

Styresak 53/2014: Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger

Møtedato: 18.06.14

Møtested: Helgelandssykehuset Mo i Rana

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 2014 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.

I følge Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, skal helseforetakenes risikovurdering av mål og styringsvariable foretas i løpet av 1. tertial og rapporteres etter første tertial.

Dette er beskrevet i prosedyren Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (Docmap RL1602), der det i vedlegg 2 er presentert en mal for denne risikovurderingen, (prosedyren vedlagt).

Det har imidlertid vært stilt spørsmål både fra Helgelandssykehuset, UNN og Nordlandssykehuset om HF'enes adgang til å rapportere ledelsens gjennomgang av risikostyringsmålene på annen måte. Dette spørsmålet ble også reist i Oppfølgingsmøtet med Helse Nord RHF 05.06.14, og det ble da gitt gehør for at rapporteringsformen kunne tilpasses det som var hensiktsmessig ift vår gjennomgang av Oppdragsdokumentet.

I Oppdragsdokumentet 2014 er det identifisert fire hovedområder for risikostyringen for 2014, med underliggende delmål:

- **Pasientbehandlingen**
 - o Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 - o Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
 - o Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager
- **Organisasjon og personell**
 - o Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
 - o Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd
- **Investeringsplan**
 - o Medvirke til at FIKS2-prosjektet blir gjennomført.
 - o Kontroll på store parallelle byggeprosjekter
- **Økonomi**
 - o Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder
 - o Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

I tillegg foreligger det utdypende notat fra Helse Nord til RHF-styremøtet 18.12.13 (vedlagt).

Ledergruppen har 17.03.2014 gjennomgått Oppdragsdokumentet 2014 med risikovurdering og ansvars plassering knyttet til de enkelte punktene, og ved denne gjennomgangen er de fleste av de aktuelle hovedmålene og delmålene gjennomgått og risikovurdert i forhold til pasientperspektiv og foretaksperspektiv. Denne gjennomgangen oppsummeres med kommentarer i eget notat som er vedlagt, og utgjør således ledelsens gjennomgang av risikostyringsmålene.

Ledelsens gjennomgang omfatter også Sikkerhetsrevisjonen med risikovurderingen som HF-ledergruppen gjorde 12.05.14 i forhold 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.

Videre er det også gjort en gjennomgang og risikovurdering av 2013-resultatene for sentrale avsnitt i kvalitetsrapportene samt et punkt vedr bygningsmessige og tekniske forhold. Vurderingene er gjort ift akseptert nivå / ikke-akseptert nivå, og beskrevet tiltak for punktene med ikke-akseptert nivå.

I tråd med årshjulet i Retningslinjene for risikostyring vil oppfølging av risikovurderingene og tiltakspunktene bli rapportert etter 2. tertial 2014.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar resultatet av ledelsens gjennomgang av styringsmål for 2014, internkontroll/kvalitetsstyring og sikkerhetsrevisjon i forhold til informasjonssikkerhet til orientering.

Per Martin Knutsen
Adm. direktør

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

Vedlegg:

1. Ledelsens gjennomgang styringsmål 2014
2. Ledelsens gjennomgang informasjonssikkerhet 2014
3. Ledelsens gjennomgang internkontroll/kvalitetsstyring 2014
4. Notat fra Helse Nords styremøte 18.12.2013 vedr. overordnede mål for risikostyring

Eget vedlegg: Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord

Ledelsens gjennomgang risikostyring i Oppdragsdokumentet 2014 - notat i forbindelse med HF-ledermøtet 11.06 – 12.06.2014

Det vises til sak 34/2014 i ledermøtet 12.05.14 – ledelsens gjennomgang der ledelsens gjennomgang av informasjonssikkerhet og internkontroll/kvalitetsstyring ble verifisert.

Ledelsens gjennomgang skal også gjelde risikostyringsmålene som Helse Nord RHF har formulert i oppdragsdokumentene.

Dette er beskrevet i prosedyren Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (Docmap RL1602), der det i vedlegg 2 er presentert en mal for denne risikovurderingen, (prosedyren vedlagt).

Det har imidlertid vært stilt spørsmål både fra Helgelandssykehuset, UNN og Nordlandssykehuset om HF'enes adgang til å rapportere ledelsens gjennomgang av risikostyringsmålene på annen måte. Dette spørsmålet ble også reist i Oppfølgingsmøtet med Helse Nord RHF 05.06.14 og det ble da gitt gehør for at rapporteringsformen kunne tilpasses det som var hensiktsmessig ift vår gjennomgang av Oppdragsdokumentet.

Risikostyringskravene i Oppdragsdokumentet 2014:

2.3 Risikostyring og internkontroll

Risiko og krav endres over tid. Prosessen for intern styring og kontroll må derfor følges opp for å sikre at styret og ledelsen har rimelig grad av sikkerhet for at helseforetakets målsettinger vil bli oppfylt. Helse Nord RHF har identifisert fire hovedområder for risikostyringen for 2014, med underliggende delmål:

- Pasientbehandlingen
 - o Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 - o Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
 - o Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager
- Organisasjon og personell
 - o Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
 - o Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd
- Investeringsplan
 - o Medvirke til at FIKS2-prosjektet blir gjennomført.
 - o Kontroll på store parallelle byggeprosjekter
- Økonomi
 - o Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder
 - o Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

I tillegg foreligger det utdypende notat fra Helse Nord til RHF-styremøtet 18.12.13 (vedlagt)

Ledergruppen har 17.03.2014 gjennomgått Oppdragsdokumentet 2014 med risikovurdering og ansvars plassering knyttet til de enkelte punktene, og ved denne gjennomgangen er de fleste av de aktuelle hovedmålene og delmålene gjennomgått og risikovurdert ift pasientperspektiv og foretaksperspektiv.

Denne gjennomgangen oppsummeres med kommentarer, og utgjør således ledelsens gjennomgang av risikostyringsmålene:

Pasientbehandlingen

- Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 Det er igangsatt arbeid med pasientforløp knyttet til kreftsykdommer, (tykktarmskreft og lungesykdommer) som ledd i oppfølging av den regionale kreftplanen. I dette arbeidet inngår også samarbeid med primærhelsetjenesten.

Pasientbehandling somatikk	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Øke samarbeidet med primærhelsetjenesten for å sikre tidlig diagnostikk av kreft. Fokus på tett samarbeid rundt pasientforløpsarbeid			●	●	Thomas Skonseng	Ranveig Aspevik						Del av arbeidet med kreftplan

- Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet

Helseforetaket deltar i de fleste innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
Det vises til de månedlige kvalitetsrapportene.

Pasientsikkerhet	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Sikre at pasientsikkerhetsprogrammet's tiltakspakker inngår i den ordinære aktiviteten, og følges opp av linjeledelsen			●	●	Fred Mürer	Anne Ingeborg Pedersen						Status rapport og eventuelle revisjoner. Herunder vurdere GTT målingene.
Innen utgangen av 2. tertial skal det være gjennomført pasientsikkerhetskultur undersøkelse	70 %		●	●	Fred Mürer	Anne Ingeborg Pedersen	05.02.2014	31.09.2014	11.04.2014			
Benytte Sykehusapotek Nord aktivt gjennom "Samstem" for å sikre innføre legemiddelsamstemming i foretaket			●	●	Fred Mürer	Farmasøyter Sykehusapotek Nord						

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager
Gjennomsnittlige ventetid er under 65 dager. Følges opp månedlig, sammen med status på fristbrudd.

Tilgjengelighet/brukerorientering	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	< 65	58	●	●								
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	4 %	●	●	Fred Mürer	Ida Berg Søfting						Venteliste prosjekt restartes og rapporterer på aktiviteter

Organisasjon og personell

- Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
Rekruttering og stabilisering av kvalifisert personell til robuste fagmiljøer av inngår som en sentral del av arbeidet med utviklingsplan 2025.

Personell, Utdanning og kompetanse	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Planer for rekruttering og bibehold av personell, med særskilt fokus på spesialister			●	●	Tore Enga	Marthe Præsteng						Jobbes med i Utviklingsplan 2025, psykisk helsevern bør ses i sammenheng.
Sikre et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder den nye spesialiteten rus og avhengighetsmedisin			●	●	Tore Enga	Marthe Præsteng						
Oppgaveledning mellom ulike yrkesgrupper dersom dette kan bidra til reduserte ventelister og gode effektive pasientforløp			●	●	Tore Enga							Lokal tilnærming. Kjøres som lokale prosjekt i en testfase.

- Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd
Helseforetaket har deltatt i arbeidet med RHF's strategiske kompetanseplan, og det arbeides også med intern plan for opplæring av 1.linjeledere i helseforetaket. Denne skal ferdigstilles ila juni 2014.

Investeringsplan

- Medvirke til at FIKS2-prosjektet blir gjennomført.
Status på gjennomføring av aktivitetene i FIKS / HOS-prosjektene gjennomgås månedlig i HF-ledergruppen. Det er opprettet egen HF-styringsgruppe for FIKS

Kvalitet	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Presentere ROS analyser for de kliniske systemer			●	●	Fred Mürer	Skule Stormdalshei						Omfang og metode. Infosikkerhet og arkivfunksjon må avklares

- Kontroll på store parallelle byggeprosjekter
Helseforetaket har ingen pågående store byggeprosjekter. Arbeidet med Utviklingsplan 2025 går etter plan og det rapporteres på dette arbeidet månedlig til HF-ledergruppen og til styret i hvert styremøte.

Økonomi

- Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder



Aktivitetutviklingen ift plantall følges opp månedlig og rapporteres til styret og Helse Nord. Det er også stort fokus på sykehusforbruk, tilbakeføring av pasientkontroller til primærhelsetjenesten, og prioritering innen de ulike fagområdene.

Pasientbehandling psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling	Mål	Resultat	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Sikre at det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. Veksten skal komme ved DPS'ene			●	●	Per Martin Knutsen	Ida Berg Søfting						Veksten måles i kostnader, ventetid og aktivitet

- Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene
 Oppnåelse av resultatkrav skal ta høyde for å møte fremtidige kapitalkostnader. Oppfølgingen foregår gjennom den månedlige rapporteringen til styret og Helse Nord.

Økonomiske Krav og øvrige rammebetingelser	Mål 2014	Resultat 2013	Risiko pasient	Risiko Foretak	Prosjekt eier	Prosjekt ansvarlig	Start	Slutt	Neste milepæl	Personell ressurser	Finansiering	Kommentar
Resultatkrav HF	10	-3,2	●	●	Per Martin		01.01.2014					

I tråd med årshjulet i Retningslinjene for risikostyring vil oppfølging av risikovurderingene bli rapportert etter 2. tertial 2014.

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	Ikke ok	Er gjennomført en ROS-analyse vedr. flytting av Dips database til Tromsø. Vi mangler en oversikt over hvilke systemendringer og organisasjonsendringer som har blitt gjennomført i 2013, derav vet vi heller ikke om det er gjennomført tilstrekkelig risikovurderinger.
2	Er prosedyrene for avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet kjent i virksomheten?	8	Ok	17 meldte info.sikkerhetsavvik i 2013.
3	Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet?	8	Ok	De ansatte har nok fortsatt for høy terskel før de melder informasjonssikkerhets avvik, de fleste gjelder fortsatt 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. Ved planlagte stans iforb. med Fiks vil vi få tilgang til UNN sin web-baserte katastrofeløsning. Men dersom linjene skulle falle ut vil både Dips og denne løsningen ikke fungere.
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.



Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
7	Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr?	17 HN-IKT	Ok	Dette er i varierende grad tilfredsstillende utenom server rom. De største installasjonene er i samsvar med PR05786 "Fysisk sikring". Nytt midl. datasenter i Tromsø er oppe og går og ROS-analyser er gjennomført her.
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. HN IKT jobber fortløpende med å sikre utstyr som de 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	Ok	Ja. Sykehusene har Gb samband og backup skjer til Bodø eller Tromsø der de har backup roboter. Alt av backup går dit. HN-IKT har i driftsavtale med oss ansvar for backup.
12	Er det kontroll med all ekstern tilgang til datasystemer?	22 HN-IKT	Ok	Ja, ekstern tilgang er i samsvar med etablerte prosedyrer.
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
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.

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
16	Brukes trådløst utstyr og nett iht. etablerte prosedyrer?	26 HN-IKT	Ok	Ja
17	Etterleves prosedyrene for makulering?	27	Ok	I og med at det registreres avvik der pasientsensitiv informasjon finnes i klær, etterleves det ikke 100%.
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. Gjestepas. data overføres bl.a på e-post.
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 er allerede etablert og flere vil komme i 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	Ok	Er ikke implementert SMS løsning i DIPS. Hva avdelingene evt. sender ut sjøl har vi ikke kontroll med.
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:

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
1	Er det gjennomført nødvendig(e) risikovurdering(er) siste år?	7	Ikke ok	Er gjennomført en ROS-analyse vedr. flytting av Dips database til Tromsø. Vi mangler en oversikt over hvilke systemendringer og organisasjonsendringer som har blitt gjennomført i 2013, derav vet vi heller ikke om det er gjennomført tilstrekkelig risikovurderinger.
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. Gjestepas. data overføres bl.a på e-post.

Pkt.'er som ledelsen ønsker å få verifisert:

Nr	Sjekkpunkt	Faktaark	Beskrivelse
10	Tas det daglig sikkerhetskopi	21	Ledelsen ønsker å få dokumentert og verifisert at en sikkerhetskopi av pasientdata samt fil-data blir lagt tilbake fra en sikkerhetskopi.

Tiltak:

Punkt	Innhold	Tiltak
1	Er det gjennomført nødvendig(e) risikovurdering(er) siste år?	En oversikt over hvilke systemendringer og organisasjonsendringer som har blitt gjennomført i 2013 må skaffes, så må det ses på om det er gjennomført nødvendige risikovurderinger her.
18	Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett?	- Mer informasjon ut til de ansatte - Gjestepas. overføringene skal kontrolleres og få endret til akseptabelt nivå

Tiltakene iverksettes.

Dato: 12.05..2014

Per Martin Knutsen (sign)
 Administrerende direktør

Ledelsens gjennomgang 2014 – intern kontroll/kvalitetsstyring. Versjon 0.6. Basert på PR24998 Ledelsens gjennomgang - mal

Innhold

1. Ventetider	29
2. Bygningsmessige og tekniske forhold.....	29
3. Pasientsikkerhet.....	30
4. Kvalitetsindikatorene	30
5. Tilbakemeldinger/pasientklager	30
6. Avvik og forbedringspunkter	30
7. Interne revisjoner.....	31
8. Eksternt tilsyn.....	31
9. Kvalitetsstrategien	32
10. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten	32
11. Oppsummering	32

Ventetider

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.1 for hva som skal vurderes.

Ligger ventetidene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig

Bygningsmessige og tekniske forhold

Dokumentasjon:

- Kartlegging av bygningsmassen ved Helgelandssykehuset HF, Multiconsult 2011.

- Utviklingsplan Helgelandssykehuset HF, under utarbeidelse.

Er de bygningsmessige og tekniske forholdene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	1. Ha samlet inn og strukturert informasjon som belyser arealbruken i Helgelandssykehuset. 2. Ha analysert eiendommene i forhold til tilstand, verdi, arealeffektivitet og fremtidig funksjonalitet . 3. Ha utformet en klar strategi for eiendomsporteføljen som gir brukerne gode og effektive bygninger til lavest mulig kostnad .	Eiendomssjef/ sjefer for intern service.
2	Definere, kartlegge og igangsette forebyggende tiltak for kritiske leveranser (ventilasjon, varme, kjøling, medisinske gasser, brann etc.)	Eiendomssjef/ sjefer for intern service.

Pasientsikkerhet

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.2 for hva som skal vurderes.

Er tallene fra pasientsikkerheten innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Tiltakspakken vedr. behandling av hjerneslag er ikke god nok så her må pasientsikkerhetsansvarlig sørge for bedre etterlevelse	Pas.sikkerhets ansvarlig
2	Beskrivelse av at GTT funnene (pasientskadene) gjennomgås og følges opp med de ansvarlige for hendelsene	Pas.sikkerhets ansvarlig

Kvalitetsindikatorene

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.3.a for hva som skal vurderes.

Er kvalitetsindikatorene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Der Helgelandssykehuset er under landsgjennomsnitt er vi ikke innenfor akseptert nivå. Oversikt blir laget med alle de 49 nasjonale kvalitetsindikatorene som viser hvor vi står i forhold til nasjonale tall.	Kval. leder
2	Oversikten fra pkt. 1 skal følges opp på ledermøtene.	Enhetsdir.

Tilbakemeldinger/pasientklager

Fra pasienter og andre tjenestemottakere, samarbeidspartnere, kunder, organisasjoner, media

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.3.b for hva som skal vurderes.

- Oversikt pasientklagesaker fra hver enhet for 2013.

Viser tilbakemeldingene/klagene at vi saksbehandler og følger opp klagesakene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Egen saksbehandlingstid må forbedres, vi har litt for mange purringer	Saksansv.
2	En bedre oversikt over sakene skal lages. Den skal vise kort hva saken dreier seg om, avdeling og status	Kval. leder og medisin fagligperson
3	Nye pasientklagesaker/oversikt fra pkt. 2 skal tas opp på ledermøtene	Enhetsdir.

Avvik og forbedringspunkter

Oversikt over de alvorligste avvikene siste periode på alle relevante lovområder, om avvikene behandles, risikobilde, alvorlighetsgrad på avvikene.

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 3c. Status avvikshåndtering
- Avviksstatistikk for 2013

Er avvikene og forbedringspunktene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Det mangler ofte beskrivelse av tiltak i avvikene, dette må nærmeste leder bli bedre på.	Nærmeste leder
2	Pasientklagene er i svært liten grad meldt inn som avvik internt først, linje ledelsen må ta ansvar for at de ansatte melder avvik.	Nærmeste leder
3	Saksbehandlingstida for avvikene er generelt for høy, linje ledelsen må sørge for å få ned saksbehandlingstida.	Nærmeste leder
4	Læringseffekten av avvikene er vi usikre på da det ikke dokumenteres i god nok grad at avvik fra andre avdelinger er gjennomgått.	Nærmeste leder
5	Ved andre sykehus har de ei tavle på avdelinga som viser når de hadde siste fall, legemiddel feil, infeksjon og liggesår. Noe vi også bør innføre ?	Nærmeste leder
6	Fra Pasientsikkerhetsprogrammet har vi ulike tiltak som kan settes i verk i forhold til de områdene der det oppstår avvik oftest (fall, legemiddel, infeksjoner og liggesår). Disse implementeres.	Nærmeste leder
7	En bedre oversikt med klassifisering av avvikene ønskes inn i kvalitetsrapporten.	Kval. leder

Interne revisjoner

Status legges frem

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 3d. Interne og eksterne revisjoner
- Interne og eksterne revisjoner 2013

Er resultatene av de interne revisjonene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Alle gjennomførte intern revisjoner er ikke dokumentert i ePhorte, blir vanskelig å uttale seg om hva ståa egentlig er da.	De som har gj.ført intern revisjon
2	Vi mangler en samla oversikt over hvilke intern revisjoner enhetene hadde planlagt og gjennomført i 2013.	Enhetsdir.
3	Enhetene/fagmiljøene bør lage seg en felles intern revisjonsplan ihht. oppfølging av de viktigste målene sine for 2014.	Koordinator: kval.leder

Eksternt tilsyn

Legg frem utfylt skjema som viser oversikt over og status for lukking av avvik for alle eksterne tilsyn

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 3d. Interne og eksterne revisjoner
- Interne og eksterne revisjoner 2013

Er resultatene av tilsynsrapportene innenfor akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Alle tilsynsrapporter skal inn som egen sak til ledergruppa og når tiltaksplanen foreligger	Enhetsdir.
	Oppfølgingen av tilsynsrapportene i linja er veldig bra, informasjon om tilsyn og	



læring av rapportene på tvers i organisasjonen er økende	
--	--

Kvalitetsstrategien

Vurdere behov for endringer i kvalitetsstrategien

Dokumentasjon:

- Møtereferatene fra kvalitetsrådene ved enhetene og kvalitetsutvalget på HF nivå 2013.

Er kvalitetsstrategien god nok ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Kvalitetsstrategien skal revideres innen utgangen av 2014	Kval.leder
2	Mer informasjon ut til de ansatte om hva de egentlig skal gjøre ihht. kvalitetsstrategien	Enhetsdir. og kval.leder

Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

For eksempel omorganiseringer, nye elektroniske løsninger

Områder:

- FIKS/HOS gjennomføringsplan
- Framtidens Helgelandssykehus, 2025 utviklingsplan
- Rekruttering
- Omorganiseringa som er gjennomført men som ikke er helt ferdig enda
- Endringer i andre helseforetak som får innvirkning på oss

Vurderes forestående endringer i virksomheten slik at kvaliteten på våre tjenester opprettholdes innen akseptert nivå ? Ja Nei

Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig

Oppsummering

Sammenstilt vurdering:

Nr.	Navn	Innenfor akseptert nivå	
		Ja	Nei
1	Ventetider	X	
2	Bygningsmessige og tekniske forhold		X
3	Pasientsikkerhet	X	
4	Kvalitetsindikatorer		X
5	Tilbakemeldinger/pasientklager	X	
6	Avvik og forbedringspunkter		X
7	Interne revisjoner		X
8	Eksternt tilsyn	X	
9	Kvalitetsstrategien	X	
10	Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten	X	

Tiltakene iverksettes.

Dato: 12.05.2014

Per Martin Knutsen (sign)
 Administerende direktør

Møtedato: 18. desember 2013

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Erling Bang, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 12.12.13

Risikostyring 2014 i foretaksgruppen – overordnede mål

Formål/sammendrag

Denne saken har som formål å orientere styret i Helse Nord RHF om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2014.

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 2014. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2014.

Etter diskusjon i Direktørmøte 16. oktober og 14. november foreslår administrerende direktør 4 målområder for risikostyringen i 2014. Alle er i tråd med overordnede mål i plan for Helse Nord 2014-2017.

Målområde 1

Pasientbehandlingen

- *Delmål/KSF¹ hovedmål 1:*
 - Ansvar for de ulike trinn i pasientforløp er definert
 - Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Definerte pasientforløp internt og mellom organisasjoner i spesialisthelsetjenesten er grunnlaget for å definere prosess- og beslutningsstøtte.

En sentral utfordring i pasientbehandlingen er de lange avstandene i Nord-Norge. Det er variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester i landsdelen. Helse Nord ønsker fortsatt en desentralisert sykehus- og institusjonsstruktur. Mange og spredte institusjoner gir oss både fordeler og utfordringer. Det er behov for å utvikle flere helhetlige pasientforløp, som inkluderer samarbeid med primærhelsetjenesten.

De tre hovedmålene til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen videreføres som et flerårig program fra 2014.

Kravene innen ventetid er videreført fra tidligere år.

¹ KSF: Kritisk suksessfaktor

Målområde 2

Organisasjon og personell

- *Delmål/KSF hovedmål 2:*
 - Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd
 - Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd

Personellet er helsetjenestens viktigste ressurs. God og riktig kompetanse er avgjørende. Helse Nord har utarbeidet en strategisk kompetanseplan fase 1. Strategisk kompetanseplan fase 2 ferdigstilles primo 2014, og skal gjelde frem mot 2020.

Behovet for helsepersonell øker i hele landet. Helse Nord må være attraktiv og aktiv i kampen om arbeidskraften. Befolkningsgrunnet i Helse Nord er lavt. Strategien med desentralisert struktursom Helse Nord har valgt for å sikre likeverdig behandling, øker utfordringene med å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell.

Helse Nord skal sikre god kompetanse hos de ansatte, både innen pasientbehandling, utdannings- og forskningsoppgaver og ledelse.

For å videreutvikle helsetjenesten er vi avhengig av kreativitet og endringskompetanse. Dette krever fokus på organisasjonsutvikling.

Målområde 3

Investeringsplan

- *Delmål/KSF hovedmål 3:*
 - Felles innføring av kliniske system (FIKS)
 - Kontroll på store parallelle byggeprosjekter

For å sikre kontroll med gjennomføringen av de store byggeprosjektene kreves tett oppfølging. God økonomisk kontroll sikrer at vi beholder langsiktig fokus og rettferdig fordeling internt i regionen. Like viktig er å sikre at resultat- og effektmålene som ligger til grunn for investeringsbeslutning oppnås.

Målområde 4

Økonomi

- *Delmål/KSF hovedmål 4:*
 - Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder
 - Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Helse Nord står foran et investeringsprogram på over 10 milliarder kroner de neste 8 år. Dersom Helse Nord ikke klarer økonomiske resultatmålene, vil investeringer måtte utsettes.

Det er stor variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester, og grunn til å tro at vi innenfor noen områder overbehandler pasienter. Prioritering blir nødvendig for å nå målene som ligger innenfor de ulike fagområder.