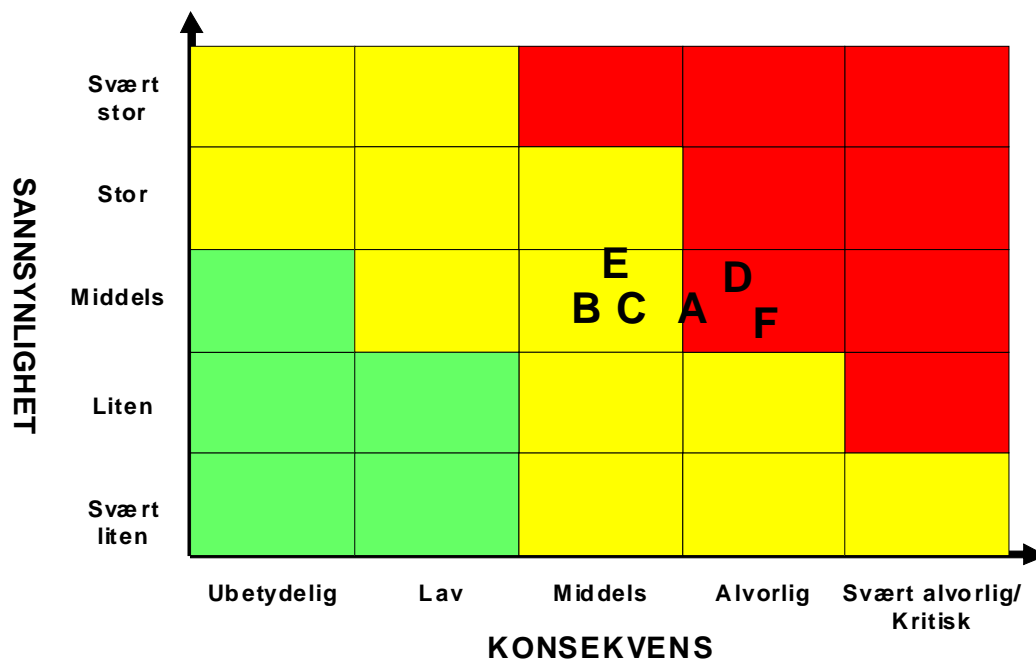
Middels

Lav

Ubetydelig

**ROS-analyse skjemaet blir da:**

- A. Kvalitetsmål, nasjonale kvalitetsindikatorer
- B. Avvik og forbedringspunkter
- C. Tilbakemeldinger/klager
- D. Interne revisjoner
- E. Eksterne tilsyn
- F. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten



Områdene: A, D og F må ha ekstra fokus for å få dem over i gul eller grønn sone. Tiltak er beskrevet under hvert punkt.

Det skal gjennomføres intern revisjoner og ROS analyser i 2012 på:

- Bygg
- Elektroniske løsninger
- Radiologo investeringen