

Risikovurderingsverktøy

Risikovurdering for: Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021

Deltakere i prosessen: Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Beate Aspdal, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer, Tanja Pedersen

Dato: 11.03.2021

Ansvarlig: AD

	Risikovurdering av det enkelte mål:	Utfylte mål:
Innledning	Mål 1 Mål 11	Mål 1 Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen Mål 2 Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling Mål 3 Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet Mål 4 Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene
Andre verktøy:	Mål 2 Mål 12	
Stemmeverktøy	Mål 3 Mål 13	
Samlet risikovurdering	Mål 4 Mål 14	
Veiledere:	Mål 5 Mål 15	
Risikovurderings-	Mål 6 Mål 16	
Stemmeverktøy	Mål 7 Mål 17	
Samlet risikovurdering	Mål 8 Mål 18	
	Mål 9 Mål 19	
	Mål 10 Mål 20	

Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet:

Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021

Dato: 11.03.2021

Veiledning

Mål / krav nr 1:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Deltakere i prosessen:				Risiko-vurdering		Risiko-nivå
	S	K		Hulda Gunnaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Beate Aspdal, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer, Tanja Pedersen				S	K	
	4	3	Middels					3	3	Middels

Gjenn risiko for målet:

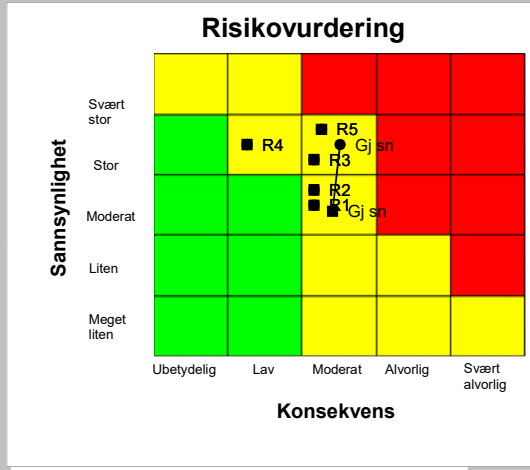
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	Store ventelister fortsatt. Corona situasjon fortsatt uavklart. Vaksinerings av helsepersonell er startet opp – reduserer vår sårbarhet.	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede var 59 dager i 2020. I 2019 var ventetiden 49 dager, som innebærer en økning på 10 dager sammenlignet med fjoråret, der økningen hovedsakelig skyldes redusert driftskapasitet og smittevern knyttet til Covid 19-situasjonen. Det er hovedsakelig innen somatikk ventetiden har økt, med status på 60 dager i 2020 mot 49 dager i 2019. Innen PHV var ventetiden 43 dager i 2020 mot 42 i 2019, mens både PHBU og TSB hadde en reduksjon sammenlignet med fjoråret. Ventetiden for PHBU var 39 dager sammenlignet med 48 i 2019, og for TSB 30 dager sammenlignet med 35 i 2019. Det arbeides med å redusere ventetiden for å nå målet på 50 dager, samt fortsette arbeidet med å hente inn etterslep knyttet til Covid-19. Etablering av felles inntakskontor for somatikk i 2021 er et viktig tiltak for å redusere ventetidene.	3	3	Middels		Felles inntakskontor oppe og går. Benchmarking. Det er forsterking av tiltak som er planlagt, Ikke noen nye tiltak.			3	3	Middels
R2	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021	Likt R1 her.	Foretaket overholder i 2020 en mindre andel av pasientavtalene sammenlignet med fjoråret. Økningen i andelen pasientavtaler passert planlagt tid sammenlignet med fjoråret skyldes hovedsakelig Covid 19-situasjonen, og i 2020 var andelen passert planlagt tid ved utgangen av hver måned gjennomsnittlig 18 %, sammenlignet med gjennomsnittlig 14 % i 2019. Fagområdene med høyest antall kontakter passert planlagt tid ved utgangen av 2020 var hjertesykdommer, øyesykdommer og fordøyelsessykdommer. Det er påbegynt et kvalitetsarbeid i poliklinikk for å blant annet redusere andelen passert planlagt tid, som allerede har hatt effekter. Her gjennomgås blant annet ventelister, rutiner og praksis for innkalling til kontroller, samt rutiner for tilbakeføring av pasienter til primærhelsetjenesten. Etablering av felles inntakskontor somatikk i 2021 vil også være et viktig tiltak.	3	3	Middels							
R3	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	Integrasjon mellom Dips og GAT. Minimum 3 mnd perspektiv som første delmål i alle kliniske org. MSJ har 6 mnd.	Andre halvår 2019 var det gjennomsnittlig hver måned satt opp om lag 9 900 kontakter med tildelt dato og tid for de neste 6 måneder, mens det gjennomsnittlig sto om lag 9 400 på venteliste med tentativ dato, hvilket utgjorde en andel på 51 % for planlagte kontakter med tildelt dato og tid. Andre halvår 2020 var andelen kontakter med tildelt dato og tid redusert til gjennomsnittlig 46 %, med en variasjon på 40-53 % mellom månedene. Det er imidlertid stor forskjell for somatikk og psykisk helsevern og TSB. For somatikk andre halvår 2019 var det gjennomsnittlig hver måned planlagt 7 900 kontakter med tildelt dato og tid for de neste 6 måneder, og andelen utgjorde gjennomsnittlig 46 %. For andre halvår 2020 er andelen redusert til 41 %, med variasjon på 35-48 %. For psykisk helsevern og TSB var det andre halvår i 2019 hver måned satt opp gjennomsnittlig 2 000 kontakter med tildelt dato 6 måneder fremover, der andelen utgjorde 94 %. For andre halvår 2020 er andelen fortsatt 94 %. Denne andelen er også noe som vil følges opp fremover, blant annet i et forbedringsarbeid Helgelandssykehuset skal i gang med relatert til poliklinikk og rutiner. Etablering av felles inntakskontor somatikk i 2021 vil også være et viktig tiltak.	4	3	Middels		Tiltak – eget møte med FTV og i enhetene (sykepleiere og De yngre legers forening). ev vurder egne møter med legene.					

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
-----------	--------------------------	-----------------------------------	---	---	---	-------------	-------------	-------------	------------	--------	---	---	-------------

Mål / krav nr 1:

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfyllt er:
 ● = Risikonivå før tiltak
 ■ = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet: **Risikostyring av styringsparametrene fra OD 2021**

Dato: 11.03.2021

Veiledning

Mål / krav nr 2:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling										Risiko-vurdering		Risiko-nivå				
										S	K	Hulda Gunnlaugsdottir, Sissel Karin Andersen, Beate Aspdal, Bjørn Bech-Hanssen, Elin Rasmussen Grønvik, Rune Holm, Pål Erik Madsen, Fred A Mürer, Tanja Pedersen		S	K	Risiko-nivå
Gjnsn risiko for målet:										3	3			2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	Risiko før tiltak		Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	Risiko etter tiltak		Risiko-nivå	
				S	K						S	K		
R1	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.	PSYK alene kan ikke nå dette målet alene. Må ha fokus på plantall. Vi har ikke styring på at vår aktivitet skal være høyere enn somatikken. Tas det hensyn til dette målet når plantallene settes? Må redusere aktivitet i forhold til gjestepas. Redusere kontroller. Vi må bli mer nyanserte her. Har også etterslep i somatikken. <u>Prosjekt Benchmarking</u> vil konkretisere mer hvilke tiltak som bør iverksettes her. Fokus på hva som er årsakene til at målet ikke nås enda.	Psykisk helsevern og rus (PHR) har hatt en lavere aktivitet i 2020 enn somatikk. Helgelandssykehuset har et høyt forbruk særlig innen polikliniske tjenester for barn og unge, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Vi har også relativt høyt forbruk innen psykisk helsevern for voksne. Vi har et lavt forbruk av polikliniske tjenester innen TSB. Dette har vi satt inn tiltak for å endre. Denne styringen består i delvis tilførsel av nye stillinger og delvis intern omdisponering. På denne måten håper vi å kunne styrke kapasiteten og heve kompetansen innen TSB i Helglandssykehuset.				Somatikk	Riktig registrering av aktivitet, spesielt med tanke på skillet mellom PHV og TSB. Fokus på å ha aktivitet ift plantall.						
R2	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for <u>utredning</u> i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst		Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning PHV er 62%. For PHBU er tilsvarende tall 54%. I tilgjengelige data på Hdir sine sider kan det se ut til at det er noen mangler som gjør at tallene kan være noe usikre. Helgelandssykehuset hadde problemer med innsending av tall i juni, juli og august, og det kan også føre til feil tallgrunnlag.	4	3	Middels	PHR	Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.						
R3	Andel pakkeforløp som har gjennomført <u>evaluering av behandling</u> i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.		Helgelandssykehuset er ikke nådd målsetting om at minst 80% av forløpene gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge (43%), psykisk helsevern voksne (47%) og TSB (39%). Vi har relativt store variasjoner gjennom året og delvis små tall slik utslagene blir store. I tilgjengelige data på Hdir sine sider kan det se ut til at det er noen mangler som gjør at tallene kan være noe usikre. Helgelandssykehuset hadde problemer med innsending av tall i juni, juli og august, og det kan også føre til feil tallgrunnlag.	3	3	Middels		Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.			2	3	Middels	
R4	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent			3	3	Middels		Innføring av DIPS Arena. Rekruttere spesialister, LIS og psykologer. Fokus på tema på avdelingsmøter.			2	3	Middels	
R5	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB.	Fokus og arbeidsprosesser.	Tallene er basert på Hdir sitt beregningsgrunnlag: Psykisk helsevern voksne 39%. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling 26%. Det arbeides med endring av rutiner slik at vi oppnår at minst 50% av epikrisene er godkjent og sendt innen 1 dag.	3	3	Middels		Fokus på aktivitet og kvalitet i ledermøter og avdelingsmøter. Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid.			2	3	Middels	
R6	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.		Helgelandssykehuset har ikke hatt pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) i 2020.											
R7	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne		Fokus på å fordele pasient til behandler så raskt som mulig etter inntak.	3	3	Middels		Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett.			2	3	Middels	

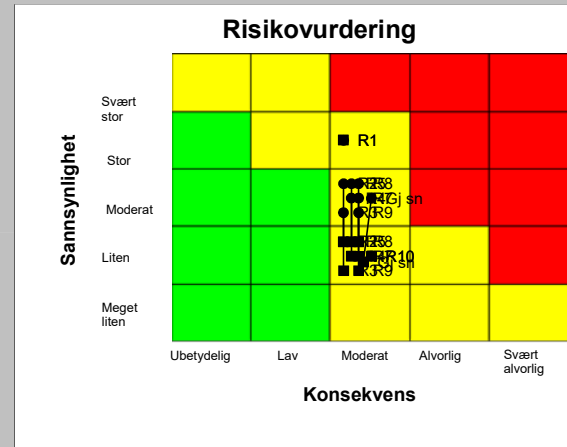
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
-----------	--------------------------	-----------------------------------	---	---	---	-------------	-------------	-------------	------------	--------	---	---	-------------

Mål / krav nr 2:

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfyllt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



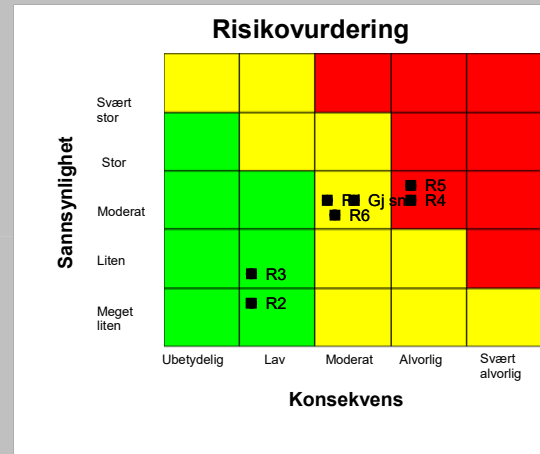
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
-----------	--------------------------	-----------------------------------	---	---	---	------------	-------------	-------------	------------	--------	---	---	------------

Mål / krav nr 3:

Styringsparametere for 2021 skal oppfylle krav - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
-----------	--------------------------	-----------------------------------	---	---	---	-------------	-------------	-------------	------------	--------	---	---	-------------

Mål / krav nr 4:

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

