

Styresak 28/2015: Ledelsens gjennomgang av risikovurderinger

Møtedato: 30.04.15

Møtested: Scandic Syv Søstre, Sandnessjøen

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 2015 er dette formulert slik:

Helseforetaket skal styrebehandle:

Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal minimum gjøres 1 gang pr år og styrebehandles.

Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet.

Gjennomgangen skal også inneholde:

- ROS- analyser.
- gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø og beredskap.
- en oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner.
- status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 *Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål.*

Som del av saken skal styret vurdere helseforetakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

I følge Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (prosedyre RL1602) skal helseforetakenes risikovurdering av mål og styringsvariable foretas ila 1.tertial.

Overordnede mål for risikostyringen i foretaksgruppen i Helse Nord RHF er gitt gjennom RHF styresak 148-2014 i styremøte 17.12.2014 (vedlegg 1)

Disse målene er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål

- Iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig ventetid til ≤ 65 dager og sikre at det ikke forekommer fristbrudd.
- Sørgje for at alle innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift.
- Iverksette tiltak i 2015 slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.
- Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene, og implementere tiltak i regional kreftplan.

Målområde 2: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

- Planlegge langsiktig med nøkterne forutsetninger. Dermed skjermes helseforetakene mot større svingninger i inntektsforutsetningene.
- Ta ut gevinstene av FIKS-programmet og andre investeringer.

Målområde 3: Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Delmål:

- Sikre at vedtatt investeringsplan inklusive endringer gjennomføres i henhold til plan.

Ledergruppen har 14.04.2014 gjennomgått Oppdragsdokumentet 2015 med risikovurdering og ansvarsplassering knyttet til de enkelte punktene, etter at det har vært gjort en tilsvarende gjennomgang i ledergruppene ved de 3 sykehusenhetene. Ved disse gjennomgangene er alle de aktuelle hovedmålene og delmålene gjennomgått og risikovurdert ift. pasientperspektiv og foretaksperspektiv.

Hvert punkt i Oppdragsdokumentet har fått prosjekteier og prosjektansvarlig for oppfølging. Sammendrag av ledelsens gjennomgang av oppdragsdokumentet er vedlagt (vedlegg 2).

Ledelsens gjennomgang 14.04.2015 omfattet også Sikkerhetsrevisjonen ift. til informasjonssikkerhet med utgangspunkt i faktaark nr 6 fra Norm for informasjonssikkerhet. I dette faktaarket summeres sentrale parametre ift. Normen og informasjonssikkerhetsarbeidet, (vedlegg 3).

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 2014 - resultatene for sentrale avsnitt i kvalitetsrapportene + et punkt vedr bygningsmessige og tekniske forhold. Disse punktene omfatter også meldte avvik, interne revisjoner og rutiner for behandling av eksterne revisjoner og tilsyn.

Vurderingene er gjort ift. 3 risikonivå, grønt, gult og rødt, og beskrevet tiltak for alle punktene. Det er ingen punkter som er gitt høyeste risikonivå (rødt), (vedlegg 4).

Det vises også til styresak Tilsyn og eksterne revisjoner 2014 der alle rapporter og oppfølging av eksterne tilsyn for 2014 er gjennomgått.

Det som gjenstår i følge oppdragsdokumentets krav til styrebehandling av ledelsens gjennomgang er gjennomgang av klima og miljø og beredskap. Helseforetaket har p.t. et pågående prosjekt for miljøsertifisering av virksomheten, og når dette er gjennomført vil sertifiseringen bli presentert for styret. Helseforetaket er også i ferd med å revidere beredskapsplaner i tråd med systematikk gitt av Helse Nord RHF. Målet er at dette skal være fullført innen 01.06.2015, og når dette arbeidet er slutført vil planverket for beredskap bli presentert for styret.

I tråd med årshjulet i Retningslinjene for risikostyring vil oppfølging av risikovurderingene og tiltakspunktene bli rapportert etter 2. tertial 2015.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar resultatet av ledelsens gjennomgang av risikovurdering av oppdragsdokument med styringsmål for 2015, internkontroll/kvalitetsstyring og sikkerhetsrevisjon ift. informasjonssikkerhet, til orientering.

Styret ber om at miljøsertifisering av helseforetaket og revisjoner av beredskapsplaner blir forelagt styret når disse tiltakene er gjennomført.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

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

Vedlegg:

1. Helse Nord RHF styresak 148-2014 Risikostyring i foretaksgruppen – overordnede mål
2. Sammendrag av ledelsens gjennomgang av Oppdragsdokumentet (Per Martin oversender det)
3. Ledelsens gjennomgang informasjonssikkerhet
4. Ledelsens gjennomgang kvalitet