

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Fonna HF
Dato: 03.01.18
Frå: Administrerende direktør
Sakshandsamar: Olav Klausen
Saka gjeld: Risikorapportering ved årsslutt

Styresak 4/18

Styremøte 12.01.18

1 vedlegg

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Fonna HF tar risikorapportering ved årsslutt til etterretning

Bakgrunn for saka

Føretaksgruppa i Helse Vest har, etter pålegg i oppdragsdokument og styringsdokument, sidan 2009 gjennomført regelmessig, systematisk overordna risikostyring. Risikostyringa er gjennomført i tråd med retningslinjer for risikostyring i Helse Vest. Helseføretaka skal rapportere på risiko til føretaksstyret tertialvis, og ved årsslutt gjere greie for arbeidet med risikostyring i årleg melding til Helse Vest RHF.

Styret i Helse Vest RHF vedtok i styremøte den 7. desember 2016 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2017 (styresak 132/16):

1. Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018
2. Uønskt variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast
3. HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidsdagen
4. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk.

Administrerande direktør handsama arbeidet med risikostyring i januar 2017 i leiarmøte. Etter dette har klinikkane utarbeidd styringsmål, delmål og risikoelement. Det er lagt vekt på å finne mål og delmål innan forskjellige deler av drifta. Helse Fonna har i tillegg til dei felles måla i Helse Vest vald følgjande tilleggsmål:

5. Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga
6. Helse Fonna skal halde budsjettet for 2016

Første rapportering for 2017 var i sak 34/17 på styremøtet 28.04.17.

Andre rapportering var i sak 61/17 på styremøtet 29.09.17.

Tre risikoelement har skifta farge frå gul til grøn frå andre tertial. Eitt element har skifta farge frå raud til gul farge. To element har skifta farge frå gul til raud farge (styringsmål 6, økonomi). 10 element har fått redusert sannsynlegheit og 2 har fått redusert konsekvens. To risikoelement har fått auka sannsynlegheit (styringsmål 6, økonomi).

Ved årsslutt er 9 av 25 risikoelement i grøn sone og 12 risikoelement i gul sone.

Fire risikoelement er raude ved årsslutt. Eitt gjeld den gylne regel, at veksten i kostnadar og årsverk ikkje er høgare innan psykisk helsevern og TSB enn innafor somatikken.

Eitt av risikoelementa i raud sone gjeld pasienttryggleiksprogrammet (at pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving).

To av risikoelementa i raud sone ved årsslutt gjeld økonomisk resultat i høve til budsjett.

Det samla risikobiletet er uendra eller redusert gjennom året, sett bort i frå risiko ved økonomisk resultat i høve til budsjett. Administrerande direktør vil fortsetje arbeidet med å redusere risiko på dei områda som har for høg risiko. Administrerande direktør meiner at sjølv om nokre risikoområde har for høg risiko er ikkje situasjonen prekær. Dei tiltaka som er sett i verk må ha kontinuerleg fokus vidare. Fleire av dei risikoelementa som er i raudt vil bli følgt gjennom risikostyringa i 2018.

Vedlegg

Oversiktstabell

Oversiktstabell over styringsmål, delmål, risikoelement og risiko for Helse Fonna 2017

Styringsmål 1	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018	1 Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i linja og i resten av organisasjonen	1 A At oppgåvedeling og ansvar mellom programleinga for pasienttryggleik (stab) og leiarlinja ikkje er godt definert			
		1 B At kvar leiar, uansett nivå, ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda			
	2 Tiltak i programmet blir innarbeida i linja så snart dei blir overleverte frå prosjekt	2 A Medarbeidarane har ikkje eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet			
		2 B At pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskrivning			
Styringsmål 2	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Uønskt variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast	1 Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft)	1 A At faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp ikkje er implementert			
		1 B At informasjon/ opplæring av pasientar ikkje er ein del av eit standardisert pasientforløp			
	2 Arbeid om variasjon i mellom anna ventetid og kvalitet, der målet er å lære av dei einingane som gjer det best i landet, er starta	2 A At ventetida for behandling gjennomsnittleg er høgare enn 60 dagar			
		2 B At lårhalsbrot ikkje blir operert før det er gått 24 timar			
	3 Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene	3 A Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er ikkje under 5%			
		3 B At ikkje fleire pasientar får dagtilbod i staden for innlegging			
Styringsmål 3	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
HMS er ein sjølvsagt del av arbeidskvardagen	1 HMS strategi for føretaksgruppa i Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot medarbeidarar er sett i verk	1 A Ansvar, mynde og oppgaver er ikkje tydeleg avklart og organisasjonsstrukturen er ikkje eintydig beskriven			
		1 B HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja og ikkje gjort kjend for alle medarbeidarar			
		1 C Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebyggje vald og truslar			
	2 Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønska hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjend for alle leiarar og medarbeidarar	2 A Medarbeidarane opplev at det ikkje har effekt å melde frå om uønska hendingar			
		2 B Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar			
	3 Talet på tilsetteskadar er redusert	3 A Einingane har i den årlege HMS-kartlegginga ikkje risikovurdert aktivitetane, identifisert eller rangert kva som kan medføre størst risiko eller sett i verk tiltak for å førebyggje			
3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak					

Styringsmål 4	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk	1 Det skal vere høgare kostnadsvekst i psykisk helsevern enn i somatikk	1 A I årsbudsjett og langtidsbudsjett er ikkje kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk			
		1 B Lågare aktivitetsvekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk			
	2 Det skal vere høgare vekst i årsverk i psykisk helsevern enn i somatikk	2 A I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.			
		2 B Manglande kapasitet til å dekke befolkninga sitt behov for spesialisthelsetenester innan TSB og psykisk helsevern			

Styringsmål 5	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga	1 Det skal ikkje vere korridorpatientar	1 A Ikkje god nok utnytting og rett bruk av sengekapasiteten i føretaket			
		1 B Pasientar blir liggjande på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla			

Styringsmål 6	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Helse Fonna skal halde budsjettet for 2017	1 Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett	1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme			
		1 B Medikamenterkostnader er ikkje i tråd med budsjett			