

Risikovurdering og rapportering til RHF 2013

1. RISIKOVURDERING for 2013

Følge opp uakseptable risikoer fra 2012.

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	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	Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter.							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Kvalitetsstrategien blir tema på alle ledermøter	Kvalitetsstrategien blir ikke tema på alle ledermøter	Blir gjennomført	Liten	Lav	Adm dir..	Innføre kval.strategi pkt'ene i agendaen til kvalitetsutvalget	Kval. leder	Med. direktor
Styringsvariabel 2	Internkontrollen skal være 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. direktor
Styringsvariabel 3	Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer skal være tilgjengelige og i bruk i Docmap							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Krav til dokumentasjon i Docmap blir fulgt	Kravet til dokumentasjon i Docmap blir ikke fulgt	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Alle ledere	-Sørge for at dokumentasjon i Docmap blir fulgt	Kval. leder	Med. direktor
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 opplæringsopplegg i bruken av Docmap	Kval. leder	Med. direktor
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	-Månedlig rapport til lederne over bruken av Docmap	Kval. leder	Med. direktor
4 Etablere et prosedyreutvalg	Vi får ikke etablert et velfungerende prosedyreutvalg	I planleggingsfase	Moderat	Middels	Adm dir..	- Lage oversikt over hvilke faglige retningslinjer som må være på plass og prioritere dem	Kval. leder	Med. direktor

Styringsvariabel 4	Mest mulig lik og 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 5	Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Implementert tiltakene som ligger i kampanjen	Får ikke implementert tiltakene som ligger i kampanjen	Er 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
2 Enhetlig rapportering	Får ikke rapportering enhetlig	Er tilfredsstillende	Moderat	Middels	Med. direktør	-Utarbeide standard maler for rapportering	Med. direktør	Adm dir.. v/med.dir
3 Bruk av KEK	KEK brukes ikke	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Lav	Med. direktør	-Sørge for at KEK brukes i saker hvor vi er i tvil etisk/moralsk	Med. direktør	Adm dir.. v/med.dir

Mål 2	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.							
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 tilfredsstillende	Liten	Middels	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 tilfredsstillende	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 prioriteringsveileder	Ikke tilfredsstillende for enkelte fagområder	Moderat	Middels	Avd. dir	-Korrekt bruk av prioriteringsveileder. -Ekstra ressursbruk for kapasitetøkning. -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 tilfredsstillende	Liten	Lav	Avd. dir	- Beskrivelse av hvordan tallene hentes	Foretakscontroller	Adm dir.. v/med.dir.
5 Korrekte innkallingsbrev	Ukorrekte innkallingsbrev	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Nye maler og rutiner vedr. at korrekt dato blir satt	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir.
6 Kontinuerlig tilgang på spesialistkompetanse	Ikke tilgang eller tap av spesialistkompetanse	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Mer aktiv kontakt mellom nærmeste leder av spesialist og PO	PO sjef	Avd. dir

Styringsvariabel 2		Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder samlet til maksimalt 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	- Vurderinger av henvisninger innen 5 dager. -Månedlig oppfølging av ventidsparametre -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
4 Vurdere henvisninger innen 5 dager	Vi klarer ikke å vurdere henvisningene innen 5 dager	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Innføre rutiner som sikrer at alle henvisningene blir vurdert innen 5 dager	Avd.dir	Adm dir. v/med.dir
Styringsvariabel 3		Ingen må vente i over ett år på behandling med mindre det foreligger medisinske begrunnelser med å vente med å starte behandlingen.						
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 veiledere						
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Lik bruk av prioriteringsveileder	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 prioriteringsveiledere i tråd med nasjonalt gjennomsnitt	Bruk av nasjonale prioriteringsveiledere 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 - Gjennomføre	Avd. dir	Adm dir.. v/med.dir

						intern revisjon i 2013 på om prioriterings veilederne blir brukt riktig		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

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	Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett.							
Suksessfaktor	Risiko-faktor	Nå-situasjon	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoeier	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Kontroll
1 Bedre kontroll på bemannings utviklingen	Det blir ikke bedre bemannings utvikling	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Følge opp lederne	Avd. dir	PO. sjef
2 Bedre oppfølging på status aktivitet, DRG produksjon opp mot plantall	Oppfølging av aktivitet, 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. dir	Med. dir
3 Bedre kostnadskontroll	Det blir ikke bedre kostnadskontroll	Er delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	- Følge opp lederne	Avd. dir	Øk. sjef

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

Mål 1		Sykefravær skal være under/lik 6,5%						
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 forarbeid	Lokal ledergruppe	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.	7% HF 7% Mo 3% Msj 10% Ssj	Moderat	Middels	Avd. dir.	Sørge for at nå-situasjon blir beskrevet, stryknings-årsakene blir sendt hver måned til avd. leder opr, avd. sjef kirurgi og avd. dir	Kval. leder	Med. direktor
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. direktor

Mål 3	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 Bruke ny rapport i Dips som viser hvor epikrisen "stopper opp"	Får ikke brukt rapport i Dips som viser hvor epikrisen "stopper opp"	Somatikk: 67% Mo 70% Msj 67% Ssj Psyk: 69% Mo 89% Msj 94% Ssj	Moderat	Middels	Avd. dir	- Innføre rutiner for bruk av den nye rapporten på enhetene	Avd. dir	Med. direktør
2 Forbedre rutinene som gjelder saksgangen til en epikrise	Vi får ikke forbedret rutinene som gjelder saksgangen til en epikrise	Delvis tilfredsstillende	Moderat	Middels	Avd. dir	-Sørge for at rutinene som gjelder saksgangen til en epikrise blir forbedret	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 (Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontrollen, RHF mål 1)

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 (Ventetiden, RHF mål 2)

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 (Aktivitetsnivå og 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

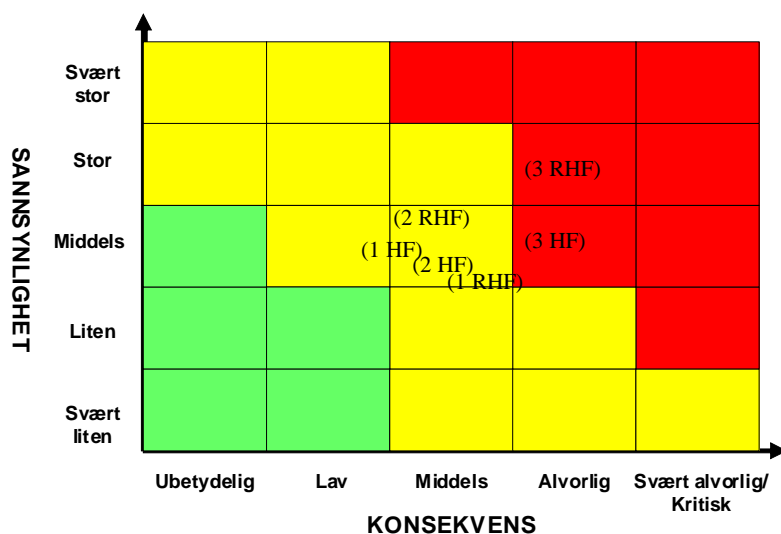
Skala for konsekvens (Operasjonsstrykninger, Helgelandssykehuset HF mål 2)

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 (Epikrisetid, Helgelandssykehuset HF mål 3)

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



Mål 1 RHF	Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå
Mål 2 RHF	Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge.
Mål 3 RHF	Virksomheten skal ha aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett
Mål 1 HF	Sykefravær skal være under/lik 6,5%
Mål 2 HF	Operasjonsstrykninger skal være under/lik 5%
Mål 3 HF	Epikrisetid skal være 100%

1. Mål 3 RHF og Mål 3 HF må vi ha ekstra fokus på for å få dem over i gul eller grønn sone.
2. Tiltak er beskrevet under hvert punkt.
3. Basert på denne gjennomgang, vil ledelsen at det gjennomføres intern revisjoner/kontroller innenfor område og tema i 2013:
 - a. De økonomiske resultatmålene følges opp hver måned internt av foretaksledelsen og rapporteres månedlig til Helse Nord RHF.
 - b. Enhetene vil følges spesielt opp i 2. halvår om tiltakene vedr. epikrisetidene har hatt effekt.

Dato: 24.06.2013

Sign: adm. direktør