

# Styresak

---

**Går til:** Styremedlemmer  
**Føretak:** Helse Fonna HF  
**Dato:** 21.04.17  
**Frå:** Administrerende direktør  
**Sakshandsamar:** Olav Klausen  
**Saka gjeld:** Risikorapportering 1. tertial

Styresak 34/17

Styremøte 28.04.17

2 vedlegg

---

**Forslag til vedtak:**

Styret i Helse Fonna tar risikorapportering 1. tertial 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 er pr. 21.04.17. Nokre av tala i rapporteringsgrunnlaget er difor kvartalstal og ikkje tertialtal. For første tertial er 3 av 25 risikoelement i grøn sone, 19 risikoelement i gul sone og 3 risikoelement i raud sone.

Tre risikoelement er raude. To 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).

Tiltaka for elementa i raud og gul sone er lista opp i matrisa.

## Vedlegg

Oversiktstabell

Matrise

<b>Styringsmål 1</b>		Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018
<b>Delmål 1</b>		Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i linja og i resten av organisasjonen.
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		At oppgåvedeling og ansvar mellom programleiinga for pasienttryggleik (stab) og leiarlinja er godt definert.
<b>Risikoelement 1A</b>		At oppgåvedeling og ansvar mellom programleiinga for pasienttryggleik(stab) og leiarlinja ikkje er godt definert
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Oppgåvedeling og ansvar mellom programleiing for pasienttryggleik og leiarlinje er godt definert.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Svært liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Administrerande direktør
	<b>Tiltak</b>	Programleiinga for pasienttryggleik informerer linjeleiinga om måloppnåing på tiltak, også på dei tiltaka som er overført til linja. Det er planlagt revisjon på bruk av sjekklister «trygg kirurgi» med observatør frå avdeling for pasientsikkerhet (vår 2017)
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Programleiing og klinikkdirektør.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Følgje med på måleparametra i styringsportalen.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		At kvar leiar, uansett nivå har eit eigarforhold til innsatsområda
<b>Risikoelement 1B</b>		At kvar leiar, uansett nivå, ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	I mange klinikkar/seksjonar er det eigarforhold til innsatsområda på alle nivå. Ein ser dette blant anna ved god måloppnåing på måleparametre (i styringsportalen). Nokre einingar har meir variasjon i måloppnåing
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorleg
	<b>Risikoeigar</b>	Administrerande direktør
	<b>Tiltak</b>	Etterspør måloppnåing (til dømes måleparametre i styringsportalen) på oppfølgingsmøte på alle «nivå»
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Måloppnåing (måleparametre i styringsportalen) på tiltak som er overført til «linja»
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
------------------	-------------------------------	--

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

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

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

**Risikoelement**

- 1 A At oppgåvedeling og ansvar mellom programleiinga for pasienttryggleik(stab) og leiarlinja ikkje er godt definert
- 1 B At kvar leiar, uansett nivå, ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda

<b>Styringsmål 1</b>		Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018
<b>Delmål 2</b>		Tiltak i programmet blir implementert i linja så snart dei blir overleverte frå prosjekt
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>		Medarbeidarane har eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet
<b>Risikoelement 2A</b>		Medarbeidarane har ikkje eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet
Tertial 1	No-situasjon	I mange klinikkar/seksjonar har medarbeidarar eit eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak. Ein ser dette blant anna ved god måloppnåing på måleparametre i styringsportalen. Det er for stor variasjon mellom einingar
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Sikre at medarbeidarane har nok ressursar (kompetanse og tid) til implementeringsarbeidet.
	Tiltaksansvarleg	Programleiing og linjeleiing
	Kontrollaktivitet	Følgje med på måloppnåing
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		At pasientar får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving
<b>Risikoelement 2B</b>		At pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskriving.
Tertial 1	No-situasjon	Klinikk for psykisk helsevern, seksjon for spesialisert behandling har starta med legemiddelsamstemming på alle døgnpostar. Personalet har fått undervising. Samstemming er godt innarbeida i rutineane der, og mellom 90 og 100% av pasientane får legemiddelsamstemming ved innkomst. På desse døgnpostane har ein nå fokus på legemiddelsamstemming ved utreise. Klinikk somatikk Stord skal nå innføre same rutinar. Ein har ikkje klart å ha nok fokus på legemiddelsamstemming på postar som har innført elektronisk legemiddelkurve.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Undervising og innarbeiding av gode rutinar.
	Tiltaksansvarleg	Prosjektleiing og linjeleiing
	Kontrollaktivitet	Følgje med på bruk av legemiddelsamstemmingskjema som dokumentasjon (mål på sikt å dokumentere i elektronisk legemiddelkurve)
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
------------------	-------------------------------	--

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

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

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

Risikoelement

- 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 utskriving

<b>Styringsmål 2</b>		Uønska variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast
<b>Delmål 1</b>		Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. mellom anna pakkeforløp kreft)
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		At faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert
<b>Risikoelement 1A</b>		At faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp ikkje er implementert
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Føretaket har implementert pakkeforløp etter standardiserte retningslinjer. Det har til no vore eit forløp det har vore diskusjon rundt. Pakkeforløp for pasientar med mistanke om metastasar med ukjent fokus. Frå 06.05 skal disse handteras av eigen forløpskoordinator med onkolog som planlegg forløp. Føretaket har ikkje utarbeidd pakkeforløp for hjerneslagpasientar. Nasjonale retningslinjer vil vere utgangspunkt for igangsetting av nye forløp. Føretaket har eigen ressursgruppe med forløpskoordinatorar. Disse følgjer opp resultat og flaskehals og varsla i linja dersom det er utfordringer som må rettes opp.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorleg
	<b>Risikoeigar</b>	Linjeleiarar
	<b>Tiltak</b>	Systematisk gjennomgang av kvalitetsregistre Systematisk gjennomgang av måloppnåing i pakkeforløp
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Leiarlinja
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Internkontroll/oppfølging av seksjonar, jf. Ny forskrift
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		At informasjon/opplæring av pasientar er ein del av eit standardisert pasientforløp
<b>Risikoelement 1B</b>		At informasjon/ opplæring av pasientar ikkje er ein del av eit standardisert pasientforløp
	<b>No-situasjon</b>	Mange pasientforløp er organsiert med eige tid for individuell opplæring som ein del av forløpet. Nokre forløp organiseres også med gruppe veiledning /opplæring som et supplement til dette. Leiaren i LMS har vore på leiarmøtar i klinikkene og informert om dei ulike lærings- og meistringskurs som fins. Kurs blir i hovudsak tilbydd kronikarar. Unntaket er fedmekurs som arrangeres i forkant av fedmeoperasjonar. Klinikkleiinga har saman med leiar for LMS i mars hatt møte med ME brukarorganisasjon for å drøfte moglegheit for kurs for denne pasientgruppa. Det har i Medisinsk klinikk vore arrangert eit forbetningsprosjekt knytta til kommunikasjon i utskrivningssituasjonen. Målsettinga med prosjektet har vore å styrke informasjon og opplevd informasjon når pasienten skal reisa heim ( Teach back metoden ).
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Linjeleiar
	<b>Tiltak</b>	Systematisk gjennomgang av pasientforløp for identifisering av pasientopplæring. Opplærings av teachback metoden på fleire seksjonar.
<b>Tiltaksansvarleg</b>	Leiarlinja	

	<b>Kontrollaktivitet</b>	Internkontroll/oppfølging seksjonvis, jf. Ny forskrift
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 2, delmål 1						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten			1B	1A	
	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 faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp ikkje er implementert
- 1 B At informasjon/ opplæring av pasientar ikkje er ein del av eit standardisert pasientforløp



<b>Styringsmål 2</b>		Uønska variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast
<b>Delmål 2</b>		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
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>		At ventetida for behandling gjennomsnittleg er lågare enn 60 dagar
<b>Risikoelement 2A</b>		At ventetida for behandling gjennomsnittleg er høgare enn 60 dagar
Tertial 1	<b>No-situasjon</b>	Gjennomsnittleg ventetid i føretaket var ved utgongen av mars 54,7 dagar. BUP har ventetidar nær målsetting, med 53,3 i Haugesund og 28,5 dagar ved Stord. Heile Psykiatrisk klinikk har ei gjennomsnittleg ventetid for på 37,9. Kirurgisk klinikk har ei gjennomsnittleg ventetid på 54,7. Medisinsk klinikk har gjennomsnittleg ventetid på 57,1 og somatisk klinikk Stord på 56,7. Alle tall er gjennomsnittleg ventetid for behandla.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Svært liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Leiarlinja
	<b>Tiltak</b>	At tiltak i «Alle møter» prosjektet blir følgt: Gode rutinar for vurdering av tilvisingar God organisering av poliklinikk God organisering av operasjonsstover Kontroll på ventelistar
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Leiarlinja
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporteringsmøter, oppfølging av måltall satt av klinikkar/seksjonar
Tertial 2	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	At tiltak i «Alle møter» prosjektet blir følgt: Gode rutinar for vurdering av tilvisingar God organisering av poliklinikk God organisering av operasjonsstover Kontroll på ventelistar
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Leiarlinja
Tertial 3	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporteringsmøter, oppfølging av måltall satt av klinikkar/seksjonar
	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		At lårhalsbrot blir operert før det er gått 24 timar
<b>Risikoelement 2B</b>		At lårhalsbrot ikkje blir operert før det er gått 24 timar
Tertial 1	<b>No-situasjon</b>	Fram til ut mars var 93,8% av pasientane operert før 48 timar. I mars blei alle pasientar med lårhalsbrot operert før 48 timar. Det er ingen rapport tatt ut for å se på talet på operasjonar før 24 timar. Dette må utviklast i føretaket.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorleg
	<b>Risikoeigar</b>	Leiarlinja
	<b>Tiltak</b>	God prioriteringspraksis, rask identifisering, følgje forløp for lårhalsbruddpasientar. Samhandling mellom sjukehusa for auka andel pasientar operert før 24 timar.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Seksjonsleiar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporteringsmøtar
Tertial 2	<b>No-situasjon</b>	

	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

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

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 2</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

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

**Risikoelement**

- 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

<b>Styringsmål 2</b>		Uønska variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast
<b>Delmål 3</b>		God planlegging og organisering av operasjonsstovene
<b>Kritisk suksessfaktor 3A</b>		Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er under 5%
<b>Risikoelement 3A</b>		Strykingsprosenten på operasjonsstovene i Helse Fonna er ikkje er under 5%
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Fram til utgongen av mars var strykingsprosenten i føretaket 7,2%. I mars hadde Kirurgisk klinikk 5,9%, Medisinsk klinikk ( Operasjon Odda ) 2,1% og Somatisk klinikk Stord 10,9%. Kirurgisk klinikk hadde 8,2% i januar. Noko som medførte ei brei gjennomgong i leiarmøtet og ein reduksjon månadene etter.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Leiarlinja
	<b>Tiltak</b>	Gjennomgå operasjonsplanleggingsprogrammet i DIPS. Vurdere strykingsrisiko. Gjennomgå årsak til strykning og sette i verk tiltak
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikkdirektørar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporteringsmøtar. Følgje rapporter for strykning.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 3B</b>		At fleire pasientar får dagtilbod i staden for innlegging
<b>Risikoelement 3B</b>		At ikkje fleire pasientar får dagtilbod i staden for innlegging
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Det har fram til no ikkje vore tilgjengelege tall i virksamhetsrapporten til å ta ut andel poliklinikk og dagbehandling og samanlikna det med plantall. Tilbakemeldingane frå einingane er at de stadig får fleire pasientar til å komme til dagtilbod eller poliklinikk i staden for å leggje dei inn. Det gjeld særleg lungepasienter som skal til cancerutgreiing, men det gjeld også pasientar som treng blodtilførsel aller annen type infusjonar.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeigar</b>	Leiarlinja
	<b>Tiltak</b>	Samanlikne forløp først og fremst i Helse Fonna, deretter med dei andre føretaka i Helse Vest og resten av landet, det gjeld både kirurgiske inngrep og medisinsk behandling. Føretaket må sørgje for at det førelegg anvendelege rapportar for å kunne følgje utviklinga.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Leiarlinja
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Systematisk gjennomgang/benchmarking
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
------------------	-------------------------------	--

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

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

<b>Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 2, delmål 3</b>						
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 At ikkje fleire pasientar får dagtilbod i staden for innlegging

<b>Styringsmål 3</b>		HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen
<b>Delmål 1</b>		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
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Ansvar, mynde og oppgåver er tydeleg avklart og organisasjonsstrukturen er eintydig beskriven
<b>Risikoelement 1A</b>		Ansvar, mynde og oppgåver er ikkje tydeleg avklart og organisasjonsstrukturen er ikkje eintydig beskriven
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Stillingsbeskrivelsar for leiarar på 3. og 4. nivå er implementert for 85 % av leiarane. Føretaket har framleis fokus på å tydeliggjere innhaldet i leiarrollene – særleg 4. nivåleiar. Det må kontinuerleg minnast om at endringar i organisasjonsstrukturen også må følgjast opp i samsvar med «Rutine for organisasjonsendring - roller, ansvar og oppgaver».
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeigar</b>	Administrerande direktør
	<b>Tiltak</b>	Gjennomføre leiaropplæring - ansvarsavklaring for avgjerde innan fag, personal og økonomi. Avklart rolle/innhald og signerte stillingsbeskrivelsar. Tilbakemelding til leiar ved avvik i ORFU.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikk- / områdedirektørar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Prosent/ tal signerte stillingsbeskrivelsar.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		HMS-strategien er forankra i leiarlinja og gjort kjend for alle medarbeidarar
<b>Risikoelement 1B</b>		HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja og ikkje gjort kjend for alle medarbeidarar
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	HMS-strategien er del av HMS-opplæring for leiarar og i 40-timars kurset. Strategien vert vist til ved Kick off for HMS-kartlegging, arbeidsmiljøseminar, HMS-samlingar /leiarsamlingar i seksjonar og klinikkar. Konsekvensar av manglande forankring kan redusere organisasjonen si evne til å nå mål innan kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Liten
	<b>Risikoeigar</b>	Administrerande direktør
	<b>Tiltak</b>	Leiaropplæring og opplæring i 40-timars kurs. HMS-strategien skal gjerast kjend i møter i klinikk/ område. Informasjon på intranett
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikk- / områdedirektørar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Gjennomført leiaropplæring og 40-timars kurs. Informasjon lagt ut på intranett.
<b>Terti</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	

	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1C</b>	Medarbeidarar er involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar
	<b>Risikoelement 1C</b>	Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	72 % har svart på årleg HMS-kartlegging. 58% av dei som har svart seier det i stor grad eller i nokon grad er utført risikovurdering med omsyn til vald og truslar og sett i verk førebyggjande tiltak i sitt arbeidsmiljø. Gjennomføring av risikovurdering er i seg sjølv ein del av opplæringa for å kunne møte situasjonar med vald og truslar. Førebygging av vald og truslar: Tema på HMS-seminar (2 dagar) i psykiatrien, der det er lagt til grunn ny metode for risikovurdering. Det vert gitt tilbod om førebyggjande kurs i somatikken. Nye krav i forskrift knytt til risikovurdering av vald og truslar er gjennomgått i Kick off og implementert i oppfølging av HMS-kartlegginga.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikk- og områdedirektør
	<b>Tiltak</b>	Gjennomføre kartlegging av risiko med involvering av verneombod og medarbeidarar. På bakgrunn av denne foreslå og implementere aktuelle tiltak og dokumentere desse i handlingsplanen. Gjennomføre opplæring og dokumentere i kompetanseportalen.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Seksjons- og funksjonsleiarar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Gjennomgang av at risikovurdering og handlingsplan levert på I:
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
<b>Kontrollaktivitet</b>		
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

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 oppgåver 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 førebygge vald og truslar

<b>Styringsmål 3</b>		HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen
<b>Delmål 2</b>		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.
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>		Medarbeidarane opplev at det har effekt å melde frå om uønska hendingar
<b>Risikoelement 2A</b>		Medarbeidarane opplev at det ikkje har effekt å melde frå om uønska hendingar
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Det har vore ein god auke i tal meldingar dei siste åra, med 204 ansattskadar/HMS-hendingar 2013 til 426 hendingar i 2016. Det er framleis mørketal på området. Vald og truslar har stadig auka fokus på ulike arenaer, både i leiar-, verneombods- og tillitsvaldslinja og på personalsamlingar. Føretaket førebur implementering av ny versjon av Synergi våren 2017 – betre systematikken i årsaksforhold som kan målrette tiltaka i større grad.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Administrerande direktør
	<b>Tiltak</b>	Opplæring i Synergi for leiarar og medarbeidarar. Fortsetje arbeidet med å betre meldekulturen, synleggjere og «snakke om» viktigheten/nyten av å melde uønska hendingar. Involvere melder i saksbehandlinga. Gjennomgå meldingar i personalmøte/rapporteringsmøte. Synleggjere endringar som er gjennomført på basis av meldingar.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikk-/områdedirektørar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ta ut statistikk i Synergi - følgje utviklinga i talet på melde hendingar.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		Det er tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til melder
<b>Risikoelement 2B</b>		Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til melder
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	I 2013 var 52 % av melde saker avslutta i løpet av 60 dagar. I 2016 var talet 67 %. Samstundes er talet på melde HMS-hendingar /tilsetteskadar dobla. Tempo i saksbehandlinga kan aukast ved å la uønska hendingar få meir merksemd i rapporteringsmøta. Manglande kunnskap og trening i saksbehandling kan gi oppleving av at dette er krevjande.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat. Talet på meldingar vert redusert. Årsaksfaktorar til førebygging kan ikkje identifiserast.
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikk- /områdedirektørar
	<b>Tiltak</b>	Opplæring og brukarstøtte i saksbehandling. God systematisk i saksbehandling av meldingar og overvake saksbehandlingstida. Sikre at oppfølginga av meldingar vert etterspurt på leiarnivå.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ta ut statistikk i Synergi /følgje utviklinga på saksbehandlingstid. Saksbehandlingstid har vore på agenda i rapporteringsmøte.



<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

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

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

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

**Risikoelement**

- 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

<b>Styringsmål 3</b>		HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen
<b>Delmål 3</b>		Talet på tilsetteskadar er redusert
<b>Kritisk suksessfaktor 3A</b>		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
<b>Risikoelement 3A</b>		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
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	HMS-kartlegging er gjennomført – aktivitetane skal risikovurderast med involvering av medarbeidarar og verneombod, handlingsplan skal utarbeidast på alle nivå.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikk- / områdedirektørar
	<b>Tiltak</b>	Kvar eining lagar risikovurdering og arkiverer på I: Risikovurderinga er grunnlaget for handlingsplanen og effektivering av tiltak. Ha fokus på/gjere kjent nye krav til risikovurdering for vald og truslar som trådte i kraft 1.1.2017 – dette er inkludert i HMS-kartlegginga. Klinikk for psykisk helsevern har gjennomført 2 dags samlingar med fokus på førebygging og risikovurdering av vald og truslar, for leiarar og verneombod.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Seksjons- og funksjonsleiarar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Gjennomgang av risikovurdering - dokumentasjon på I:
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 3B</b>		Einingane har analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, identifisert og sett i verk tiltak
<b>Risikoelement 3B</b>		Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Årsaksanalyse vert i liten/mindre grad utført i Synergi i dag. Analyse bør gjennomførast for å gjere tankeøvingar m.o.t. å kartlegge årsakar. Når årsak er avklart, kan ein i større grad målrette tiltaka.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikk-/områdedirektørar
	<b>Tiltak</b>	Gjennomføre årsaksanalyse i saksbehandlinga for å kunne målrette tiltak mot uønska hendingar – dokumentere tiltak i handlingsplanen og sette i verk tiltak – om nødvendig melde evt. tiltak vidare til neste leiarnivå (jfr. overordna HMS-handlingsplan). Bidra til vidareutvikling av systemet for avviksmeldingar på Helse Vest nivå.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Seksjons- og funksjonsleiarar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statistikk for utførte årsaksanalyser i Synergi.
<b>Terti</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	

<b>Tertial 3</b>	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

<b>Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 3, delmål 3</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samnsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			<b>3B</b>		
	Liten				<b>3A</b>	
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 3, delmål 3</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samnsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 3, delmål 3</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samnsynlegheit	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.
- 3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda til dei uønska hendingane, eller identifisert eller sett i verk tiltak

<b>Styringsmål 4</b>		Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk
<b>Delmål 1</b>		Det skal vere høgare kostnadsvekst i psykisk helsevern enn i somatikk
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		I årsbudsjett og langtidsbudsjett er kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
<b>Risikoelement 1A</b>		I årsbudsjett og langtidsbudsjett er ikkje kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Årsbudsjett 2018 er ikkje påbeynt, mens langtidsbudsjett 2018-2022 ikkje er ferdigstilt. Rekneskap for første kvartal 2017 viser at psykisk helsevern og TSB disponerte 31,2% mot 32% av total-kostnadane i Helse-Fonna HF i 2016. Det er altså ein negativ kostandsvekst på 4,8% for psykisk helsevern og TSB og ein positiv kostnadsvekst på 1% for somatikk i første kvartal 2017 mot 2016.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Svært stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Føretaksleiing
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmfr samhandlingsreformen for å frigjere ressurser i spesialisthelsetenesta. Etter kvart som oppgåver vert overført til kommune helsetenesta omdisponere bruk av ressurser i tråd med styringssignal.</li> <li>- Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjetterammer for somatikk.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Føretaksleiing
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostnadsvekst i års og langtidsbudsjett for psykisk helsevern og TSB</li> <li>- Rekneskap/faktisk forbruk kostnader</li> </ul>
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		Høgare aktivitetsvekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk
<b>Risikoelement 1B</b>		Lågare aktivitetsvekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Psykisk helsevern og TSB stod for 31,6% av den polikliniske aktiviteten i 2016 i Helse-Fonna. I første kvartal 2017 er denne på heile 36%. Poliklinisk aktivitetsauke i psykisk helsevern og TSB har vore på heile 38,6% i første kvartal 2017, mens den for somatikk har vore på 7,8%. Årsaken til aktivitetsauken kan knyttast til omlegging til DRG finansiering og forbetra kodepraksis. Når det gjeld sjukehusopphald har det i 1 kvartal 2017 vore ein nedgang i sjukehusopphald på 35,7% innan psykisk helsevern og TSB, mens det innan somatikk har vore ein nedgang på 41,7%.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten

	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Føretaksleiinga
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmf samhandlingsreformen.</li> <li>- Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjетtrammer for somatikk.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Føretaksleiinga
	<b>Kontrollaktivitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitetsutvikling for poliklinisk behandling og døgnbehandling i somatikk, psykisk helsevern og TSB i års og langtidsbudsjett</li> <li>- Rekneskap/faktisk aktivitetsutvikling for poliklinisk behandling og døgnbehandling i somatikk, psykisk helsevern og TSB.</li> </ul>
	<b>No-situasjon</b>	
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

<b>Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 4, delmål 1</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor			<b>1A</b>		
	Stor					
	Moderat					
	Liten			<b>1B</b>		
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 4, delmål 1</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 4, delmål 1</b>						
Konsekvens						

Samsynlegheit		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

### Risikoelement

- 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

<b>Styringsmål 4</b>		Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk
<b>Delmål 2</b>		Det skal vere høgare vekst i årsverk i psykisk helsevern enn i somatikk
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>		I årsbudsjett og langtidsbudsjett skal vekst i årsverk vere høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
<b>Risikoelement 2A</b>		I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Det har vore ein negativ vekst mhp netto månadsverk for psykisk helsevern og TSB på 0,5% i 1 kvartal 2017 i forhold til 2016. Innan somatikk har det vore ein negativ vekst på 0,2%.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Svært stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Føretaksleiinga
	<b>Tiltak</b>	- Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmf samhandlingsreformen for å frigjere ressurser i spesialisthelsetenesta. Etter kvart som oppgåver vert overført til kommune helsetenesta, omdisponere bruk av ressurser i tråd med styringssignal. - Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjетtrammer for somatikk.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Føretaksleiinga
	<b>Kontrollaktivitet</b>	- Årsverk og månadsverk vekst innan somatikk og Psykisk helsevern og TSB i forhold til 2016.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Kontrollaktivitet</b>	
	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		Kapasitet til å dekke befolkninga sitt behov for spesialisthelsetenester innan

		TSB og psykisk helsevern
<b>Risikoelement 2B</b>		Manglande kapasitet til å dekke befolkninga sitt behov for spesialisthelsetenester innan TSB og psykisk helsevern
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Ventetid innan TSB var på 25 dager for behandla pasientar og 20 dager for ventande i mars 2017. Tilsvarende tal for mars 2016 var 25 dager for behandla og 42 dager for ventande. Det var 1 fristbrot innan TSB i 1 kvartal 2017. Gjestepasientkostnader og kostnader FBV ligg på same nivå som 2016.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorleg
	<b>Risikoeigar</b>	Føretaksleiing
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjere eige behandlingstilbud kjent i forhold til tilvisande instanser.</li> <li>- Sikre kort ventetid og fråver av fristbrot gjennom auka kapasitet i behandlingstilbudet innan psykisk helsevern og TSB (auka effektivitet og personellinnsats)</li> <li>- Leggje til rette for i årsbudsjett og langtidsbudsjett mhp å utvikle tenestetilbudet innan psykisk helsevern og TSB.</li> <li>-</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Føretaksleiing
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Gjestepasientkostnader, bruk av fritt behandlingsvalg, ventetid ventande og fristbrot.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Kontrollaktivitet</b>	
	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

<b>Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 4, delmål 2</b>					
Konsekvens					
	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor		2A		
	Stor				
	Moderat				
	Liten			2B	
	Svært liten				

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 4, delmål 2</b>					
Konsekvens					
	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor				
	Stor				
	Moderat				
	Liten				
	Svært liten				

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 4, delmål 2						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement

- 1 A I årsbudsjet og langtidsbudsjet er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
- 1 B Manglande kapasitet til å dekke befolkninga sitt behov for spesialisthelsetenester innan TSB og psykisk helsevern

<b>Styringsmål 5</b>	Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga.	
<b>Delmål 1</b>	Det skal ikkje vera korridorpasientar	
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>	God utnytting og rett bruk av sengekapasiteten i føretaket.	
<b>Risikoelement 1A</b>	Ikkje god nok utnytting og rett bruk av sengekapasiteten i føretaket.	
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Fleire av sengepostane i Helse Fonna har i periodar 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/legevakslelege og sjukehuslege i forkant av innlegging. Ein del pasientar som er innlagt i sjukehus kunne vore behandla i primærhelsetenesta, og tilbodet knytt til kommunale ØH-senger er for lite nytta. Enkelte kommunar har ikkje god nok kapasitet til å ta imot ferdigbehandla pasientar.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikkdirektørar
	<b>Tiltak</b>	Det er iverksett tiltak ved akuttmottak og obs-post både ved Haugesund og Stord sjukehus for å unngå unødvendige innleggingar. Å bytta seng mot stol for pasientar med låg hastegrad, styra meir legeressursar til mottak og ha krav om telefonkonferanse i forkant av innlegging er døme på slike tiltak. Begge sjukehusa arbeider ulike tiltak for å nytta sengekapasiteten på tvers av sengepostane på ein betre måte. Det pågår eit arbeid med å vri meir aktivitet frå døgn til dag og poliklinikk. Det er lagt opp til eit tettare samarbeid med kommunar og fastlegar for å få til eit betre system for å nytta kommunale ØH-senger, mellom anna gjennom kollegamøter og felles samlingar.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikkdirektørar
<b>Kontrollaktivitet</b>	Månadlege rapporteringar	
<b>Terti</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	



	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		
<b>Risikoelement 1B</b>		Pasientar blir ikkje liggjande på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla
<b>Tertial 1</b>	<b>No-situasjon</b>	Enkelte kommunar i Helse Fonna sitt opptaksområde har for liten kapasitet til å ta imot ferdigbehandla pasientar. Dette fører til at pasientar vert liggjande på sjukehuset etter at dei er ferdigbehandla.
	<b>Sannsynlegheit</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Klinikkdirektørar
	<b>Tiltak</b>	Det ein tett dialog med aktuelle kommunar knytt til ferdigbehandla pasientar. På eit overordna nivå vert det regelmessig etterspurt tiltak i forhold til manglande kapasitet. I samarbeid med kommunar og fastlegar få til eit betre system for å nytta kommunale ØH-senger og unngå innlegging av pasientar som kan undersøkast og behandlast i primærhelsetenesta.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Klinikkdirektørar
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månadleg rapportering internt i Helse Fonna Statusmøter med aktuelle kommunar
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

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

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 5, delmål 1</b>						
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
Samsynlegheit	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

<b>Styringsmål 6</b>		Helse Fonna skal halde budsjettet for 2017
<b>Delmål 1</b>		Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Personalkostnad er i samsvar med tildelt budsjetttramme
<b>Risikoelement 1A</b>		Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme
Tertial 1	<b>No-situasjon</b>	Personalkostnadane i 1 kvartal er noko lågare enn budsjettet. Kostnadsutviklinga synar ein svakt aukande trend.
	<b>Samsynlegheit</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Nivå 2 leiarar
	<b>Tiltak</b>	Kontinuerlig oppfølging av resultat, budsjettavvik, effektuere tiltak og identifisere nye tiltak i seksjonane.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Nivå 2 og nivå 3 leiarar for klinikkane.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Oppfølging av personalkostnadane gjennom styrings- og rapporteringsprosessar.
Tertial 2	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Samsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		Medikamentkostnader er i tråd med budsjett
<b>Risikoelement 1B</b>		Medikamentkostnader er ikkje i tråd med budsjett
Tertial 1	<b>No-situasjon</b>	Medikamentkostnader er i 1. kvartal noko lågare enn budsjett, men kostnadane i perioden ligg på nivå med fjoråret.
	<b>Samsynlegheit</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeigar</b>	Nivå 2 leiarar
	<b>Tiltak</b>	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.
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	Nivå 2 og nivå 3 leiarar for klinikkane

	<b>Kontrollaktivitet</b>	Oppfølging av medikamentkostnadane gjennom styrings- og rapporteringsprosessar.
<b>Tertial 2</b>	<b>No-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlegheit</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeigar</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarleg</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Kontrollaktivitet</b>	
	<b>Situasjon ved årsslutt</b>	

<b>Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 6, delmål 1</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			<b>1A, 1B</b>		
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 6, delmål 1</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

<b>Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 6, delmål 1</b>						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

**Risikoelement**

- 1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetteramme
- 1 B Medikamentkostnader er ikkje i tråd med budsjett

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 programleiinga 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 førebygge 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 melder			
	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			
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			