

Styresak 38/2012: Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger

Møtedato: 30.05.12

Møtested: Tromsø

I følge oppdragsdokumentet 2011 og 2012 skal helseforetaket styrebehandle den årlige gjennomgangen av risikoene knyttet til de styringsmålene som er satt fra Helse Nord og av helseforetaket selv, samt den årlige gjennomgangen av oppfølging av internkontroll.

I oppdragsdokumentet for 2012 er dette formulert slik:

Helseforetaket skal styrebehandle:

- Årlig gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og pasientsikkerhet og tiltak for å følge opp avvik.

De overordnede målene for helseforetaket er definert i RHF-styresak 139 - 2011/6:

Risikostyring 2012 i foretaksgruppen – overordnede mål (vedlagt).

Disse er en videreføring av de styringsmålene som ble satt for helseforetakene i 2011.

Hovedmålene fra Helse Nord RHF for 2012:

1. Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge
Delmål tilsier at det ikke skal forekomme fristbrudd og ventetiden skal være under 60 dager.
2. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå.
Delmål tilsier dokumentasjon av internkontroll og deltakelse i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen
3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett.

I tillegg har helseforetaket følgende egne styringsmål:

1. Sykefravær skal være under/lik 6,8 %
2. operasjonsstrykninger skal være under/lik 5 %
3. Det skal ikke være utskrivingsklare pasienter
4. Andel epikriser sendt innen 7 dager skal være 100%

De ulike styringsmålene er risikovurdert ift sannsynlighet og konsekvens ved gjennomgang i HF-ledergruppen 27.03.2012. Som det fremkommer av vurderingene og risiko-plottet ble risikoen for å ikke nå økonomisk resultat i tråd med budsjett for stor med alvorlig konsekvens, og dette understøttes i resultatrapportene til styret der tiltaksarbeidet har et bredt fokus. I disse rapportene redegjøres også for tiltaksarbeidet mht sykefravær.

Ifølge de øvrige styringsmålene vurderes måloppnåelse som middels sannsynlig og med middels konsekvens, og disse styringsmålene følges opp spesielt, med tanke på måloppnåelse. Det vises til de månedlige resultat- og tiltaksrapportene for kvalitetsarbeidet.

Til saken vedlegges også den Sikkerhetsrevisjonen med risikovurderingen som HF-ledergruppen gjorde primo februar ift til informasjonssikkerhet med utgangspunkt i faktaark nr 6 fra Norm for informasjonssikkerhet. I dette faktaarket summeres sentrale parametre ift Normen og informasjonssikkerhetsarbeidet.

Som det fremkommer av gjennomgangen er ikke alle sjekkpunktene tilfredsstillende kvalitetssikret, og en samlet vurdering er at risikoen har middels sannsynlighet og konsekvensene vurderes som middels. Sjekkpunkt nr 4 – nødprosedyrer ved stans i informasjonssystemene vurderes som svært alvorlig/kritisk konsekvens, men der er sannsynligheten svært liten for å etablerte nødprosedyrer.

Årlig gjennomgang av kvalitetsindikatorer er vedlagt resultat- og tiltaksrapport kvalitet.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar resultatet av ledelsens gjennomgang av styringsmål for 2012 og sikkerhetsrevisjon ift informasjonssikkerhet til orientering.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer

Vedlegg: Brev fra RHF til HF Risikostyring 2012
RHF-styresak 139 - 2011/6 Risikostyring 2012
Ledelsens gjennomgang styringsmål mars 2012
Ledelsens gjennomgang informasjonssikkerhet febr. 2012

Foretakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/64-4/ 022

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

Sted/dato:
Bodø, 29.11.2011

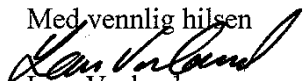
Overordnede mål risikostyring 2012 - utsendelse til helseforetakene i Helse Nord

I styremøte 23. november 2011 ble styret i Helse Nord orientert om de overordnede målene som skal ligge til grunn for foretaksgruppens arbeid med risikostyring i 2012. Disse målene ligger vedlagt i sak 139-2011/6 *Risikostyring 2012 i foretaksgruppen – overordnede mål*.

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

Med vennlig hilsen


Lars Vorland
Administrerende direktør


Hilde Rølandsen
Eierdirektør

Vedlegg:

Styresak 139-2011/6 *Risikostyring 2012 i foretaksgruppen – overordnede mål*

Møtedato: 23. november 2011

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Erling Bang, 75 51 29 56

Dato: 11.11.2011

Styresak 139-2011/6 Risikostyring 2012 i foretaksgruppen – overordnede mål

Innledning/bakgrunn

Denne styresaken har som formål å orientere styret i Helse Nord RHF om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i 2012.

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 2012. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2012. Målene skal danne grunnlaget for helseforetakenes risikostyring i 2012 og understøtter føringer i oppdragsdokumentet som sendes helseforetakene i starten av 2012.

Målene som ble sendt ut til foretaksgruppen for 2012 inneholder tre hovedmål med to til fire underliggende delmål/kritiske suksessfaktorer (KSF).

Kvalitet, trygghet og respekt

Risikostyring er en aktivitet som understøtter Helse Nord's verdier, spesielt ved at den skal øke *kvaliteten* i styringen mot viktige mål, samt skape *trygghet* for at risikoen innen disse områdene er akseptabel.

Hovedmål 1

- Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge.

Delmål/KSF hovedmål 1:

- Fristbrudd skal ikke forekomme.
- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager.
- Ingen må vente i over ett år på behandling.
- Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale prioriteringsveiledere.

Kravene innen ventetid og fristbrudd er ytterligere innskjerpet og har en sentral plass i spesialisthelsetjenesten i 2012.

Hovedmål 2

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

Delmål/KSF hovedmål 2:

- Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til § 5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester.
- Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelige og i bruk i DocMap.
- Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis.
- Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister.

Trygghet for at internkontrollen i Helse Nord er godt dokumentert og tilgjengelig for bruk er viktig for å opprettholde pasientsikkerheten og tilliten til helsetjenestene. Standardiserte behandlinger basert på dokumentert kunnskap gir en trygghet for kvalitet i behandlingen.

Hovedmål 3

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

Delmål/KSF hovedmål 3:

- Aktivitetsnivået styres for å oppnå budsjettet resultat.
- Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder.

Helse Nord står foran en rekke større investeringer, blant annet i medisinskteknisk utstyr og sykehusbygg. For å kunne bære disse investeringene er Helse Nord avhengig av å ha et driftsnivå på linje med budsjettet. Dersom Helse Nord ikke klarer økonomiske resultatmålene, vil investeringer måtte utsettes.

Risikovurdering og rapportering til RHF 2012

1. RISIKOVURDERING for 2012

Følge opp uakseptable risikoer fra 2011.

For hvert mål som blir risikovurdert, skal resultatene av risikovurderingen oppsummeres i en tabell lik Tabell 1 under. Til hver tabell skal det følge en utfyllende tekst. Denne teksten skal blant annet gi en utfyllende beskrivelse av målet. For de foretaksspesifikke risikoene der sannsynlighet og konsekvens ikke på forhånd er gitt et innhold av Helse Nord RHF, skal også dette dokumenteres i en egen tabell (se Tabell 2 under).

Tabell 1a: Vurdering av risiko (RHF hovedmål)

Mål 1	Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge.							
Beskrivelse av mål	Kravene innen ventetid og fristbrudd er ytterligere innskjerpet og har en sentral plass i spesialisthelsetjenesten i 2012.							
Styringsvariabel 1	Fristbrudd skal ikke forekomme.							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Alle kjenner til og forstår definisjonen av fristbrudd	Alle kjenner ikke til definisjonen av fristbrudd	Er tilfredstillende	Liten	Lav	Avd. dir	-Sørge for at alle kjenner til definisjonen av fristbrudd	Avd. dir	Adm dir.. v/med. dir
2 Venteliste-rydding	Det blir ikke ryddet i ventelistene	Er delvis tilfredstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at det blir ryddet i ventelistene. -Bruker vi våre ressurser rett	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
3 Korrekt fastsettelse av rett til prioritert helsehjelp	Ikke korrekt bruk av prioriterings-veileder	Ikke tilfredstillende for enkelte fagområder	Moderat	Middels	Avd. dir	-Korrekt bruk av prioriteringsveileder. -Ekstra ressursbruk for kapasitetsøkning. -Sende pas. annet beh. sted	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir.
4 Korrekte og oppdaterte tall over fristbrudd pr. fagområde	Korrekte og oppdaterte tall over fristbrudd pr. fagområde kan ikke fremskaffes	Er tilfredstillende, tallene har en nedadgående tendens	Liten	Lav	Avd. dir	- Beskrivelse av hvordan tallene hentes	Foretaks-controller	Adm dir.. v/med.dir.
5 Tiltakene for å få ned ant. fristbrudd slår til	Tiltakene for å få ned ant. fristbrudd slår ikke til	Er delvis tilfredstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Tett oppfølging av tiltakene	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir.

Styringsvariabel 2								
Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager.								
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Optimalt forhold mellom nyhenviste og kontroller ved poliklinikkene	For mange kontrolltimer bestilles uten at det er nødvendig	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	Sørge for at kontrollen med kontrolltimene blir tilfredsstillende	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
2 Kontroll på områder med for lang ventetid	Områder med for lang ventetid prioriteres ikke tilstrekkelig	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Månedlig oppfølging av ventidsparemetre -Hvert fagomr. må ta ansvar her, lage en konkret handlingsplan	Avd.dir	Adm dir. v/med.dir
3 Styring på inntaket, hvem avgjør om når pas får time	Vi har ikke styring på inntaket, og vet ikke hvem som avgjør om når pas får time	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Hver enhet går igjennom inntaksprosedyrene -Endringer gjennomføres i inntaksprosedyrene for å få kontroll	Avd.dir	Adm dir. v/med.dir
Styringsvariabel 3								
Ingen må vente i over ett år på behandling.								
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Kan overføre pasient til annen enhet	Man kan ikke overføre pasient til annen enhet	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at man kan overføre pasient til annen enhet	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
2 Har de nødvendige stillingene besatt	Man har ikke de nødvendige stillingene besatt	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at man har de nødvendige stillingene besatt -Venteliste utvalget	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
3 Rydding ventelister	Rydding ikke fullført	Er delvis tilfredsstillende	Liten	Lav	Avd. dir	-Ferdigstille rydding i ventelister	Avd.dir	Adm dir. v/med.dir
4 Gjennomgang-/vurdering av henvisningene med fastlegene ukentlig	Vi får ikke gjennomført gjennomgang-/vurdering av henvisningene med fastlegene ukentlig	Er ikke tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Få etablert ukentlige møter med fastlegene i eget område for vurdering av henvisningene i perioden	Avd.dir	Adm dir. v/med.dir

Styringsvariabel 4	Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale prioriterings veiledere							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Lik bruk av prioriteringsveiledere	Prioriteringsveilederne brukes ikke likt	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at prioritetsveilederne brukes likt	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
2 Bruk av nasjonale prioriterings veiledere i tråd med nasjonalt gjennomsnitt	Bruk av nasjonale prioriterings veiledere er ikke i tråd med nasjonalt gjennomsnitt	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Følge opp egen enhets praksis i forhold til bruken av nasjonale prioriteringsveiledere	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
3 Regulering av kapasitet i forhold til prioritert behandling	Vi får ikke regulert kapasitet i forhold til prioritert behandling	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Koordinere sykehus driften med de andre enhetene slik at de pas. med prioritet får beh. innen riktig tid	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir

Mål 2	Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå							
Beskrivelse av mål	Trygghet for at internkontrollen i Helse Nord er godt dokumentert og tilgjengelig for bruk er viktig for å opprettholde pasientsikkerheten og tilliten til helsetjenestene. Standardiserte behandlinger basert på dokumentert kunnskap gir en trygghet for kvalitet i behandlingen.							
Styringsvariabel 1	Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til § 5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Følge forskrift om internkontroll i sosial- og helsetj. § 5	Følger ikke forskriften	Er tilfredsstillende	Liten	Lav	Adm dir..	-Sørge for at forskriften følges	Kval. leder	Med. direktør
Styringsvariabel 2	Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelige og i bruk i Docmap							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Krav til dokumentasjon i	Kravet til dokumentasjon	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Alle ledere	-Sørge for at dokumentasjon i	Kval. leder	Med. direktør

Docmap blir fulgt	i Docmap blir ikke fulgt					Docmap blir fulgt		
2 Bedre opplæring i bruk av Docmap	Bedre opplæring i bruk av Docmap blir ikke gjennomført	Er delvis tilfredsstillende	Liten	Lav	Alle ledere	-Lage bedre opplærings-opplegg i bruken av Docmap	Kval. leder	Med. direktør
3 De ansatte bruker Docmap når de skal lese faglige retningslinjer og prosedyrer	De ansatte bruker ikke Docmap når de skal lese faglige retningslinjer og prosedyrer	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Alle ledere	-Nye førstesider i Docmap skal bedre tilgjengeligheten for de ansatte -Månedlig rapport til lederne over bruken av Docmap	Kval. leder	Med. direktør
Styringsvariabel 3	Mest mulig lik kunnskapsbasert behandlingspraksis							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Kunnskap om nasjonale retningslinjer	Ingen får kunnskap om nasjonale retningslinjer	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Informere om helsebiblioteket.no	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
2 Konsensus i fagmiljøene	Ikke konsensus i fagmiljøene	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Tettere oppfølging av fagmiljøene	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
3 Behandlingspraksis må være dokumentert	Behandlingspraksis er ikke dokumentert	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Informere om viktigheten av at behandlingspraksis må være dokumentert	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir
Styringsvariabel 4	Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Prosjektleder i 50% stilling (i 1 år) må på plass	Får ikke Prosjektleder i 50% stilling på plass	Er ikke tilfredsstillende	Liten	Lav	Med. direktør	-Få tilsatt prosjektleder asap	Med. direktør	Adm dir.. v/med.dir
2 Implementert tiltakene som ligger i kampanjen	Får ikke implementert tiltakene som ligger i kampanjen	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Med. direktør	-Sørge for at de som skal innføre tiltakene får tid til å gjøre det	Med. direktør	Adm dir.. v/med.dir
3 Enhetlig	Får ikke	Er delvis	Moderat	Middels	Med. direktør	-Utarbeide	Med.	Adm dir..

rapportering	rapportering enhetlig	tilfredsstillende				standard maler for rapportering	direktør	v/med.dir
4 Bruk av KEK	KEK brukes ikke	Er ikke tilfredsstillende	Moderat	Middels	Med. direktør	-Sørge for at KEK brukes i saker hvor vi er i tvil etisk/moralsk	Med. direktør	Adm dir.. v/med.dir

Mål 3	Virksomheten skal ha aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett							
Beskrivelse av mål	Helse Nord står foran en rekke større investeringer, blant annet i medisinskteknisk utstyr og sykehusbygg. For å kunne bære disse investeringene er Helse Nord avhengig av å ha et driftsnivå på linje med budsjettet. Dersom Helse Nord ikke klarer økonomiske resultatmålene, vil investeringer måtte utsettes.							
Styringsvariabel 1	Aktivitetsnivået må styres for å oppnå budsjettert resultat.							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Bedre oppfølging på status aktivitet	Oppfølging på status aktivitet blir ikke god nok	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	Sørge for at avd. sjefene følger opp status aktivitet	Avd. dir	Adm dir.
2 Bedre kostnadskontroll og kontroll på bemanningsutviklingen	Oppfølging av kostnadskontroll og bemanningsutviklingen blir ikke god nok	Er ikke tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at avd. sjefene følger opp kostnadskontroll. -Fullmaktstruktur -ROS analyse av bemanningskostnadsbildet	Avd. dir	Adm dir
Styringsvariabel 2	Innholdet i aktiviteten skal innrettes mot prioriterte områder.							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Oppfølging av gjennomført DRG produksjon opp mot plantall	Oppfølging av gjennomført DRG produksjon opp mot plantall blir ikke gjennomført	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at avd. sjefene følger opp DRG produksjon opp mot plantall -Tydelig def. av tjeneste tilbudet	Avd. sjefer	Avd. dir

Tabell 1b: Vurdering av risiko (Helgelandssykehuset HF hovedmål)

Mål 1	Sykefravær skal være under/lik 6,8%							
Beskrivelse av mål	Sykefravær utløser ekstra kostnader for foretaket. Derfor viktig å holde fraværet på lavest mulig nivå. Høyt sykefravær gir større belastning på de som er friske, og øker risikoen for at flere blir syke.							
Styringsvariabel 1	Rutinene for sykefraværsoppfølging skal følges ved alle avdelinger i foretaket							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Systematisk oppfølging	Dårlig oppfølging – fravær øker	Delvis tilfredsstillende	Liten	Middels	Avd. leder	Rep. Prose- dyre	Po/avd. ledere	HF/PO
2 Tidlig tiltaksplan for den sykemeldte	For sein plan – boter fra NAV	Delvis tilfredsstillende	Middels	Middels	Avd. leder	-Leder oppfølging -Rollespill på oppfølgings-samtalen	Avd. sjef	Lokal PO
Styringsvariabel 2	BHT skal trekkes tidlig inn i arbeidet med oppfølging av sykemeldte							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Ledere tar tidlig kontakt med BHT	Tar ikke kontakt med BHT	Delvis tilfredsstillende	Liten	Middels	Avd. leder	Leder oppfølging	Avd. sjef	Lokal PO
2 Markedsføre gevinst av bruk	Ingen info om gevinst av bruk	Delvis tilfredsstillende	Liten	Middels	PO	Div. info	PO/HF	PO
Styringsvariabel 3	Hver enhet må etablere egne delmål for sykefraværet, som er godt kjent på enheten– se IA handlingsplan							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Realistiske mål som del av HMS-plan	Urealiserbare mål	Tilfredsstillende	Middels	Middels	Avd. dir	Grundig for-arbeid	Lokal leder-gruppe	Lokal PO

Mål 2	Operasjonsstrykninger skal være under/lik 5%							
Beskrivelse av mål	Unødvendige operasjonsstrykninger medfører misbruk av tid og penger. Pasienter kunne fått behandling tidligere.							
Styringsvariabel 1	Operasjonsstrykninger skal være under/lik 5%							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Beskrive nå-situasjonen av opr. str.	Vi får ikke beskrevet årsakene til opr. str.	10% HF 13% Mo 7% Msj 10% Ssj	Moderat	Middels	Avd. dir.	Sørge for at nå-situasjon blir beskrevet	Kval. leder	Med. direktør
2 Forbedre opr. planlegginga	Vi får ikke forbedra opr. planlegginga	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir.	-Sørge for at systemet fanger opp alle forhold som påvirker opr. programmet -Sørge for rett bruk av opr. planleggeren i Dips	Avd. dir	Med. direktør

Mål 3	Utskrivningsklare pasienter skal være 0							
Beskrivelse av mål	Pasienter som er utskrivningsklare skal ikke bli liggende på sykehus unødvendig lenge, men bli overført til kommunen							
Styringsvariabel 1	Utskrivningsklare pasienter skal være 0							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 §11-4 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra dag en.	Kommunene følger ikke §11-4	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	Sørge for at kommunene følger §11-4	Avd. dir	Med. direktør
2 Elektronisk saksgang mellom sykehus og kommune	Postgangen medfører flere liggedøgn	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	Sørge for elektronisk saksgang mellom sykehus og kommune	Avd. dir	Med. direktør

Mål 4	Epikrisetid skal være 100%							
Beskrivelse av mål	Epikrisen skal etter utskrivning fra sykehuset sendes innen 7 dager til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging.							
Styringsvariabel 1	Epikrisetid skal være 100%							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Skaffe rapport i Dips som viser hvor epikrisen ”stopper opp”	Får ikke skaffet rapport i Dips som viser hvor epikrisen ”stopper opp”	Somatikk: 67% Mo 67% Msj 62% Ssj Psyk: 66% Mo 70% Msj 76% Ssj	Moderat	Middels	Avd. dir	Bestilt rapport i Dips som viser hvor epikrisen ”stopper opp”	Kval. Leder	Med. direktør
2 Forbedre rutine som gjelder saksgangen til en epikrise	Vi får ikke forbedret rutine som gjelder saksgangen til en epikrise	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at rutine som gjelder sakshengen til en epikrise blir forbedret - Gj.gang med alle enhetene etter påske	Avd. dir	Med. direktør
3 Oppfølging av epikrisetidene av nærmeste leder	Oppfølging av epikrisetidene skjer ikke av nærmeste leder	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. sjef	Sørge for at epikrisetidene blir fulgt opp av nærmeste leder	Avd. sjef	Avd. dir.

Tabell 2: Skalaer for sannsynlighet og konsekvens

Sannsynlighet	Forklaring
Svært liten	Skjer max 1 gang i året
Liten	Skjer 4 ganger i året
Moderat	Skjer månedlig
Stor	Skjer hver 14 dag
Svært stor	Skjer hver dag, 1 gang i uka

Skala for konsekvens (Ventetiden, RHF mål 1)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Pasient kan få utsatt behandling uten særlige konsekvenser for funksjon/levetid
Middels	Pasient kan få utsatt nødvendig behandling
Alvorlig	Vi mister noe pas. grunnlag til andre som har lavere ventetid, samt at pasient som venter hos oss kan få noe redusert funksjon/levetid
Svært alvorlig/kritisk	Vi mister et stort pas. grunnlag til andre som har lavere ventetid, samt at pasient som venter hos oss får redusert funksjon/levetid

Skala for konsekvens (Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontrollen, RHF mål 2)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Sikkerheten for pasienter og ansatte er lavere men uten særlige konsekvenser
Middels	Sikkerheten for pasienter og ansatte er i faresonen, pasienter blir feilbehandlet og ansatte kan bli utsatt for uhell, men uten at noen får redusert funksjon/levetid
Alvorlig	Sikkerheten for pasienter og ansatte er mer alvorlig, pasienter blir oftere feilbehandlet og ansatte blir oftere utsatt for uhell, noen får redusert funksjon/levetid
Svært alvorlig/kritisk	Sikkerheten for pasienter og ansatte er kritisk og liv kan gå tapt

Skala for konsekvens (Økonomisk resultat i tråd med budsjett, RHF mål 3)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Driftsoppgaver blir gjennomført, mindre kutt i investeringsramma, behov for tiltak
Middels	Kun de viktigste driftsoppgavene blir gjennomført, større kutt i investeringsramma og behov for ytterligere tiltak
Alvorlig	Personell må sies opp, noen driftsoppgaver blir ikke gjennomført, ingen investeringsrammer
Svært alvorlig/kritisk	Pasient tilbud må legges ned pga. stort underskudd

Skala for konsekvens (Sykefravær, Helgelandssykehuset HF mål 1)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Forbigående høyere belastning på eget personell
Middels	Noe høyere belastning over en lengre periode kan medføre mer sykefravær, kun de viktigste arbeidsoppgavene blir prioritert, innleie kostnader, tap av noe inntekter
Alvorlig	Belastninga på innleid personell og eget personell som er på jobb er alvorlig og medfører at alvorlige feil blir gjort, høyere innleie kostnader, tap av mer inntekter
Svært alvorlig/kritisk	Belastninga på innleid personell og eget personell er svært kritisk og medfører at vi ikke klarer å opprettholde normal drift, svært alvorlige feil blir gjort, tap av personell, svært

	høye personell kostnader, tap av mye inntekter
--	--

Skala for konsekvens (Operasjonsstrykninger, Helgelandssykehuset HF mål 2)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Ø-hjelp medfører at noen planlagte operasjoner utsettes noe, uten særlige konsekvenser for livskvaliteten for pas.
Middels	Noen store og noen planlagte operasjoner må utsettes, ø-hjelp blir prioritert, timene forskyves, pas. får senere behandling, livskvaliteten for pas. blir noe redusert
Alvorlig	Alle store og planlagte operasjoner må utsettes, kun ø-hjelp blir prioritert, timene forskyves, pas. får senere behandling, livskvaliteten for pas. blir redusert
Svært alvorlig/kritisk	Kritisk pasient blir ikke operert og dør

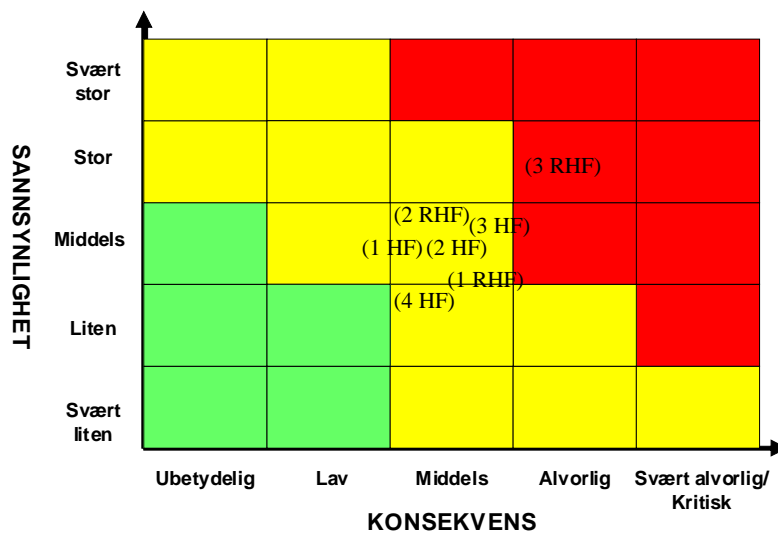
Skala for konsekvens (Utskrivningsklare pasienter, Helgelandssykehuset HF mål 3)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Noe kapasitetsproblemer på avdelingene, noe belastning på de ansatte, men uten særlige konsekvenser
Middels	Noe mer kapasitetsproblemer på avdelingene, noe mer belastning på de ansatte, noen pasienter må vente lengre før behandling kan gjennomføres, livskvaliteten for disse blir noe redusert
Alvorlig	Pasienter som skal inn til behandling må utsettes, kun ø-hjelp blir prioritert, timene forskyves, pas. får senere behandling, livskvaliteten for pas. blir redusert, belastningen på de ansatte kan føre til fravær
Svært alvorlig/kritisk	Kun ø-hjelp blir prioritert, pasientbehandling blir utsatt og pasienter får redusert livskvaliteten, belastningen på de ansatte er svært alvorlig

Skala for konsekvens (Epikrisetid, Helgelandssykehuset HF mål 4)

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens for pasient
Lav	Pasient kan få utsatt behandling uten særlige konsekvenser for funksjon/levetid
Middels	Pasient kan få utsatt nødvendig behandling
Alvorlig	Pasient kan få nedsatt funksjon/levetid
Svært alvorlig/kritisk	Pasient kan dø

Matrise 1: Rapportering av risiko



Sikkerhetsrevisjon iflg. faktaark nr. 6 fra Norm for informasjonssikkerhet

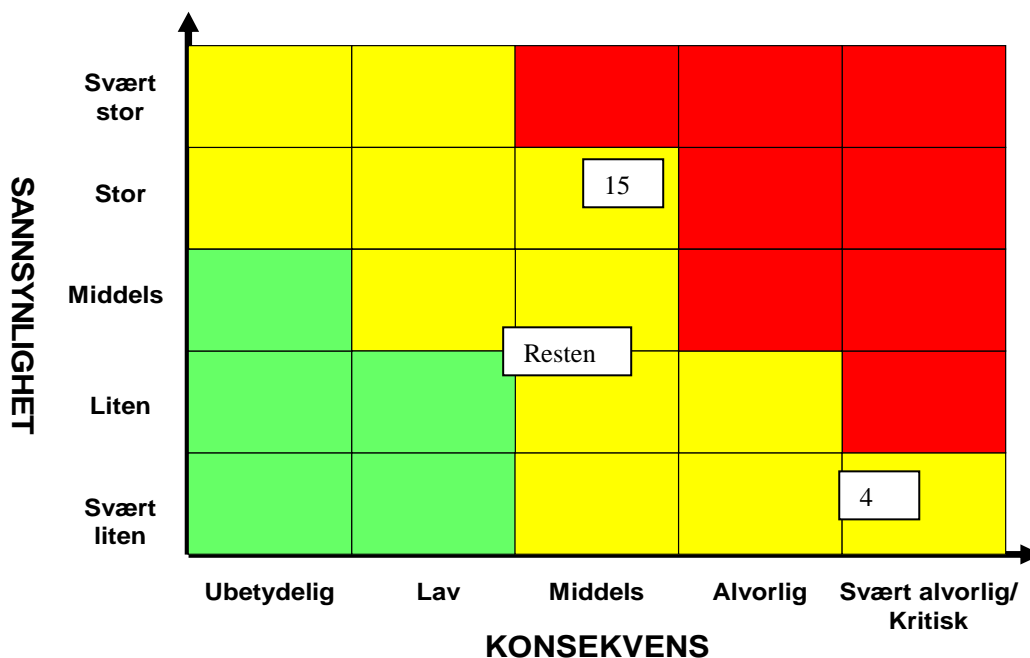
Nr. Sjekkpunkt	Faktaark	Akseptabelt
1. Er det gjennomført nødvendig(e) risikovurdering(er) siste år? - Ingen er gjennomført	7	Ikke ok
2. Er prosedyrene for avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet kjent i virksomheten? - Er meldt 43 info.sikk avvik siden 01.01.2011 – 31.12.2011 -- Feil i BUP Data -- Feil innkallingsbrev -- Pasientopplysninger funnet -- Skannet feil papirer på feil pasient	8	Ikke ok
3. Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet? - Meldes fortsatt litt for lite info.sikk avvik. - 1 melding til datatilsynet, samme diktat koblet til 2 pas. (brukerfeil)	8	Ikke ok
4. Er det etablert nødprosedyrer ved stans i informasjonssystemene? - Lab/blodbank har - Bruker Helse Finnmark sine for DIPS inntil vi får felles via nye Styringssystem for Informasjonssikkerhet - Skulle vært gjennomført en ROS-analyse av hvilke systemer som man må ha tilgang til i en tidsmatrise	11	Ok
5. Gjennomføres det jevnlig kontroll/gjennomgang av hendelsesregistre? - Ja etter internrevisjonen fra Helse Nord gjør vi det nå	15	Ok
6. Krypteres helse- og personopplysninger (f.eks. meldingsformidling) som overføres i åpne nett? - Ja ifølge HN-IKT	16 og 24	Ok
7. Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr? - Nøkler/adgangskort benyttes og ”sikker-print” løsning er etablert ved noen avdelinger	17	Ok
8. Er lagringsenhet på bærbart utstyr som benyttes til helse- og personopplysninger kryptert? - Er satt krav til det i nye Styringssystem for Informasjonssikkerhet - Vil kun gjelde USB-minne da bærbart utstyr kun kan nå helse- og personopplysninger via VPN.	18	Ok
9. Oppdateres antivirusprogramvaren kontinuerlig? - Antivirus oppdateres kontinuerlig. Det samme gjelder patching av OS. Forsøk på dataangrep har vært registrert og avvist.	19	Ok
10. Tas det daglig sikkerhetskopi? - HN IKT må svare på dette, men svar fra en tilsvarende forespørsel i 2010, tyder på tilfredsstillende rutiner på dette. Det er under innfasing nye backuprutiner hvor tapebackup sentraliseres til Tromsø og Bodø - dvs. kun diskbackup lokalt. Status pr. des. 2011 er:	21	ok

<ul style="list-style-type: none"> - Mo i Rana, 15 servere i ny løsning, 25 gjenstår - Sandnessjøen, 36 servere i ny løsning, 15 gjenstår - Mosjøen, 24 servere i ny løsning, 2 gjenstår - Gjenstår utvidelse av lagring i Mo i Rana og Sandnessjøen 		
<p>11. Oppbevares sikkerhetskopier utenfor huset? - Ved alle 3 enhetene oppbevares backup'en i brannsikker safe utenfor serverrom (annen brann celle)</p>	21	Ok
<p>12. Er det kontroll med all ekstern tilgang til datasystemer? - For hjemmekontor løsning vet vi hvem som har tilgang, lister kan tas ut fra katalog i VPN-konsentrator - For leverandører er det HN-IKT som skal ha databehandler avtale med og oversikt, rutinene finnes her: http://intranett.helse-nord.no/eksterne/category17710.html</p>	22	Ok
<p>13. Følges "Veileder for fjernaksess for vedlikehold og oppdateringer mellom leverandør og helsevirksomhet" ved eventuell ekstern tilgang? - HN-IKT</p>	36	Ok
<p>14. Er det etablert relevante avtaler for forskningsprosjekter? - Arne Wilskow: "alle aktuelle forskningsprosjekter hos oss som er i gang nå, har de nødvendige tillatelser"</p>	23	Ok
<p>15. Slettes helse- og personopplysninger når formålet med behandlingen er avsluttet? <i>(Dette gjelder utskrifter eller at helse- og personopplysninger er lagret på cd eller minnepenn)</i> - 11 av 43 info.sikkerh.avvik som går på at pas. opplysninger funnet på tøy og på møterom</p>	25	Ikke ok
<p>16. Brukes trådløst utstyr og nett iht. etablerte prosedyrer? - Det finnes ingen trådløstnett som er koplet opp mot sykehusets interne nett. Det er etablert noen få separate trådløse gjestenett med egne linjer mot Internett.</p>	26	Ok
<p>17. Etterleves prosedyrene for makulering? - Er etablert flere makuleringsmaskiner for papir - Lagringsmedia i brukt IKT-utstyr, samt fra store kopi/print maskiner skal også destrueres. Dette er omtalt i nye Styringssystem for Informasjonssikkerhet og det vil bli gjennomført en kontroll av dette i løpet av året. Pr. nå vet vi ikke helt sikkert hva som blir gjort.</p>	27	Ikke ok
<p>18. Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett? - Vi kan ikke sjekke hver e-post om den inneholder sensitiv helse- og personopplysninger, men reglene er godt kjent blant de ansatte. UNN praktiserer at alle må ha teksten "ikke sensitiv" i e-post'en som blir sendt for å være enda mer sikker på at det ikke blir sendt sensitiv info via e-post. - Bruken av Internett blir logga, disse skal sjekkes og dersom det blir funnet noe av ulovlig karakter blir det informert om på avdelinga der funnet ble gjort.</p>	27 og 33	Ok
<p>19. Etterleves prosedyrene for hjemmekontor og mobilt utstyr?</p>	29 og 30	Ok

- Ihht. faktark bør det inngås avtale om hjemmekontor mellom virksomhet og den enkelte bruker. Avtalene som er inngått er kun gjort muntlig.		
20. Byttes passord iht. prosedyrene? - Rutiner rundt passordskifte, lengde etc. blir ikke ivaretatt i alle systemer men DIPS er ok.	31	Ikke ok
21. Følges veileder ”Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innefor helse- og omsorgssektoren” ifm utlevering av helse- og personopplysninger? - Ja	40	Ok
22. Etterleves reglene for bruk av SMS i pasientkontakt? - Vi har ikke noen systemer der SMS brukes og er integrert med noe helse- og personopplysninger. Hva ansatte gjør på egen mobil vet vi ingenting om. Men reglene for sending av sensitiv info er jo lik på e-post og SMS.	42	Ok
23. Etterleves reglene for bruk av testdata i systemer som inneholder helse- og personopplysninger? - I all hovedsak JA. Unntak er PACS og noen mindre systemer som ikke har sensitive data.	43	Ok

Akseptabel risiko og evt. endring i risikonivå

En samlet vurdering av pkt.’ene over skal gjengis i diagrammet under:



Skala for sannsynlighet

Sannsynlighet	Forklaring
Svært liten	Skjer max 1 gang i året
Liten	Skjer 4 ganger i året
Middels	Skjer månedlig
Stor	Skjer hver 14 dag
Svært stor	Skjer hver dag, 1 gang i uka

Skala for konsekvens

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Hendelsen medfører helseopplysninger med utilstrekkelig kvalitet.
Middels	- Hendelsen medfører at personlig integritet og privatlivets fred ikke ivaretas - Hendelsen medfører betydelig økonomisk tap som kan gjenopprettes eller tap av anseelse/integritet gjennom kompromittering av krenkende opplysninger
Alvorlig	- Hendelsen medfører manglende tillit mellom pasient og helsevesen/-personell - Hendelsen medfører helsetap, uopprettelig økonomisk tap eller alvorlig tap av anseelse/integritet.
Svært alvorlig/kritisk	- Hendelsen medfører manglende respekt for den enkeltes liv, integritet eller menneskeverd - Hendelsen medfører tap av liv, vedvarende helsetap, betydelig og uopprettelig økonomisk tap eller alvorlig tap av anseelse /integritet.

Ledelsen anbefaler da at det gjennomføres internrevisjoner relatert til områdene i 2012:

1. kjennskap til informasjonssikkerhet blant de ansatte
2. Sletting av helse- og personopplysninger, på papir og elektronisk
3. Makuleringsrutinene
4. Passordskifte

Ledelsen anbefaler da at det gjennomføres ROS-analyser i 2012:

1. Hvilke systemer som man må ha tilgang til i en tidsmatrise