

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Fonna HF
DATO: 19.05.16
SAKSHANDSAMAR: Olav Klausen
SAKA GJELD: **Risikorapportering**

ARKIVSAK:
STYRESAK: 034/16

STYREMØTE: 26.05.16

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna HF tar risikorapportering for første tertial 2016 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 som blei utforma i 2008, og som har blitt jamleg etter dette.

Styret i Helse Vest RHF vedtok i styremøte den 04.12.13 reviderte retningslinjer for risikostyring i sak 134/13 B. Helseføretaka skal rapportere på risiko til føretaksstyret tertialvis, ved årsslutt skal dei gjere greie for arbeidet med risikostyring i årleg melding til Helse Vest RHF.

Styret i Helse Vest RHF vedtok 10.12.15, i sak 116/15, tre felles styringsmål med delmål for risikostyring for sjukehusføretaka i Helse Vest for 2016.

- 1 Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018
- 2 Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast
- 3 HMS er ein sjølvsgagt del av arbeidsdagen

Administrerande direktør handsama arbeidet med risikostyring i januar 2016 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.

Dei styringsmåla som Helse Fonna har valt er

- 4 Psykisk helsevern og rus - legemiddelbehandling
- 5 Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga
- 6 Helse Fonna skal halde budsjettet for 2016

For første tertial 2016 er det 1 risikoelement i grøn sone, 21 risikoelement i gul sone og 1 risikoelement i raud sone.

Administrerande direktør vil arbeide for å redusere risikoen i dei områda kor risikoen er for høg, og vil i arbeidet leggje retningslinjene for risikostyring i Helse Vest til grunn.

Vedlegg

Brev frå Helse Vest dagsett 14.12.15

Risikomatrise

Oversiktstabell

Helse Fonna HF

Dykkar ref:

Vår ref:

2015/2300 - 13783/2015

Sakshandsamar:

Kristin Osland Lexow, 415 33 865

Dato:

14.12.2015

Felles risikostyringsmål for 2016

Styret i Helse Vest RHF vedtok i styremøte den 10.12.2015 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2015 (styresak 116/15):

| Felles risikostyringsmål for 2016 | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Styringsmål | Delmål | |
| 1 | <p>Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018.</p> | <p>1. Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.</p> <p>2. Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje.</p> |
| 2 | <p>Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast.</p> | <p>1. Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).</p> <p>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 opp.</p> <p>3. Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.</p> |
| 3 | <p>HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen.</p> | <p>1. HMS-strategi for føretaksgruppa Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette er sett i verk.</p> <p>2. Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskje hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjent for alle leiarar og medarbeidarar.</p> <p>3. Talet på tilsetteskadar er redusert.</p> |

Det vart ikkje vedteke mål for Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest IKT.

Helseføretaka skal rapportere risikovurderingane sine til styra kvart tertial, i samsvar med retningslinjene for risikostyring i Helse Vest. Det skal gjerast greie for arbeidet med risikostyring i føretaket i årleg melding til Helse Vest RHF.

Med vennleg helsing

Ivar Eriksen

Ivar Eriksen
eigardirektør

Kristin O. Lexow

Kristin Osland Lexow
rådgivar

Vedlegg: Felles risikostyringsmål 2016, styresak 116/15

All elektronisk post til Helse Vest skal sendes til postmottak: post@helse-vest.no

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Styringsmål 1 | | Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018 |
| Delmål 1 | | Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen. |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | At ansvarsfordelinga i programmet er kjent i leiarlinja. |
| Risikoelement 1A | | At ansvarsfordelinga i programmet ikkje er kjent i leiarlinja. |
| Tertial 1 | No-situasjon | Ansvarsfordeling er godt kjent. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Leiarlinja. |
| | Tiltak | Det blir regelmessig arrangert «pasientsikkerhetsdagar» der alle medarbeidarar er invitert. Leiarane blir spesielt oppmoda til å delta. Rapportar som viser implementering av tiltak er tilgjengelege i styringsportalen. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikkdirektørar i samarbeid med seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet |
| | Kontrollaktivitet | Rapportar i styringsportalen |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| Tertial 3 | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | At kvar leiar, uansett nivå, får eit eigarforhold til innsatsområda |
| Risikoelement 1B | | At kvar leiar, uansett nivå, ikkje får eit eigarforhold til innsatsområda |
| Tertial 1 | No-situasjon | Det er godt eigarforhold til tiltak som har vore arbeidd med over tid. Til dømes screening for fallrisiko, ernæring og trykksår samt trygg kirurgi. Med tanke på nye tiltak som til dømes legemiddelsamstemming er det ikkje så godt eigarforhold til i leiarlinja. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkane |
| | Tiltak | Involvere leiarar og aktuelle medarbeidarar . Motivere ved å vise hensikt med tiltaka. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikkdirektørar i samarbeid med seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Rapportar i styringsportalen |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 1, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|-----------|-----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | 1B | |
| | Liten | | | 1A | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 1, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 1, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 1 A At ansvarsfordelinga i programmet ikkje er kjent i leiarlinja.
- 1 B At kvar leiar, uansett nivå, ikkje får eit eigarforhold til innsatsområdene

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Styringsmål 1 | | Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018 |
| Delmål 2 | | Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje. |
| Kritisk suksessfaktor 2A | | Medarbeidarane har tilstrekkeleg kompetanse for å sikre god implementering |
| Risikoelement 2A | | Medarbeidarane har ikkje tilstrekkeleg kompetanse for å sikre god implementering |
| Tertial 1 | No-situasjon | Mange medarbeidarane får tilbod om kompetanseheving i pasientsikkerhetsarbeid. Det blir mellom anna arrangert fagdagar to gonger i semesteret. Våren 2016 har det vore over 200 deltakarar på to «pasientsikkerhetsdagar». Rådgjevar i pasientsikkerhetsavdelinga underviser i leiarmøter, legemøter og på dei ulike einingane. Erfaringar våren 2016 viser at undervisning blir prioritert av medarbeidarane og mange får høve til å delta. Alle klinikkar har no personell som er frikjøpt til arbeid med å fremje fokus på pasientsikkerhet. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Frikjøp av helsepersonell for å fremja arbeid i dei ulike klinikkane bidreg og til auka kompetanse. Tilbod om regelmessig undervisning. |
| | Tiltaksansvarleg | Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet. |
| | Kontrollaktivitet | At tiltak blir gjennomført (rapportar i styringsportal). Deltaking og evaluering av fagdagar. Førespurnad om og deltaking i undervisning. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 2B | | At pasientar får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving |
| Risikoelement 2B | | At pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving. |
| Tertial 1 | No-situasjon | Det blir ikkje systematisk gjort samstemming av legemiddelliste ved inn og utskriving. |
| | Sannsynlegheit | Stor |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Nødvendige tiltak må samordnast nasjonalt, regionalt og lokalt. Det er i særleg grad trong for å forbetre brukargrensesnitt og integrasjonar mellom involverte dataprogrammer i spesialisthelsetenesta og ulike journalsystem i primærhelsetenesta. Det må og skje ein samordning av tiltaka mellom tenestenivåa. Klargjere kven som skal utføre legemiddelsamstemming, oppgåvedeling tilvisande lege, sjukepleiar og lege i mottak. Samarbeid med farmasøyt for å utarbeide mest mogleg hensiktsmessige rutinar. |
| | Tiltaksansvarleg | Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet. Avdelingen deltek i det nasjonale og regionale tiltaket innafor rammene for det regionale pasientsikkerhetsprogrammet. Oppfølgings- og implementeringsansvar ligg til klinikkane. |
| | Kontrollaktivitet | Rapportar utarbeida i styringsportalen |
| Tertial 1 | No-situasjon | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| | Samsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 1, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | 2 B | |
| | Moderat | | | | 2 A | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 1, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 1, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 2 A Medarbeidarane har ikkje tilstrekkeleg kompetanse for å sikre god implementering
- 2 B At pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving.

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 2 | | Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast |
| Delmål 1 | | Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft) |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | At standardiserte pasientforløp er implementert |
| Risikoelement 1A | | At standardiserte pasientforløp ikkje er implementert |
| Tertial 1 | No-situasjon | I Helse Fonna er det utarbeida retningslinjer for pasientforløp knytt til hjerneslag, hoftebrot, KOLS, intensivpasientar, geriatriske pasientar og fedmepasientar. I tillegg er det utarbeida retningslinjer knytt til pakkeforløp kreft. Pasientforløpa er implementerte i drift. Det er likevel ei utfordring å sikre implementering og etterleving av standardiserte pasientforløp. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Implementera faglege retningslinjer og pasientforløp i standardiserte opplæringsprogram og kvalitetsmålingar. Rapportera avvik frå retningslinjer. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Gjennomgang av månadlege rapportar registrerte kreftforløp og forløpstider. Dokumentera systematisk opplæring. |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | At drift ved alle involverte einingar er tilpassa standardiserte pasientforløp |
| Risikoelement 1B | | At drift ved alle involverte einingar ikkje er tilpassa standardiserte pasientforløp |
| Tertial 1 | No-situasjon | Drift er i stor grad tilpassa standardiserte pasientforløp. I samband med pakkeforløp kreft skal ein koordinatorfunksjon sikra forløp i samsvar med retningslinjer. Sjukehusa i Helse Fonna har vald ulike løysingar for funksjonen kreftkoordinator. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektør |
| | Tiltak | Regelmessig gjennomgang av standardiserte forløp i forhold til drift. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiar |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
|------------------|-------------------------------|--|

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 2, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|---------------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | 1A, 1B | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 2, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 1 A At standardiserte pasientforløp ikkje er implementert
- 1 B At drift ved alle involverte einingar ikkje er tilpassa standardiserte pasientforløp

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 2 | | Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast |
| Delmål 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 opp |
| Kritisk suksessfaktor 2A | | At ventetida for behandling gjennomsnittleg er lågare 65 dagar |
| Risikoelement 2A | | At ventetida for behandling gjennomsnittleg er høgare enn 65 dagar |
| Tertial 1 | No-situasjon | Ved utgongen av mars er gjennomsnittleg ventetid for behandling i Helse Fonna 56,3 dagar. På same tid i 2015 var det 64 dagar. Betre planlegging av poliklinikkverksemda gjennom arbeidet «Alle møtar» har gitt gevinst på ventetida. Fleire pasientar møter opp til planlagd time. Det er framleis et godt arbeid som blir gjort med oppfølging av rapportar. |
| | Sannsynlegheit | Svært liten |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Følgje opp planlagt aktivitet i «Alle møtar». Avansert oppgøveplan og tidleg vurdering av tilvisingar er vesentlege tiltak. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Etterspørre resultat i rapporteringsmøter kvar månad. |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kritisk suksessfaktor 2B | | At lårhalsbrot blir operert før det er gått 24 timar |
| Risikoelement 2B | | At lårhalsbrot ikkje blir operert før det er gått 24 timar |
| Tertial 1 | No-situasjon | I første tertial ble 95,3% av pasientar med lårhalsbrot i Helse Fonna operert før det var gått 48 timar. Føretaket rapporterar ikkje på andelen operert før 24 timar. I Kirurgisk er det tatt ei manuell telling dei tre første månadane. Over 80% blir operert før 24 timar. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektør |
| | Tiltak | Prioritering og tilrettelegging for akutt operasjonsverksemd for pasientar medmlårhalsbrot. Vurdera kva sjukehus med betre resultat har gjort for å oppnå nasjonal målsetting. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og overlegar i vakt. |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Etterspørre månadelege resultat i rapporteringsmøte |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
|------------------|-------------------------------|--|

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 2, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | 2B | | |
| | Svært liten | | | 2A | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 2, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 2 A At ventetida for behandling er høgare enn 60 dagar
- 2 B At lårhalsbrot ikkje blir operert før det er gått 24 timar

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 2 | | Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast |
| Delmål 3 | | Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene |
| Kritisk suksessfaktor 3A | | Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er under 5% |
| Risikoelement 3A | | Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er ikkje under 5% |
| Tertial 1 | No-situasjon | Strykningsprosenten i Helse Fonna var gjennomsnittleg 5,7% 1.tertial 2016. I mars var strykingsprosenten 4,4% i Kirurgisk klinikk og 3,8% ved Somatisk klinikk Stord. Det er særleg nedgangen i strykingar på grunn av betre klargjøring av pasientar før operasjon. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Fokusere på dei enkelte risikofaktorar for stryking og sette i verk risikodempande tiltak |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar i dei ulike fagområda samt leiarar ved operasjonseiningane |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Månadlege strykingsrapportar som etterspørres i rapporteringsmøte |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kritisk suksessfaktor 3B | | Tilvisingar blir vurdert innan 4 virkedager |
| Risikoelement 3B | | Tilvisingar blir ikkje vurdert innan 4 virkedager |
| Tertial 1 | No-situasjon | Gjennomsnittleg vurderingstid av tilvisningar i Helse Fonna er ved utgangen av 1.tertial om lag 5 dagar. Dei aller fleste einingane ligg under 4 virkedagar. Det er nokon få einingar som ikkje klarar målsettinga. Kirurgisk klinikk har 3,5 dagar, Medisinsk klinikk 4,5 dagar, Somatisk klinikk Stord 4,5 dagar og Psykiatrisk klinikk brukar rundt 20 dagar. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Betre planlegging av legane si arbeidstid slik at det settast av tid til regelmessig vurdering av tilvisingar. Fagområdar med vakt vurderar tilvisingar på vakttid. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar |
| Tertial 2 | Kontrollaktivitet | Etterspør månadlege rapportar i rapporteringsmøte med klinikkdirektør |
| | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
|------------------|-------------------------------|--|

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 2, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | 3A | 3B | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 2, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 3 A Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er ikkje under 5%
- 3 B Tilvisingar blir ikkje vurdert innan 4 virkedager

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 3 | | HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen |
| Delmål 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 |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | Ansvar, mynde og oppgåver er tydeleg avklart og organisasjonsstrukturen er eintydig beskriven |
| Risikoelement 1A | | Ansvar, mynde og oppgåver er tydeleg avklart og organisasjonsstrukturen er ikkje eintydig beskriven |
| Tertial 1 | No-situasjon | Det er utarbeidd stillingsbeskrivelsar for leiarnivå 3. og - 4. Prosess for implementering er vedtatt og denne skal vere avslutta innan 1.7.16. Det er ikkje heilt samsvar mellom organisasjonsstrukturen (ORFU) og kven den enkelte leiar har personalansvar for. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | HR direktør |
| | Tiltak | Implementere stillingsbeskrivelsar: gjennomgang med leiar - signere - arkivere i e-Phorte. Gjennomgang og oppdatering av ORFU for å sikre at organisasjonsstrukturen samsvarer med kven den enkelte leiar har personalansvar for. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Kontrollaktivitet | Kontrollere at signerte stillingsbeskrivelser er å finne i e-Phorte. Kontroll/gjennomgang av organisasjonsstrukturen i ORFU. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | HMS-strategien er forankra i leiarlinja og gjort kjend for alle medarbeidarar |
| Risikoelement 1B | | HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja og ikkje gjort kjend for alle medarbeidarar |
| Tertial 1 | No-situasjon | Det vart vedteke HMS strategi for føretaksgruppa Helse Vest i september 2015 (HV Styresak 105/15). Denne er ikkje forankra i føretaket. Føretaket har utarbeida overordna HMS-mål som samsvarer med HMS strategien. Saka har vore i direktørmøte (dato) og i AMU 30.3.2016. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Adm. dir. |
| | Tiltak | Informasjon om strategien og HMS-måla på intranett, sak i leiarmøte på alle nivå og i AMU. HMS strategien inngår i HMS-opplæringa for leiarar, verneombud og tillitsvalde. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Kontrollaktivitet | Kontrollere at informasjon er gitt på intranett – HMS-strategien har vore på agendaen i dir. møte (02.02.2016) og i AMU (10.02.2016), og at temaet har vore del av HMS-opplæringa. |
| Terti | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |

| | | |
|--------------------------|---------------------------------|---|
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| | | |
| | Kritisk suksessfaktor 1C | Medarbeidarar er involvert i risikovurdering og har medverka til tiltak for å førebygge vald og truslar |
| | Risikoelement 1C | Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og har ikkje medverka til tiltak for å førebygge vald og truslar |
| Tertial 1 | No-situasjon | I 2015 har det vore eit særleg fokus på førebygging av vald og truslar mot medarbeidarar - risikoområdet vart lagt inn som obligatorisk emne i HMS-kartlegginga. Det er sett i verk ulike tiltak for å førebyggje og møte vald og truslar, byggje god meldekultur samt laga system for opplæring i førebygging av skader som skuldast vald og truslar i somatikken. I klinikk for psykisk helsevern har ein tradisjon for å gi slik opplæring rutinemessig (Terma-/TMA-opplæring). HMS kartlegginga 2016 hadde spørsmål om «I hvilken grad er det utført risikovurdering mht. vold og trusler og iverksatt forebyggende tiltak for dette i ditt arbeidsmiljø?». I 2016 meiner 30 % av dei som svara at dette i liten grad er gjennomført (i 2015 – 35%). |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorlig |
| | Risikoeigar | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Tiltak | Gjennomføre kartlegging av risikoforhold, med involvering av verneombod og medarbeidarar. På bakgrunn av denne foreslå og implementere aktuelle tiltak og dokumentere desse i handlingsplanen. Gjennomgang av den generelle HMS-rutinen for vald og truslar og eventuelt utarbeide seksjonsspesifikke retningslinjer på området. Individuelt dokumentere opplæring i kompetanseportalen. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiingar |
| | Kontrollaktivitet | HMS-kartlegging og risikovurdering er gjennomført - handlingsplan er dokumentert. Om aktuelt er seksjonsspesifikke retningslinjer utarbeida/implementert. HMS-kartlegginga i 2016/17 skal gi høgare skår på tilsvarande spørsmål – «I hvilken grad er det utført risikovurdering mht. vold og trusler og iverksatt forebyggende tiltak for dette i ditt arbeidsmiljø?» Registrere omfang av gjennomført opplæring (kompetanseportalen). |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| Kontrollaktivitet | | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 3, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | 1A, 1B | 1C | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 3, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 3, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| Samsynlegheit | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 1 A Ansvar, mynde og oppgaver er 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 har ikkje medverka til tiltak for å førebygge vald og truslar

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 3 | | HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen |
| Delmål 2 | | Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald og truslar mot tilsette er sett i verk |
| Kritisk suksessfaktor 2A | | Medarbeidarane opplever at det er trygt å melde frå om uønska hendingar |
| Risikoelement 2A | | Medarbeidarane opplever at det ikkje er trygt å melde frå om uønska hendingar |
| Tertial 1 | No-situasjon | Medarbeidarane nyttar Synergi som meldesystem. Talet på uønska hendingar har auke monaleg sidan 2013. Denne auken ser føretaket som eit resultat av ein innsats for å få fleire til å melde. Det er mørketall knytt til rapportering av vald og truslar. |
| | Sannsynlegheit | Liten |
| | Konsekvens | Alvorlig |
| | Risikoeigar | Adm. dir. |
| | Tiltak | Sikre opplæring i Synergi. Fortsetje arbeidet med å betre meldekulturen – synleggjere og «snakke om» betydninga av å melde uønska hendingar. Følgje opp og ivareta medarbeidarar som melder frå om uønska hendingar, i samsvar med rutinen om debriefing i HMS-handboka. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Kontrollaktivitet | Spør etter tilbakemeldingar i leiar-, verneombuds- og tillitsvaldlinja. Ta ut statistikk/rapportar i Synergi/følgje utviklinga i tal på melde hendignar som gjeld vald og truslar (BIG). |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 2B | | God kvalitet i saksbehandling og snarleg tilbakemelding til melder |
| Risikoelement 2B | | Ikkje god kvalitet i saksbehandling og snarleg tilbakemelding til melder |
| Tertial 1 | No-situasjon | Årsaksanalyse vert ikkje i tilstrekkeleg grad gjennomført for å kunne målrette tiltak. Systemet er ikkje optimalt for å skilje «hendelsestype» og årsak Mange meiner det tar for lang tid før dei får tilbakemelding eller får ikkje tilbakemelding på meldte saker. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Tiltak | Rask saksbehandling, gjennomføre årsaksanalyse, identifisere og setje i verk tiltak. Tilbakemelding til melder. Opplæring i saksbehandling ved behov. Bidra til vidareutvikling av systemet på Helse Vest nivå. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar HR |
| | Kontrollaktivitet | Ta ut rapportar/statistikkar i Synergi. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 3, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | 2B | | |
| | Liten | | | | 2A | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 3, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 3, delmål 2 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 2 A Medarbeidarane opplever at det ikkje er trygt å melde frå om uønska hendingar
- 2 B Ikkje god kvalitet i saksbehandling og snarleg tilbakemelding til meldar

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Styringsmål 3 | | HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen |
| Delmål 3 | | Talet på tilsetteskadar er redusert |
| Kritisk suksessfaktor 3A | | Einingane har i den årlege HMS-kartlegginga risikovurdert aktivitetane, identifisert og rangert kva som kan medføre størst risiko og sett i verk tiltak for å førebygge at det skjer. |
| Risikoelement 3A | | 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 førebygge at det skjer. |
| Tertial 1 | No-situasjon | HMS-kartlegging er gjennomført - aktivitetane skal risikovurderast - med involvering av medarbeidarar/verneombud. Handlingsplan skal utarbeidast på alle nivå. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorlig |
| | Risikoeigar | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Tiltak | Gjennomføre risikovurdering av aktivitetane og utarbeide handlingsplan |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar |
| | Kontrollaktivitet | Gjennomgang av HMS-handlingsplanar. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 3B | | Einingane har analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, identifisert og sett i verk tiltak - implementert desse i HMS-handlingsplanen |
| Risikoelement 3B | | Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak – ikkje implementert desse i HMS-handlingsplanen |
| Tertial 1 | No-situasjon | Årsaksanalyse vert i liten/mindre grad utført i Synergi i dag. Systemet er ikkje optimalt for skilje «hendelsestype» frå årsak. Analysen bør gjennomføres likevel, for å sikre målretta tiltak. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorlig |
| | Risikoeigar | Klinikk-/områdedirektørar |
| | Tiltak | Gjennomføre årsaksanalyse i saksbehandlinga for å kunne målrette tiltak mot uønska hending – dokumentere tiltak i handlingsplanen og iverksette tiltak – om nødvendig melde evt. tiltak vidare til neste leiarnivå (jfr. overordna HMS-handlingsplan). Bidra til vidareutvikling av systemet på Helse Vest nivå. |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar |
| | Kontrollaktivitet | Analyse/statistikkar i Synergi – identifisere omfanget av utførte årsaksanalysar og registrere tal «HMS-hendingar/ansatteskader med konsekvens» |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 3, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|---------------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | 3A, 3B | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 3, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 3, delmål 3 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 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 førebygge at det skjer.
- 3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak – ikkje implementert desse i HMS-handlingsplanen

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| Styringsmål 4 | | Psykisk helsevern og rus - legemiddelbehandling |
| Delmål 1 | | Sikre rett bruk av legemiddel |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | Avvik med omsyn til ordinasjon og administrering av legemiddel blir meldt i synergi |
| Risikoelement 1A | | Avvik med omsyn til ordinasjon og administrering av legemiddel blir ikkje meldt i synergi |
| Tertial 1 | No-situasjon | Det er starta opp med legemiddelsamstemming ved akuttposter og alderspsykiatrisk døgnpost. Vidare er det fokus på opplæring mhp legemiddelhandtering. Det har vore eit mål å få opp talet på avviksmeldingar i synergi knytta til legemiddelhandtering i klinikken då dette har vore lavt tidlegare. For feilordinasjoner var det i siste tertial 2015 to avvik i synergi. For første tertial 2016 var det 3 avvik. Når det gjeld feiladministrering av legemiddel var det 18 meldte avvik i synergi i siste tertial 2015 og 26 meldte avvik i første tertial 2016. Det er ein klar auke i talet på synergi-meldingar noko som indikerer ein auka bevissthet knytt til legemiddelhandtering. |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektør |
| | Tiltak | <ul style="list-style-type: none"> - Opplæring av pleiepersonell og leger mhp medikamenthandtering - Revisjon legemiddelhandtering - Sikre kompetansesamansetning i døgnpleie mhp legemiddelhandtering. - Legemiddelsamstemming ved akuttposter og alderspsykiatrisk post |
| | Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar |
| | Kontrollaktivitet | <ul style="list-style-type: none"> - Talet på Synergi-meldingar mhp feilordinasjon og feiladministrering - Andel helsepersonell som har gjennomført opplæring i prosedyrer for legemiddelhandtering. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | Gjennomført legemiddelgjennomgang på alle pasientar ved akuttposter og alderspsykiatrisk døgnpost for å redusere multifarmasi. |
| Risikoelement 1B | | Ikkje gjennomført legemiddelgjennomgang på alle pasientar ved akuttposter og alderspsykiatrisk døgnpost for å redusere multifarmasi |
| Tertial 1 | No-situasjon | - |
| | Sannsynlegheit | Moderat |
| | Konsekvens | Alvorleg |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektør |
| | Tiltak | <ul style="list-style-type: none"> - Systematisk legemiddelgjennomgang ved akuttposter og alderspsykiatrisk post i regi av klinisk farmasøyt ved sjukehusapoteket. - Undervisning leger mhp bruk av psykofarmaka herunder polyfarmasi, interaksjoner etc. - |
| Tiltaksansvarleg | Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|---|
| | Kontrollaktivitet | - Talet på systematiske legemiddelgjennomganger - Revisjon av journaler/behandlingsforløp. |
| | No-situasjon | |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlighet | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 4, delmål 1 | | | | | |
|--|-------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | |
| | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlighet | Svært stor | | | | |
| | Stor | | | | |
| | Moderat | | | 1 A, 1B | |
| | Liten | | | | |
| | Svært liten | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 4, delmål 1 | | | | | |
|--|-------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | |
| | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlighet | Svært stor | | | | |
| | Stor | | | | |
| | Moderat | | | | |
| | Liten | | | | |
| | Svært liten | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 4, delmål 1 | | | | | |
|--|-------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | |
| | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlighet | Svært stor | | | | |
| | Stor | | | | |
| | Moderat | | | | |
| | Liten | | | | |
| | Svært liten | | | | |

Risikoelement

- 1 A Avvik med omsyn til ordinasjon og administrering av legemiddel blir ikkje meldt i synergi.
- 1 B Ikkje gjennomført legemiddelgjennomgang på alle pasientar ved akuttposter og alderspsykiatrisk døgnpast for å redusere multifarmasi.

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Styringsmål 5 | | Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlninga. |
| Delmål 1 | | Det skal ikkje vere korridorpasientar |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | God utnytting og rett bruk av sengekapasiteten i føretaket. |
| Risikoelement 1A | | Ikkje god nok utnytting og rett bruk av sengekapasiteten i føretaket. |
| Tertial 1 | No-situasjon | Nokre av sengepostane i Helse Fonna har utfordringar med korridorpasientar, medan andre einingar ikkje har full utnytting av sengekapasiteten. Det er sannsynleg at fleire pasientar kan bli vurdert i mottak eller på obs-post utan at det er nødvendig med innlegging på sengepost, og at det burde vore ein betre dialog mellom fastlege/legevakslege og sjukehuslege i forkant av innlegging. Ein del pasientar som er innlagt i sjukehus kunne vore behandla i primærhelsetenesta. Tilbodet knytt til kommunale ØH-senger er for lite nytta, og nokre av kommunane i opptaksområdet har ikkje etablert ØH-senger. Enkelte kommunar har ikkje kapasitet til å ta imot ferdigbehandla pasientar. |
| | Sannsynlegheit | Stor |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |
| | Tiltak | Vurdera løysing for betre utnytting av sengekapasiteten i føretaket, på tvers av einingar og klinikkar. Vurdera endring i grenser for opptaksområda for sjukehusa for å få meir lik utnytting av sengekapasitet. Vurdera tiltak i mottak og obs-post for å unngå unødvendige innleggingar, som til dømes bytta seng mot stol for pasientar med låg hastegrad, styra meir legeressursar til mottak og ha krav om telefonkonferanse i forkant av innlegging. I samarbeid med kommunar og fastlegar få til eit betre system for å nytta kommunale ØH-senger. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikkdirektørar |
| | Kontrollaktivitet | Månadlege rapporteringar |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| Tertial 3 | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | Pasientar blir ikkje liggjande på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla |
| Risikoelement 1B | | Pasientar blir liggjande på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla |
| Tertial 1 | No-situasjon | Enkelte kommunar i Helse Fonna sitt opptaksområde har for liten kapasitet til å kunna ta imot ferdigbehandla pasientar. Dette fører til at pasientar vert liggjande på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla. Det er ein tett dialog med aktuelle kommunar. |
| | Sannsynlegheit | Stor |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Klinikkdirektørar |

| | | |
|------------------|-------------------------------|---|
| | Tiltak | Det er viktig å ha ein tett dialog med aktuelle kommunar og etterspør tiltak i forhold til manglande kapasitet. Haugesund sjukehus og Karmøy kommune har ei prøveordning med å nytta ØH-senger til enkeltpasientar der behandling kan slutførast i primærhelsetenesta. Tilsvarande tiltak vil bli prøvd ut i Kvinnherad kommune i forhold til pasientar frå Stord sjukehus. I samarbeid med kommunar og fastlegar få til eit betre system for å nytta kommunale ØH-senger og unngå innlegging av pasientar som kan behandlast i primærhelsetenesta. |
| | Tiltaksansvarleg | Klinikkdirektørar/samhandlingssjef |
| | Kontrollaktivitet | Månadleg rapportering internt i Helse Fonna Statusmøter med aktuelle kommunar |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| Tertial 3 | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 5, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|-----------------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | 1 A, 1 B | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 5, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 5, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Sannsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 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 | | Helse Fonna skal halde budsjettet for 2015 |
| Delmål 1 | | Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett |
| Kritisk suksessfaktor 1A | | Personalkostnad er i samsvar med tildelt budsjetttramme |
| Risikoelement 1A | | Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme |
| Tertial 1 | No-situasjon | Personalkostnadene er i 1. tertial høgare enn budsjett, men avviket er halvert i forhold til 2015. Avviket blir dekket av auka aktivitetsbaserte inntekter og prosjektinntekter. |
| | Sannsynlegheit | Stor |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Nivå 2 leiarar |
| | Tiltak | Kontinuerlig oppfølging av resultat, budsjettavvik, effektuere tiltak og identifiserte nye tiltak i seksjonane. |
| | Tiltaksansvarleg | Nivå 2 og nivå 3 leiarar for klinikkane |
| | Kontrollaktivitet | Oppfølging av personalkostnadane gjennom styrings- og rapporteringsprosessar. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |
| | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| Tertial 3 | Situasjon ved årsslutt | |
| Kritisk suksessfaktor 1B | | Medikamentkostnader er i tråd med budsjett |
| Risikoelement 1B | | Medikamentkostnader er ikkje i tråd med budsjett |
| Tertial 1 | No-situasjon | Medikamentkostnadane er i 1. kvartal noe over budsjett. Kostnadsutviklinga synar ein svakt aukande trend. |
| | Sannsynlegheit | Stor |
| | Konsekvens | Moderat |
| | Risikoeigar | Nivå 2 leiarar |
| | Tiltak | Kontinuerleg oppfølging av legemiddelbruken med spesielt fokus på bruk av dei rimelegaste alternative medikament. Følgje opp einingane og resepskrivande leger som ikkje veljar dei billigaste alternativa. |
| | Tiltaksansvarleg | Nivå 2 og nivå 3 leiarar for klinikkane |
| | Kontrollaktivitet | Oppfølging av medikamentkostnadane gjennom styrings- og rapporteringsprosessar. |
| Tertial 2 | No-situasjon | |
| | Sannsynlegheit | |
| | Konsekvens | |
| | Risikoeigar | |
| | Tiltak | |

| | | |
|------------------|-------------------------------|--|
| Tertial 3 | Tiltaksansvarleg | |
| | Kontrollaktivitet | |
| | Situasjon ved årsslutt | |

| Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 6, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | 1A, 1B | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 6, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

| Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 6, delmål 1 | | | | | | |
|--|-------------|------------|-----|---------|----------|--------------------|
| Konsekvens | | | | | | |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
| Samsynlegheit | Svært stor | | | | | |
| | Stor | | | | | |
| | Moderat | | | | | |
| | Liten | | | | | |
| | Svært liten | | | | | |

Risikoelement

- 1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjettramme
- 1 B Medikamenterkostnader er ikkje i tråd med budsjett

Oversiktstabell over styringsmål, delmål, risikoelement og risiko for Helse Fonna 2015

| 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 leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen | 1 A At ansvarsfordelinga i programmet ikkje er kjent i leiarlinja. | | | |
| | | 1 B At kvar leiar, uansett nivå, ikkje får eit eigarforhold til innsatsområdene | | | |
| | 2 Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje | 2 A Medarbeidarane har ikkje tilstrekkeleg kompetanse for å sikre god implementering | | | |
| | | 2 B At pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskrivning. | | | |

| Styringsmål 2 | Delmål | Risikoelement | 1. ter. | 2. ter. | 3. ter. |
|---|--|--|---------|---------|---------|
| Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast | 1 Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft) | 1 A At standardiserte pasientforløp ikkje er implementerte | | | |
| | | 1 B At drift ved alle involverte einingar ikkje er tilpassa standardiserte 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 opp | 2 A At ventetida for behandling gjennomsnittleg er høgare enn 65 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 Tilvisingar blir ikkje vurdert innan 4 virkedager | | | |

| Styringsmål 3 | Delmål | Risikoelement | 1. ter. | 2. ter. | 3. ter. |
|---|---|--|---------|---------|---------|
| HMS er ein sjølvsgagt 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 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 har ikkje medverka til tiltak for å førebygge vald og truslar | | | |
| | 2 Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald og truslar mot tilsette er sett i verk | 2 A Medarbeidarane opplever at det ikkje er trygt å melde frå om uønska hendingar | | | |
| | | 2 B Ikkje god kvalitet 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 førebygge at det skjer | | | |
| | | 3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak – ikkje implementert desse i HMS-handlingsplanen | | | |

| Styringsmål 4 | Delmål | Risikoelement | 1. ter. | 2. ter. | 3. ter. |
|---|---------------------------------|--|---------|---------|---------|
| Psykisk helsevern og rus - legemiddelbehandling | 1 Sikre rett bruk av legemiddel | 1 A Avvik med omsyn til ordinasjon og administrering av legemiddel blir ikke meldt i synergj | | | |
| | | 1 B Ikke gjennomført legemiddelgjennomgang på alle pasientar ved akuttposter og alderspsykiatrisk døgnpost for å redusere multifarmasi | | | |

| Styringsmål 5 | Delmål | Risikoelement | 1. ter. | 2. ter. | 3. ter. |
|---|--|---|---------|---------|---------|
| Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga. | 1 Det skal ikke vere korridorpasientar | 1 A Ikke 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 2016 | 1 Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett | 1 A Personalkostnad er ikke i samsvar med tildelt budsjetttramme | | | |
| | | 1 B Medikamentkostnader er ikke i tråd med budsjett | | | |