

Styresak 91/2013: Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger

Møtedato: 26.11.13
Møtested: Telefon

I følge de siste års oppdragsdokumenter 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 2013 er dette formulert slik:
Helseforetaket skal styrebehandle:

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

Ved en inkurie er ikke ledelsens gjennomgang 2013 tidligere forelagt styret etter at gjennomgangen er fullført. I flg. Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord skal helseforetakenes risikovurdering av mål og styringsvariable foretas i løpet av 1. tertial og rapporteres i den første tertialrapporten. Dette vil bli påsett i 2014.

De overordnede målene for helseforetaket er definert i RHF-styresak 159 - 2012/5:
Risikostyring 2012 i foretaksgruppen – overordnede mål (vedlagt).
Disse er en videreføring av de styringsmålene som ble satt for helseforetakene i 2012.

Hovedmålene fra Helse Nord RHF for 2012:

1. Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå.
Delmål tilsier fokus på gjennomføring av kvalitetsstrategi på alle ledermøter, dokumentasjon av internkontroll, oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer tilgjengelige og deltakelse i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen
2. Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge
Delmål tilsier at det ikke skal forekomme fristbrudd, og ventetiden skal være under 65 dager (justert fra 60 dager)..
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 6,5 %
2. operasjonsstrykninger skal være under/lik 5 %
3. Andel epikriser sendt innen 7 dager skal være 100 %

De ulike styringsmålene er risikovurdert ift sannsynlighet og konsekvens ved gjennomgang i HF-ledergruppen i flere ledermøter, siste gang 24.06.2013. Som det fremkommer av vurderingene og risiko-plottet ble risikoen for ikke å nå økonomisk resultat i tråd med budsjett vurdert 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.

Internt mål om at epikrisetid > 7 dager skal oppfylles 100 % ble vurdert til at risikoen for manglende måloppnåelse var middels sannsynlig med alvorlig konsekvens.

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 forøvrig til de månedlige resultat- og tiltaksrapportene for kvalitetsarbeidet.

Til saken vedlegges også Sikkerhetsrevisjonen med risikovurdering som HF-ledergruppen gjorde 24.06.13, 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 det er skissert tiltak på de punktene som ikke er kvalitetssikret godt nok.

Det er også gjort en gjennomgang og risikovurdering av 2012 - resultatene for alle avsnittene i kvalitetsrapportene. Som det fremgår er risikoen for de fleste indikatorene vurdert som middels sannsynlighet og middels konsekvens. Basert på gjennomgangen ble det foreslått intern revisjon på 3 punkter i 2013:

- Tid fra henvisning til første behandling for tykktarm/ - endetarmskreft
- Ventelister/fristbrudd
- Koding (har vi rett koding) og er det likt mellom enhetene ved medisinsk område

Det har ikke vært kapasitet til å foreta de foreslåtte revisjonene, men det er laget beskrivelse av optimalt pasientforløp ved mistanke om tykktarmskreft, ventelister/fristbrudd har et kontinuerlig fokus, og ved avslutningen av hvert tertial blir det foretatt kontroll av den medisinske kodingen.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar resultatet av ledelsens gjennomgang av styringsmål for 2013, internkontroll/kvalitetsstyring og sikkerhetsrevisjon i forhold til informasjonssikkerhet til orientering.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer / kvalitetsleder Sigurd Finne

Vedlegg:

1. Brev fra Helse Nord RHF til helseforetakene vedr. Overordnede mål for risikostyring 2013
2. RHF-styresak 159-2012/5 Risikostyring 2013 i foretaksgruppen
3. Ledelsens gjennomgang styringsmål 2013 (eget vedlegg)
4. Ledelsens gjennomgang informasjonssikkerhet 2013
5. Ledelsens gjennomgang internkontroll/kvalitetsstyring 2013

Foretakene i Helse Nord og Helse Nord IKT

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/84 /022

Saksbehandler/dir.tlf.:
Erling Bang, 76 51 29 56

Sted/dato:
Bodo, 20.12.2012

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2013

I styremote 19.desember 2012 ble styret i Helse Nord RHF orientert om de overordnede målene som skal ligge til grunn for Helse Nord's arbeid med risikostyring i 2013. Disse målene ligger vedlagt som styresak 159-2012-5 *Risikostyring 2013 i foretaksgruppen – overordnede mål.*

I henhold til retningslinjene for risikostyring i Helse Nord setter administrerende direktor målene som skal ligge til grunn for risikostyring påfølgende år i slutten av hvert år.

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

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Adm. direktor

Vedlegg:
Styresak 159-2012-5 *Risikostyring 2013 i foretaksgruppen – overordnede mål*

Vedlegg
1 Styresak 159-2012-5 Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2013

Møtedato: 19. desember 2012

Arkivnr.:

Saksbeh./tlf:
Erling Bang, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 7.12.2012

Styresak 159-2012/5 Risikostyring 2013 i foretaksgruppen – overordnede mål

Formål/sammendrag

Denne styresaken har som formål å orientere styret i Helse Nord RHF om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2013.

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 2013. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2013.

Målene skal danne grunnlaget for helseforetakenes risikostyring i 2013 og understøtter føringer i oppdragsdokumentet som sendes helseforetakene i starten av 2013.

Kvalitet, trygghet og respekt

Risikostyring er en aktivitet som understøtter Helse Nord sine 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

Pasientsikkerhet, Kvalitetssikring og Internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå

- *Delmål/KSF hovedmål 1:*
 - Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter.
 - Internkontroll skal være tilstrekkelig dokumentert i henhold til § 5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
 - Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer skal være 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 2

Ventetiden skal ned for de som i dag venter for lenge

- *Delmål/KSF hovedmål 2:*
 - Fristbrudd skal ikke forekomme.
 - Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder samlet til maksimalt 60 dager.
 - Ingen må vente i over ett år på behandling med mindre det foreligger medisinske begrunnelser med å vente med å starte behandlingen.
 - Pasienten prioriteres i samsvar med nasjonale veiledere.

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

Hovedmål 3

Virksomheten skal ha aktivitetsnivå og økonomiske resultat i tråd med budsjett

- *Delmål/KSF hovedmål 3:*
 - Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett.

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.

Sikkerhetsrevisjon iflg. faktaark nr. 6 fra Norm for informasjonssikkerhet

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
1	Er det gjennomført nødvendig(e) risikovurdering(er) siste år?	7	Ok	Er gjennomført 1 ved alle enhetene, veldig bra resultat, bare noen som samler opp utskrifter i esker før de blir makulert.
2	Er prosedyrene for avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet kjent i virksomheten?	8	Ok	Ref. internrevisjonen kjente alle til hvordan de skulle melde avvik. Kun 6 meldte avvik i 2012.
3	Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet?	8	Ikke ok	De ansatte har nok for høy terskel før de melder informasjonssikkerhets avvik, de fleste gjelder pasientopplysninger funnet i tøy.
4	Er det etablert nødprosedyrer ved stans i informasjonssystemene?	11 HN-IKT	Ok	Nødprosedyrer for DIPS er etablert, vi har felles med Helse Finnmark og Nordlandssykehuset. Fra teknisk side (HN-IKT) foreligger det rutiner for håndtering av krisesituasjoner, i tillegg til vaktordninger 24/7.
5	Gjennomføres det jevnlig kontroll/gjennomgang av hendelsesregistre?	15	Ok	Gjennomføres 4 innsynskontroller årlig, ingen funn av alvorlig karakter. Blåslagslogg gjennomføres månedlig. Ved mistanke/behov kan det også bli gjennomført kontroll. Når BAS er ferdig implementert har avd. lederne mye bedre kontroll med tilgangene til sine ansatte.
6	Krypteres helse- og personopplysninger (f.eks. meldingsformidling) som overføres i åpne nett?	16 og 24 HN-IKT	Ok	Når det gjelder den delen som faller under Faktaark 24, så krypteres all trafikk mellom sykehusene på nettverksnivå.
7	Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr?	17 HN-IKT	Ikke ok	Dette er i varierende grad tilfredsstillende. De største installasjonene er i samsvar med PR05786 "Fysisk sikring". Prosjekt angående nye datasentre i Bodø og Tromsø er starta.

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
8	Er lagringsenhet på bærbart utstyr som benyttes til helse- og personopplysninger kryptert?	18 HN-IKT	Ok	Etter gjeldende prosedyrer er ikke personopplysninger tilgjengelig for lagring på bærbart utstyr. Bærbare datamaskiner som brukes ute på Internett, er gjennom konfigurering ikke godkjent for tilkopling inn på lokalnett for direkte tilgang til tjenester med sensitive personopplysninger.
9	Oppdateres antivirusprogramvaren kontinuerlig?	19 HN-IKT	Ok	Ja, antivirusprogramvaren oppdateres hver time. Det gjenstår enda en del klienter som av ulike årsaker ikke har antivirusklient installert, der iblant medisinsk teknisk utstyr som per i dag ikke driftes av HN IKT. HN IKT jobber fortløpende med å sikre utstyr som vi er ansvarlig for.
10	Tas det daglig sikkerhetskopi?	21 HN-IKT	Ok	Ja, backup tas på alle 3 sykehusene.
11	Oppbevares sikkerhetskopier utenfor huset?	21 HN-IKT	Ikke ok	Delvis. Etter hvert som sykehusene får Gb samband blir det satt opp kopiering av backup til Bodø. i Sandnessjøen er dette tatt delvis i drift (ukes- og dagbackuper).
12	Er det kontroll med all ekstern tilgang til datasystemer?	22 HN-IKT	Ok	Ja, ekstern tilgang er i samsvar med etablerte prosedyrer. Eksterne tilganger er styrt ut fra det behov de/vi har og hensikten med tilgangen den er basert på avtaler. Det settes opp som egen VPN gruppe på VPN konsentrator. Brukere (personlige brukerkonto) autentiseres mot AD for aktuelt område, og plasseres i eget egress VLAN på konsentrator som motsvarer kundens VPN (VRF) i WANDA
13	Følges "Veileder for fjernaksess for vedlikehold og oppdateringer mellom leverandør og helsevirksomhet" ved eventuell ekstern tilgang?	36 HN-IKT	Ok	Samme svar som til pkt.12

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
14	Er det etablert relevante avtaler for forskningsprosjekter?	23	Ok	Ja
15	Slettes helse- og personopplysninger når formålet med behandlingen er avsluttet?	25 HN-IKT	Ok	Vedr. Pasopp undersøkelsene blir alt slettet når det skal, her må dedikerte HN-IKT personell svare på om det er gjort.
16	Brukes trådløst utstyr og nett iht. etablerte prosedyrer?	26 HN-IKT	Ok	Ja
17	Etterleves prosedyrene for makulering?	27	Ok	Ifølge svar på internrevisjon etterleves den i stor grad, noen praktiserer oppsamling i esker under kontorpult for en periode men disse skal fjernes.
18	Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett?	27 og 33	Ikke ok	Alle ansatte er nok kjent med at man ikke skal sende pasientinformasjon på e-post, men vi har ikke kontroll på om det faktisk skjer. Dedikert e-post løsning til dette formålet finnes og bør diskuteres.
19	Etterleves prosedyrene for hjemmekontor og mobilt utstyr?	29 og 30 HN-IKT	Ok	Ja
20	Er det etablert løsning og prosedyrer for autentisering på sikkerhetsnivå 4 ved bruk av mobiltelefoner og nettbrett for tilgang til helseopplysninger?	30 HN-IKT	Ok	Ikke relevant da det pt ikke er etablert løsninger for tilgang til personopplysninger fra mobiltelefoner og nettbrett
21	Byttes passord iht. prosedyrene?	31	Ok	Ja. Synkronisering av brukernavn/passord fra flere systemer vil komme i 2013/2014
22	Følges veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innefor helse- og omsorgssektoren" ifm utlevering av helse- og personopplysninger?	40	Ok	I de aktuelle forskningsprosjektene gjøres det.
23	Etterleves reglene for bruk av SMS i pasientkontakt?	42	Ikke ok	Er ikke implementert SMS løsning i DIPS. Noen avdelinger bruker visstnok manuelle løsninger, har et avvik på at det er sendt ut feil time tidspunkt til pasient.
Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
24	Etterleves reglene for bruk av testdata i systemer som inneholder helse- og personopplysninger?	43 HN-IKT	Ok	Er ikke kjent med at det ikke etterleves.

Pkt.'er som ikke er ok:

3	Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet?	8	Ikke ok	De ansatte har nok for høy terskel før de melder informasjonssikkerhets avvik, de fleste gjelder pasientopplysninger funnet i tøy.
7	Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr?	17 HN-IKT	Ikke ok	Dette er i varierende grad tilfredsstillende. De største installasjonene er i samsvar med PR05786 "Fysisk sikring". Prosjekt angående nye datasentre i Bodø og Tromsø er starta.
11	Oppbevares sikkerhetskopier utenfor huset?	21 HN-IKT	Ikke ok	Delvis. Etter hvert som sykehusene får Gb samband blir det satt opp kopiering av backup til Bodø. i Sandnessjøen er dette tatt delvis i drift (ukes- og dagbackuper).
18	Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett?	27 og 33	Ikke ok	Alle ansatte er nok kjent med at man ikke skal sende pasientinformasjon på e-post, men vi har ikke kontroll på om det faktisk skjer. Dedikert e-post løsning til dette formålet finnes og bør diskuteres.
23	Etterleves reglene for bruk av SMS i pasientkontakt?	42	Ikke ok	Er ikke implementert SMS løsning i DIPS. Noen avdelinger bruker visstnok manuelle løsninger, har et avvik på at det er sendt ut feil time tidspunkt til pasient.

Punkt	Innhold	Tiltak
3	Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet?	- e-læring i informasjonssikkerhet som alle ansatte skal igjennom vil øke antall informasjonssikkerhets avvik
7	Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr?	- Er noen mangler i forhold til serverrom med tanke på logging av tilgangen til rommet bl.a - Sikring av områder og utstyr ellers bør risikovurderes før tiltak settes i verk
11	Oppbevares sikkerhetskopier utenfor huset?	- Løsning er under utarbeidelse vedr. gb samband til/fra enhetene
18	Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett?	- Vurdere dedikert e-post løsning til bruk for sensitiv informasjon. Digipost løsningen kan benyttes dersom klare avtaler blir inngått mellom partene.
23	Etterleves reglene for bruk av SMS i pasientkontakt?	- Helgelandssykehuset HF aksepterer ikke SMS løsninger som ikke er godkjent av foretaksledelsen. - Det skal vurderes en felles integrert løsning mot EPJ

Tiltakene iverksettes.

Dato: 24.06.2013
Sign: adm. direktør

Ledelsens gjennomgang – intern kontroll/kvalitetsstyring 2013

(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.

Indikatorer 2012	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Operasjonsstrykninger, HF	6%	6%	6,7%	6%	7,7%	7,8%	3,9%	6,9%	6,5%	6,7%	6,8%	7,1%
- Mo i Rana	6,3%	6%	4,7%	3%	12%	7,0%	1,8%	6,4%	7,7%	6,4%	2,9%	7,4%
- Mosjøen	7,1%	4,6%	6,2%	4%	2,2%	5,6%	2,3%	8,7%	3,3%	4,2%	6,4%	3,6%
- Sandnessjøen	4,8%	7,5%	9,4%	11%	9,4%	11%	7,7%	5,5%	8,6%	9,5%	9,4%	10,3%

Risikomomenter:

- Pasient får utsatt sin behandling

Tiltak:

- Bruke operasjonsplanleggeren i Dips
- Oppfølgingspunkt på månedlige ledermøter

Vurdert risiko av A1:

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

2. Individuell plan (habilitering av barn).

Individuell plan barne-habilitering, sum HF (D-8879)	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
- Mo i Rana	0%	0%	0%	50%	0%	0%	12%	33%	33%	20%	29%	
- Mosjøen	30%	20%	75%	50%	83%	75%	30%	0%	0%	0%	38%	47%
- Sandnessjøen	10%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	34%	34%	34%

Risikomomenter:

- Kommune og sykehus samarbeider ikke godt nok om å sørge for at pasient får individuell plan

Tiltak:

- Gjennomføre samarbeidsmøter med kommunene

Vurdert risiko av A2:

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

3. Epikrisetid – somatikk.

Epikrisetid, somatikk, HF	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Epikrisetid, somatikk, HF	71%	67%	70%	64%	71%	75%	80%	76%	67%	72%	74%	68%
- Mo i Rana	67%	67%	69%	59%	71%	77%	84%	77%	69%	77%	78%	67%
- Mosjøen	84%	77%	82%	72%	80%	79%	86%	82%	72%	68%	78%	70%
- Sandnessjøen	63%	57%	59%	62%	63%	68%	71%	71%	61%	71%	66%	67%

Risikomomenter:

- Pasient får utsatt behandlingen

Tiltak:

- Ny rapport i Dips gir enhetene et verktøy for å finne ut hvor epikrisen har stoppet opp

Vurdert risiko av A3:

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

4. Hyppighet av keisersnitt.

Indikator	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Hyppighet av keisersnitt, sum HF (inkl også fødsler i Mosjøen og Brønnøysund)	22%	13%	21%	3%	9%	16%	19%	6%	11%	17%	13%	13%
	11/51	8/60	15/70	2/65	5/54	9/57	13/68	4/68	7/63	11/63	7/54	8/60
- Mo i Rana, fødsler/elektive	2/29	0/31	2/37	2/28	1/26	2/33	3/41	1/33	1/32	0/34	1/30	2/24
- Sandnessjøen, fødsler/elektive	3/15	3/26	3/18	0/29	2/20	0/14	1/22	1/30	1/24	4/18	1/17	3/27
- Mosjøen, fødsler/akutte	5/29	4/31	7/37	0/28	1/26	5/33	8/41	1/33	3/32	4/34	4/30	2/24
- Sandnessjøen, fødsler/akutte	1/15	1/26	3/18	0/29	1/20	2/14	1/22	3/30	2/24	3/18	1/17	1/27

Risikomomenter:

- Pasient får utført unødvendig keisersnitt

Tiltak:

- Gjennomføre månedlige møter med føde/gyn personell på helgeland for å vurdere de gjennomførte keisersnittene

Vurdert risiko av A4:

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

5. Korridorpasienter.

	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Korridorpasienter, sum HF (D-5952) antall pas.	7	29	27	13	18	54	42	28	45	74	82	40
- Mo i Rana	0	0	0	0	0	30	33	14	16	37	44	29
- Mosjøen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
- Sandnessjøen	7	29	27	13	18	24	9	14	27	37	38	11

Risikomomenter:

- Pasient blir utsatt for opphold i seng korridor som svekker pasientens integritet og alminnelig verdighet samt ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt

Tiltak:

- Vurdere alternative plasseringer

Vurdert risiko av A5:

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

6. Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd.

Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, (D-4085)	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
- Mo i Rana	9/9	15/15	5/5	7/7	2/2	11/11	0/0	5/7	4/4	5/5	10/10	10/11
- Sandnessjøen	2/2	2/2	1/1	0/0	0/1	0/1	0/0	1/1	1/1	0/0	0/0	1/1

Risikomomenter:

- Pasient over 65 år blir ikke operert innen 48 timer

Tiltak:

- Ingen, ligger på 100%

Vurdert risiko av A6:

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

7. Tid fra henvisning til første behandling for tykktarm/ - endetarmskreft.

Periode	1. tert 2012			2. tert 2012		
	Antall pas. med kreft i tykktarm	Antall pas. beh. innen 20 virkedg	Andel (%) pas. beh. innen 20 virkedg	Antall pas. med kreft i tykktarm	Antall pas. beh. innen 20 virkedg	Andel (%) pas. beh. innen 20 virkedg
Behandlingssted						
Helgelandssykehuset HF	12	6	50,0	17	11	64,7
Helgelandssykehuset, Rana	6	3	50,0	12	8	66,7
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	-	-	-	5	3	60,0
Helgelandssykehuset, Mosjøen	-	-	-	-	-	-

Risikomomenter:

- Tiden fra henvisningen til første behandling så lang at pasient kan få nedsatt levetid

Tiltak:

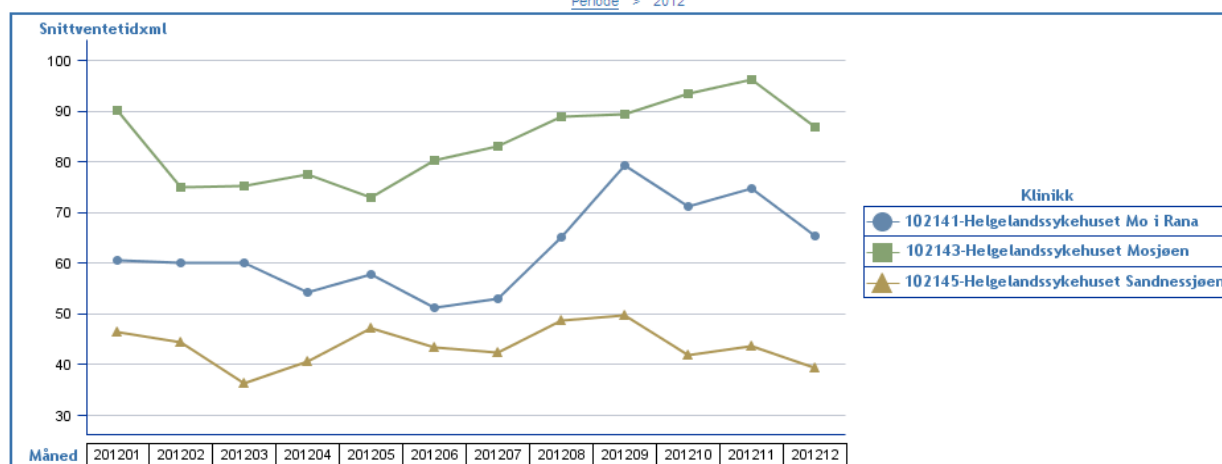
- Det skal gjennomføres en oppfølging av revisjonsrapport fra Helsetilsynets besøk i Sandnessjøen vedr. dette forholdet før sommeren 2013
- Pasientforløp med nye rutiner er implementert medio juni måned

Vurdert risiko av A7:

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

8. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter tatt til helsehjelp i perioden fordelt på hver sykehusenhet.

Utvikling i ventetid for avviklede på venteliste
 Organisasjon > 100022-Helse Nord > 100065-Helgelandssykehuset HF
 Periode > 2012



Risikomomenter:

- Ventetiden blir så lang at pasient kan få nedsatt levetid

Tiltak:

- Er stort fokus på fristbrudd og ventetider, ser nedgang

Vurdert risiko av A8:

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

9. Fristbrudd.

Ventende fristbrudd pr 31/12-2012

uttrekk: 03.01.2013, Kilde: D-8192

Medisin	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	
* Generell indremedisin	1	1		
* Fordøyelse	8	1		
* Hjerte	2	1		
* Lunge	8			
* Reuma	7			
* KNF		1		
* Barnesykdommer			1	
* Nyre	2	1		
* Nevrologi		13		
* Blodsykdommer	3			
	31	18	1	50
Kirurgi				
* Generell kirurgi	1			
* ortopedi				
* Hud		1		
* Urologi				
* Kvinnesykdommer				
* Plastikk		1		
* ØNH	1			
* Øye		2		
* Fysikalskmed og rehab			1	
	2	4	1	7
Psykatri				
*Vop			7	
* Bup				
* Rus			2	
	0	0	9	9
	33	22	11	66
Henvisninger med frist <24/01 uten tildeldato				
	34	15	16	

Risikomomenter:

- Ventetiden blir så lang at pasient kan få nedsatt levetid

Tiltak:

- Er stort fokus på fristbrudd, ukentlige rapporter blir gjennomgått, ser nedgang nå

Vurdert risiko av A9:

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

10. Epikrisetid psykisk helsevern.

	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Epikrisetid, psyk. sum HF	77%	72%	76%	71%	77%	76%	83%	72%	64%	68%	82%	84%
- Mo i Rana	70%	85%	76%	79%	78%	72%	84%	77%	68%	66%	66%	69%
- Mosjøen	88%	75%	90%	82%	69%	77%	97%	73%	57%	88%	91%	89%
- Sandnessjøen	77%	64%	64%	52%	85%	79%	67%	66%	68%	51%	91%	94%

Risikomomenter:

- Utsatt behandling kan føre til at pasient kan få nedsatt livskvalitet

Tiltak:

- Ny rapport i Dips gir enhetene ved somatikken et verktøy for å finne ut hvor epikrisen har stoppet opp, denne type rapport bør også utvikles for psykisk helse
- Sandnessjøen og Mosjøen har hatt større fokus nå

Vurdert risiko av A10:

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

Oppsummering pkt. A: Kvalitetsindikatorer

Pkt.	Tekst	Vurdering
A1	Strykninger av planlagte operasjoner	Middels
A2	Individuell plan (habilitering av barn)	Middels
A3	Epikrisetid - somatikk	Middels
A4	Hyppighet av keisersnitt	Lav
A5	Korridorpasienter	Lav
A6	Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	Ubetydelig
A7	Tid fra henvisning til første behandling for tykktarm/ - endetarmskreft	Lav
A8	Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter tatt til helsehjelp i perioden fordelt på hver sykehusenhet	Middels
A9	Fristbrudd	Middels
A10	Epikrisetid psykisk helsevern	Middels

Samla vurdert risiko for punkt A: Kvalitetsindikatorer

- Kritisk/svært alvorlig
 Alvorlig
 Middels
 Lav
 Ubetydelig

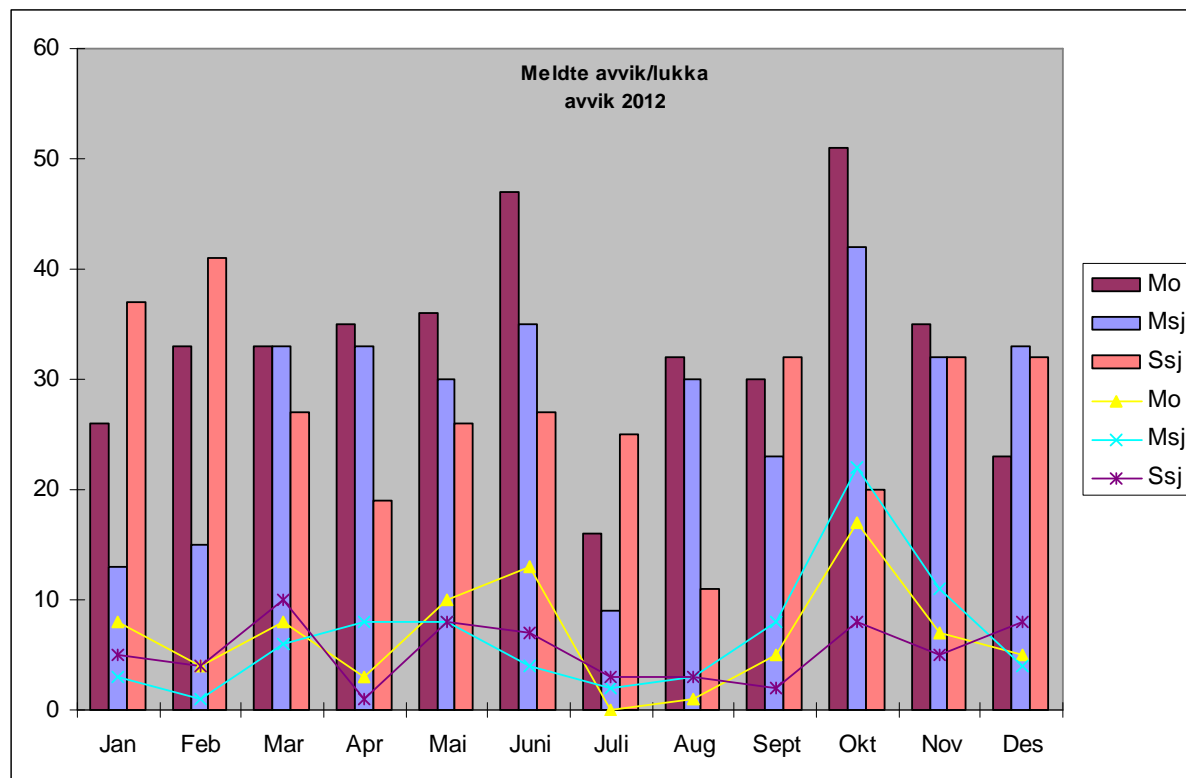
B. Avvik og forbedringspunkter

c) Ant. meldte avvik siste måned/år 2012

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Mo	26	33	33	35	36	47	16	32	30	51	35	23
Msj	13	15	33	33	30	35	9	30	23	42	32	33
Ssj	37	41	27	19	26	27	25	11	32	20	32	32

d) Ant. lukka avvik siste måned/år 2012

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Mo	8	4	8	3	10	13	0	1	5	17	7	5
Msj	3	1	6	8	8	4	2	3	8	22	11	4
Ssj	5	4	10	1	8	7	3	3	2	8	5	8



e) De alvorligste avvikene (ROS-vurdert på alvorlighet og frekvens og fått **høy risiko)**

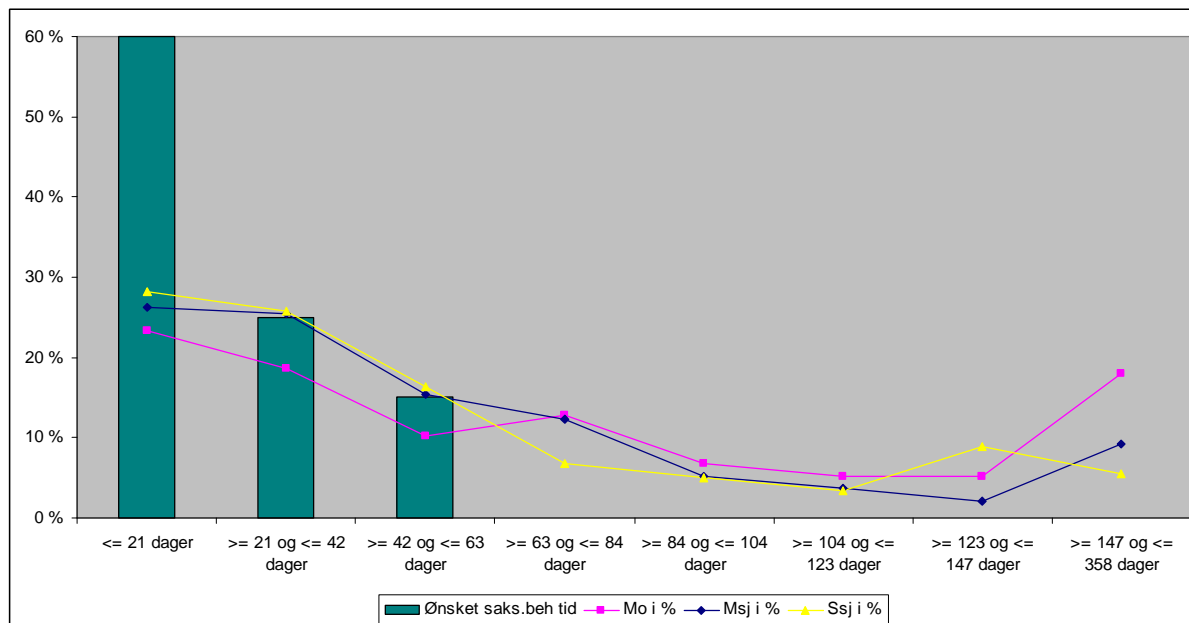
Se vedlegg: Røde avvik enhet Mo i Rana.doc
Røde avvik enhet Mosjøen.doc
Røde avvik enhet Sandnessjøen.doc

f) Behandlingstid på avvikene

Mo: Ant. 2012 avvik som enda ikke er lukket (122 stk.),
har gj.snittlig saksbehandlingstid på 170 dager

MSJ: Ant. 2012 avvik som enda ikke er lukket (60 stk.),
har gj.snittlig saksbehandlingstid på 148 dager

SSJ: Ant. 2012 avvik som enda ikke er lukket (115 stk.),
har gj.snittlig saksbehandlingstid på 90 dager


Risikomomenter:

- De viktigste avvikene blir ikke fulgt opp tidlig nok
- De ansatte har for høy terskel for å melde avvik
- De meldte avvikene blir ikke fulgt opp i avdelingen

Tiltak:

- Er fast punkt på møte agendaen på avdelingsmøtene
- Alle avdelingene må få satt sine 3 fokusområder/hendelser som de skal melde på
- Blir fulgt opp av kvalitetsutvalgene

Oppsummering pkt. B: Avvik og forbedring

Pkt.	Tekst	Vurdering
B1	Ant. meldte avvik siste måned	Lav
B2	Ant. lukka avvik siste måned	Lav
B3	De alvorligste avvikene (ROS-vurdert på alvorlighet og frekvens og fått høy risiko)	Middels
B4	Behandlingstid på avvikene	Middels

Samla vurdert risiko for punkt B: Avvik og forbedring

- Kritisk/svært alvorlig
 Alvorlig
 Middels
 Lav
 Ubetydelig

C. Tilbakemeldinger/klager
1. Status pasientklagesaker ved sykehusenhetene i 2012:

(Her er oversikten, hver enhet må selv gå inn i sakene ved gjennomgangen)

	Mnd	Helsetilsynet	NPE	Pasient- og brukerombudet	IK-2448	Andre med. klager
Mo i Rana	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
	Mai		2012/622 2012/647	2012/606		2012/685 2012/598
	Juni	2012/770	2012/834 2012/728 2012/727 2012/835		2012/832	
	Juli	2012/727	2012/907	2012/832		2012/905
	Aug		2012/1026 2012/968 2012/1048 2012/1006			
	Sept					
	Okt		2012/832 2012/1259 2012/1254 2012/1189 2012/1232			2012/1265 2012/1274
	Nov		2012/1038 2012/1389 2012/1385			2012/1359
	Des	2012/832	2012/1478			2012/1404 2012/1409 2012/1416 2012/1419
Sum		5	36	5	7	17
Mosjøen	Jan	2012/16	2012/66			2012/81
	Feb		2012/244 2012/186			2012/81
	Mar					
	Apr				2012/526 2012/527	
	Mai	2012/698	2012/642			2012/592
	Juni		2012/738 2012/705 2012/827 2012/831			
	Juli					2012/900
	Aug		2012/1027 2012/1031 2012/984			2012/1012 2012/1029
	Sept	2012/1049	2012/1097			
	Okt					
	Nov			2012/1396		2012/1356
	Des	2012/1484	2012/1435			
Sum		4	13	1	2	7

Sandnessjøen	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
	Mai		2012/533			2012/662 2012/658
	Juni		2012/731			2012/753
	Juli			2012/986		
	Aug		2012/989			
	Sept					
	Okt		2012/1250 2012/1291	2012/1185		
	Nov	2012/948	2012/1330			
	Des	2012/1452	2012/1446			
Sum		3	14	4	4	7

2. Oversikt Pasienthendesskjema til Kunnskapscenteret (siden 01.07.2012):

(Her er oversikten, hver enhet må selv gå inn i sakene ved gjennomgangen)

Enhet Mo i Rana				
Identifikator	Tittel	Hendelsesdato	Lukket dato	Nærmeste leder
584978	Skade av vas deferens	08.06.2012	19.06.2012	Avdelingsoverlege kir/akutt, Ranveig Aspevik
586496	blødning ved analt inngrep pga. blodfortynnende medisin	13.06.2012	25.06.2012	Avd. sjef Akutt/Kir omr, Anne Ingeborg Pedersen
588028	Pasient falt ut av seng	15.07.2012	27.08.2012	Avd. leder, Rolf E Tuset Hansen
588471	Feiladministrering av medisin	24.07.2012	17.10.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
589330	Gitt M+2 til feil pasient	10.08.2012	10.09.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
589101	Ikke godkjente notater	10.08.2012	29.10.2012	Avd. leder (i permisjon), Silje Mellingen
589582	Fall ut av seng	19.08.2012	10.09.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
590194	Fall	25.08.2012	18.09.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
591181	Ringer IV gått sc.	05.09.2012	10.09.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
593103	Manglende varsel om fall i GCS	23.09.2012		Lege, Kristina Helander
597637	Sent CT svar	15.10.2012		Avdelingsoverlege, Istvan Gál
595690	Fallskade	26.10.2012	17.12.2012	Avd. leder, Tom Dahlberg
595722	Fall	29.10.2012	29.10.2012	Avd. leder N2, Ninja Hansen
595816	Pasient i behandling henvist til legevakt/fastlege	29.10.2012		Avd. leder, Wenche Strøm Nordnes
596144	Bilder tatt på feil pasient	31.10.2012	07.12.2012	Avd. sjef, Ole Johnny Pettersen
600329	Ikke gehør hos vakthavende lege på dårlig nyfødt	10.11.2012	21.01.2013	Avd. jordmor, Lisbeth Eliassen
600047	Overdosering av medikament	07.12.2012	30.01.2013	Avd. sjef Akutt/Kir omr, Michael Strehle
599816	overdosering iht.til prosedyre	07.12.2012	17.12.2012	Avd. jordmor, Lisbeth Eliassen
600042	Oversett bilirubinsvar.	07.12.2012		Avd. sjef Akutt/Kir omr, Michael Strehle
600319	Fortvilet pasient	11.12.2012	23.01.2013	Avd. leder, Anne Kitt Olsen
601253	Feiltolking av blodprøveresultat	28.12.2012	21.01.2013	Avd. jordmor, Lisbeth Eliassen

Enhet Mosjøen				
Identifikator	Tittel	Hendelsesdato	Lukket dato	Nærmeste leder
601529	oversett tumor nyre	05.09.1912		Avdelingsleder, Kitty Holen
589534	Suicid	09.07.2011	20.08.2012	Avd. sjef, Børge Nordås
600726	oversett tumor i lunge	15.03.2012	21.12.2012	Avdelingsleder, Kitty Holen
587693	Feil ved innsanning av prøvesvar	05.07.2012	23.08.2012	Avdelingsleder, Camilla Hjerpås Straum
587771	Feil Ved henvisningsrutiner	10.07.2012	27.07.2012	Avdelingsleder, Tor Petter Forbergskog
588801	Blodgiver innlagt etter besvimelse 1 time etter blodgivning	31.07.2012	10.10.2012	Avd. leder, Sissel Lindseth
589636	Manglende notat/henvisning av hjertepas	13.08.2012	24.08.2012	Avdelingsleder, Camilla Hjerpås Straum
589952	Manglende notat etter konsultasjon	22.08.2012	24.08.2012	Avdelingsleder, Camilla Hjerpås Straum
591566	manglende tolkning/svar på holterundersøkelse	06.09.2012	21.09.2012	Avdelingssjef, Torbjørg Paulsen
591543	Glutenfri kost!	10.09.2012	30.10.2012	Avdelingsleder, Ingunn Skaland
594162	Meldt dødsfall på pasient i behandling.	07.10.2012	09.10.2012	Avd. sjef, Børge Nordås
604058	Oversett metastaser/tumor	18.10.2012		Avdelingsleder, Kitty Holen

Enhet Sandnessjøen				
Identifikator	Tittel	Hendelsesdato	Lukket dato	Nærmeste leder
587248	Fall pga høydeforskjell mellom kontor og korridor	19.06.2012	04.07.2012	Avdelingssjef, Ann Merete Brevik
598033	Feil dato brukt ved frist for start helsehjelp	22.06.2012	10.12.2012	Avd.leder, Kristin Eide Nordøy
589041	Forsinket helikopterstøtte til traumepasient	05.08.2012		Avd. sjef, Trond Marius Elsbak
593037	Feil med smertepumpe	27.09.2012		Avdelingsleder, Birgit Elisabeth Johansen
594785	Avvik på gjestepasientbehandling, Rana kommune	15.10.2012		Fagleder AMK, Anette Bauer
596674	oversett prøvesvar	30.10.2012	06.12.2012	Avdelingssjef, Marit Hermstad
599147	Melding om fristbrudd	21.11.2012	01.01.2013	Avd. sjef, Grete Andreassen
599515	Fristbrudd	23.11.2012	10.12.2012	Avd. sjef, Grete Andreassen
599011	Dårlig utstyr, hansker	28.11.2012		Avdelingsleder, Sølvi Hestnes
599517	Fristbrudd	28.11.2012	14.01.2013	Avd. sjef, Grete Andreassen
599558	Fristbrudd	03.12.2012	14.01.2013	Avd. sjef, Grete Andreassen
599570	Fristbrudd	03.12.2012	14.01.2013	Avd. sjef, Grete Andreassen
599787	Fall	08.12.2012	24.01.2013	Avdelingsleder, Birgit Elisabeth Johansen
600733	Pasient falt fra operasjonsbord	19.12.2012	18.01.2013	Avd. sjef, Trond Marius Elsbak

3. Samarbeidspartnere – samhandlingshendelser med kommunene

(Her er oversikten, hver enhet må selv gå inn i sakene ved gjennomgangen)

Enhet Mo i Rana, 67 stk. (kontaktperson: Anne Ingeborg Pedersen)

Enhet Mosjøen, 36 stk. (kontaktperson: Torbjørg Paulsen)

Enhet Sandnessjøen, 74 stk. (kontaktperson: Sølvi Albrigtsen Hansen)

Risikomomenter:

- Pasientklagesakene blir ikke fulgt opp
- Den samme pasientklagesaken/hendelsen kan skje igjen
- Pasienter får ikke den behandlingen de skal ha

Tiltak:

- Hver enhet sine samhandlings personer må følge opp samhandlingshendelsene og møtes jevnlig for å koordinere og lære av hendelsene
- Alle pasienthendelsene og pasientklagesakene må tas opp på de involverte avdelingene
- Alle pasientklagesakene blir fulgt opp status på av kvalitetsutvalgene
- Skal gjennomføres et Lean-prosjekt vedr. inn- og utskriving av pasienter i år

Oppsummering pkt. C: Tilbakemeldinger/klager

Pkt.	Tekst	Vurdering
C1	Status pasientklagesaker ved sykehusenhetene	Middels
C2	Oversikt Pasienthendelseskjema til Kunnskapssenteret	Middels
C3	Samarbeidspartnere – samhandlingshendelser med kommunene	Middels

Samla vurdert risiko for punkt C: Tilbakemeldinger/klager

- Kritisk/svært alvorlig
 Alvorlig
 Middels
 Lav
 Ubetydelig

D. Interne revisjoner

Status, 2012 (Her er oversikten, hver enhet må selv gå inn i sakene ved gjennomgangen)

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
Mosjøen	Klinikk avd. tema behandlingsplaner	2012/1033	5 avvik 3 anm.
Mosjøen	Egeninspeksjon og stikkprøver med. dagavd.	2012/1182	
Mo i Rana	Internrevisjon Blodbanken Mo i Rana	2012/1263	Gjennomføres 30.10.12
Sandnessjøen	Internrevisjon Blodbanken Sandnessjøen	2012/1350	4 avvik 5 anm.
Sandnessjøen	Internrevisjon Kjøkken avd. Sandnessjøen	2012/1357	3 avvik 2 anm.
Mosjøen	Internrevisjon BUP Mosjøen – Behandlingsplaner	2012/1408	3 avvik 2 anm.

Risikomomenter:

- De interne revisjonene blir ikke gjennomført
- De interne revisjonene blir ikke fulgt opp i linja
- Det gjennomføres for få internrevisjoner

Tiltak:

- Alle intern revisjonene blir fulgt opp på de månedlige kvalitetsutvalgsmøtene
- Linjeledere må følge enda bedre opp intern revisjonsrapportene

Samla vurdert risiko for punkt D: Interne revisjoner

- Kritisk/svært alvorlig
 Alvorlig
 Middels
 Lav
 Ubetydelig

E. Eksterne tilsyn

Status, 2012 (Her er oversikten, hver enhet må selv gå inn i sakene ved gjennomgangen)

Sted	Hvem	Saks nr. i ePhorte	Status
Mosjøen	Helse Nord – internrevisjon: Bestilling og mottak av prøvesvar	2012/72	6 anbefalinger
HF	Helse Nord – internrevisjon: Kontroll av helsepersonells kompetanse og autorisasjon	2012/71	Intervjuer 14-15 juni Ikke mottatt rapport
HF	DSB – oppfølging av revisjonen fra i fjor	2012/74	4 avvik, frist for lukking 12.10.12 Svar rapport under utarbeidelse
Sandnessjøen	Statens legemiddelverk	2012/308	4 avvik, 1 anm. Sendt tiltaksplan 24.08.12
Mo i Rana	Statens legemiddelverk	2012/309	5 avvik, 1 anm. Sendt tiltaksplan 21.06.12
Mosjøen	Statens legemiddelverk	2012/307	5 avvik, 1 anm. Sendt tiltaksplan 15.06.12
Sandnessjøen	Fylkesmannen i Nordland – tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft	2012/80	1 avvik Sendt tiltaksplan 30.06.12
Mosjøen Mo i Rana Sandnessjøen	Psykiatrisk kontrollkommisjon Helgeland	2012/434	Ikke mottatt rapport
Sandnessjøen	Mattilsynet	2012/1089	3 avvik
Mo i Rana og Sandnessjøen	Helsetilsynet – Tilsyn av blodbankvirksomhet	2012/798	2 avvik
Sandnessjøen	Revisjon av luftambulansen Br.sund	2012/1177	
Mosjøen	Helse Nord – internrevisjon av tverrgående prosesser mellom pasientreisekontorene i helseforetakene og Pasientreiser ANS	2012/1229	Gjennomføres i nov 2012 – feb 2013
Sandnessjøen Mosjøen	Kontrollkommisjonen for Helgeland	2012/1457	1 tilbakemelding 1 tilbakemelding

Risikomomenter:

- Revisjonene blir ikke fulgt opp i linja

Tiltak:

- Alle revisjonene blir fulgt opp på de månedlige kvalitetsutvalgsmøtene
- Linjeledere må følge enda bedre opp revisjonsrapportene

Samla vurdert risiko for punkt E: Eksterne tilsyn

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

F. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

- a) Omorganiseringer
 - Organisasjon og ledelse prosjektet
- b) Bygningsmessige endringer
 - Sandnessjøen
- c) Nye elektroniske løsninger
 - HOS, FIKS, HR, elektroniske meldinger kommunene
- d) Lovmessige endringer
 - [Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.\)](#)
 - [Lov om endringer i helsepersonelloven m.m. \(utsending av epikrisar og utlevering av teiepliktige opplysningar til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.\)](#)
 - [Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi\)](#)
 - [Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.\)](#)
- e) Samarbeidsavtaler
 - Revisjoner av tjenesteavtalene med kommunene

Risikomomenter:

-

Tiltak:

- Ved alle endringer skal det gjennomføres ROS-analyser før gjennomføring

Samla vurdert risiko for punkt F: Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

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

Oppsummering:

Samla vurdert risiko for punkt A: Kvalitetsindikatorer

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

Samla vurdert risiko for punkt B: Avvik og forbedring

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

Samla vurdert risiko for punkt C: Tilbakemeldinger/klager

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

Samla vurdert risiko for punkt D: Interne revisjoner

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

Samla vurdert risiko for punkt E: Eksterne tilsyn

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

Samla vurdert risiko for punkt F: Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

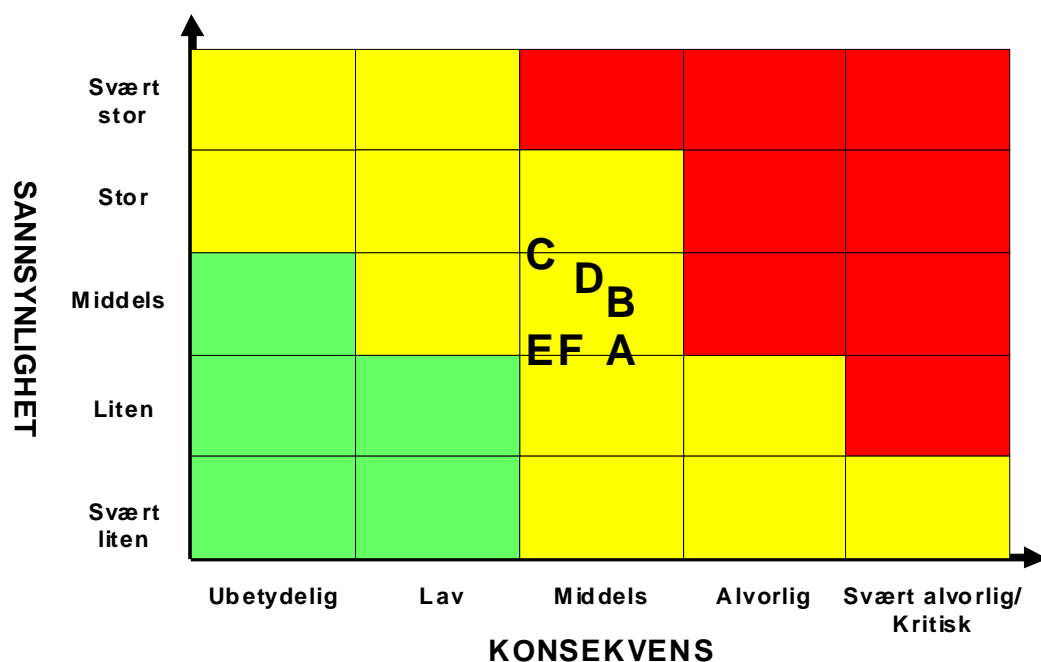
- Kritisk/svært alvorlig
- Alvorlig
- Middels
- Lav
- Ubetydelig

Skala for konsekvens (Pasient hensynet)

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

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



- Tiltak er beskrevet under hvert punkt.
- Basert på denne gjennomførte ledelsens gjennomgang, vil ledelsen at det gjennomføres intern revisjoner/kontroll innenfor område og tema i 2013:
 - Tid fra henvisning til første behandling for tykktarm/ - endetarmskreft
 - Ventelister/fristbrudd
 - Koding (har vi rett koding) og er det likt mellom enhetene ved medisinsk område

Dato: 24.06.2013
 Sign: adm. direktør