

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Fonna HF
Dato: 21.05.18
Frå: Administrerende direktør
Sakshandsamar: Olav Klausen
Saka gjeld: Risikorapportering første tertial

Styresak 31/18

Styremøte 28.05.18

3 vedlegg

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Fonna HF tar risikorapportering for første 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 14. desember 2017 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2018:

1. Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2018
2. Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert til 50 dagar innan fire år (2021)
3. HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidskvardagen
4. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk

Administrerande direktør handsama arbeidet med risikostyring i januar 2018 i leiarmøte. Etter dette har klinikkane utarbeidd delmål og risikoelement. Det er lagt vekt på å finne 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

22 av 29 risikoelement er i gul sone ved rapportering på første tertial.

Sju risikoelement er raude. Eitt av risikoelementa i raud sone gjeld pasienttryggleiksprogrammet - at pasientar ikkje får samstemming av si legemiddelliste ved inn og utskrivning). Eitt gjeld hjerneslag – at pasientane ikkje kjem fort nok direkte til sjukehus.

Fire gjeld den gylne regel, at veksten i kostnader, konsultasjonar og årsverk ikkje er høgare innan psykisk helsevern og TSB enn innafor somatikken.

Eitt gjeld korridorpasientar.

Tiltak for å redusere risiko er omtalt i matrisa.

Administrerande direktør vil fortsetje arbeidet med å redusere risiko på dei områda som har for høg risiko. Dei tiltaka som er sett i verk må ha kontinuerleg fokus vidare.

Vedlegg

Risikomatrise

Oversiktstabell

Brev frå Helse Vest

Helse Fonna HF

18 DES 2017

Deres ref:

Vår ref:

2017/1078 -
6711/2017

Saksbehandler:

Kristin O. Lexow 51963800

Dato:

14.12.2017

Felles risikostyringsmål 2018

Styret i Helse Vest vedtok i styremøte den 14. desember 2017 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2018 (styresak 125/17):

Felles risikostyringsmål for 2018		
Styringsmål	Delmål	
1	Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2018.	1. Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.
		2. Tiltak i programmet er implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje.
2	Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert til 50 dagar innan fire år (2021).	1. Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).
		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.
		3. Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.
3	HMS er ein sjølvsgagt del av arbeidsdagen. (Dette styringsmålet gjeld også Sjukehusapoteka Vest HF og Helse Vest IKT AS)	1. HMS-strategi for føretaksgruppa Helse Vest er forankra og kjend for alle leiingar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette er sett i verk.
		2. Det er lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald

		og truslar mot tilsette er kjent for alle leiarar og medarbeidarar.
		3. Talet på tilsetteskadar er redusert.
4	Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk.	<p>1. Det er høgare kostnadsvekst innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p> <p>2. Det er høgare vekst i årsverk innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p> <p>3. Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p> <p>4. Det er høgare aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p>

Til Sjukehusapoteka Vest HF	
Styringsmål	Delmål
Legemiddellager skal ikkje gå tom for nødvendige medisinar	(Sjukehusapoteka Vest HF definerer sjølv aktuelle delmål)

Kommentarar

Styringsmål 1 er ei vidareføring frå 2016/2017, då dette er ei langsiktig strategi som framleis har høg prioritet.

Styringsmål 2 er basert på krav og føringar gitt gjennom oppdragsdokument, og ei vidareføring frå 2017.

Styringsmål 3 er ei vidareføring frå 2017, definert med basis i styret i Helse Vest sitt ønskje om eit felles risikostyringsmål knytt til tryggleik for tilsette (protokoll frå styremøte 4. februar 2015, sak 009/15). Styringsmålet og delmåla baserer seg vidare på styresak om HMS-arbeid og den vedtekne HMS-strategien for føretaksgruppa i Helse Vest (styresak 105/15), der det mellom anna står at «der medarbeidarane har eit godt og trygt arbeidsmiljø, er dei godt rusta til å gi pasientane trygge og sikre helsetenester av høg kvalitet». Ved styrebehandling av felles risikostyringsmål for 2017 (sak 132/16), peika styret på at dette risikostyringsmålet også skal gjelde for Sjukehusapoteka Vest HF og Helse Vest IKT AS.

Styringsmål 4 tek utgangspunkt i at målet om «den gylne regel» framleis ikkje er innfridd, verken på føretaksnivå eller samla sett i regionen. Kravet frå departementet er retta mot det regionale nivået. Dette målet blir difor følgt opp vidare i 2018, der

rusbehandling og psykisk helsevern kvar for seg skal ha ein årleg vekst som er høgare enn vanleg sjukehusbehandling knytt til ventetid, aktivitet, årsverk og kostnad. For å sikre at dette no blir gjennomført, foreslår administrerande direktør at kravet blir lagt ned på kvart einskild helseføretak.

I styremøte den 10. november 2017, ved behandling av sak om overordna risikovurdering i Helse Vest per 2. tertial 2017 (sak 106/17), blei det vedteke at Sjukehusapoteka Vest HF skal gjere ei risikovurdering knytt til at medisinaler ikkje går tom for nødvendige medisinar.

Utover risikostyringsmål 3 blir det ikkje peikt ut felles styringsmål for Helse Vest IKT AS og Sjukehusapoteka Vest HF. Helse Vest RHF ber derfor Helse Vest IKT AS og Sjukehusapoteka Vest HF om å definere eigne verksemdspesifikke risikostyringsmål.

Helse Vest føreset at helseføretaka legg retningslinjer for risikostyring til grunn for arbeidet med den årlege risikostyringa, og at risikoreducerande tiltak blir planlagt og sett i verk på område med uakseptabel risiko. Det skal gjerast greie for arbeidet med risikostyring gjennom året i Årleg melding til Helse Vest RHF.

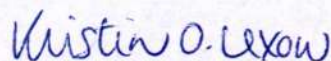
Rapportering

Helseføretaka skal rapportere sine risikovurderingar tertialvis til sitt styre i samsvar med retningslinjene for risikostyring i Helse Vest. Ved årsslutt skal det gjerast greie for arbeidet med risikostyring gjennom året i Årleg melding til Helse Vest.

Vennleg helsing



Ivar Eriksen
eigardirektør



Kristin Osland Lexow
rådgivar

Dokumentet er elektronisk godkjent

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 er halvert innan 2018
Delmål 1 HL		Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.
Kritisk suksessfaktor 1A		Oppgåvedeling og ansvar mellom programleiinga for pasienttryggleik (stab) og leiarlinja er avklarte
Risikoelement 1A		Oppgåvedeling og ansvar mellom programleiinga for pasienttryggleik (stab) og leiarlinja er ikkje avklarte
Tertial 1	No-situasjon	Det er god avklaring på oppgåvedeling og ansvar mellom programleiing for pasienttryggleik og leiarlinja. Programleiinga tilbyr rettleiing i metode for og gjennomføring av kvalitetsforbetringsarbeid og gir og praktisk støtte og rettleiing til klinikkane (linja).
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Middels
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektør
	Tiltak	Fokus på pasienttryggleik i rapporteringsmøter i klinikkar og seksjonar. Synleggjere støtte og rettleiing som programleiinga kan gi
	Tiltaksansvarleg	Programleiing og linjeleiarar
	Kontrollaktivitet	Måloppnåing på indikatorar
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 1B		At kvar leiar og medarbeidar har eit eigarforhold til innsatsområda
Risikoelement 1B		At kvar leiar og medarbeidar ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda
Tertial 1	No-situasjon	Det er for stor variasjon i måloppnåing mellom ulike einingar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiarar i linja
	Tiltak	Legge til rett for å arbeide systematisk med pasienttryggleik. Synleggjere måloppnåing på innsatsområda og sette konkrete mål for arbeidet. Legge til rette for læring på tvers mellom einingar. Tilby kompetansehevande tiltak
	Tiltaksansvarleg	Leiarar i linja og programleiing for pasienttryggleik
	Kontrollaktivitet	Måloppnåing på indikatorar med mindre variasjon mellom einingar.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

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

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

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

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

Risikoelement

- 1 A Oppgåvedeling og ansvar mellom programleinga for pasienttryggleik (stab) og leiarlinja er ikkje avklarte
- 1 B At kvar leiar og medarbeidar ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda

Styringsmål 1		Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2018
Delmål 2 HL		Tiltak i programmet er implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje
Kritisk suksessfaktor 2A		Medarbeidarane har eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet.
Risikoelement 2A		Medarbeidarane har ikkje eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet
Tertial 1	No-situasjon	Det er for stor variasjon mellom einingar når det gjeld eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiarar i linja
	Tiltak	Pasientar som blir vurdert til å vere i risiko for skade (fall, underernæring, trykksår) får tilpassa tiltak for å redusere risiko. Melding om alvorleg pasientskade (til dømes i synergi) blir gått gjennom og der er tiltak for å førebygge skade, før saka blir lukka.
	Tiltaksansvarleg	Leiarar i linja
	Kontrollaktivitet	Det er fleire einingar som har mål på effekt av tiltak; dagar utan trykksår, tiltak for underernæring. Færre saker blir lukka i synergi utan at tiltak er skissert.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B		At pasientar ikkje har ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn og utskriving.
Risikoelement 2B		At pasientar ikkje har ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn og utskriving.
Tertial 1	No-situasjon	Pasientar har ikkje i tilstrekkeleg grad ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn- og utskriving. Det er planlagt å prøve ut Meona som støtte i arbeid med legemiddelsamstemming ved Klinikk somatikk Stord, våren 2018.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiarar i linja
	Tiltak	Betre kompetanse i arbeid med legemiddelsamstemming Legge til rette for arbeidsprosessar:t.d. oppgåvedeling mellom sjukepleiar, lege og eventuelt farmasøyt Prøve ut Meona som støtte i prosess med legemiddelsamstemming
	Tiltaksansvarleg	Leiarar i linja
	Kontrollaktivitet	Einingane må ha manuelle tellingar inntil Meona kan gi automatiske målingar
Terti	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	

Tertial 3	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	

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

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

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 1, delmål 2						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	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 har ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn og utskriving.

Styringsmål 2		Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan fire år (2021).
Delmål 1 BH		Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. mellom anna pakkeforløp kreft).
Kritisk suksessfaktor 1A		At faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert
Risikoelement 1A		At faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp ikkje er implementert
Tertial 1	No-situasjon	Helse Fonna HF har implementert alle pakkeforløpa for kreft. Det siste pakkeforløpet, diagnostisk forløp har vore ei utfordring. I april fekk imidlertid føretaket på plass ein ansvarleg lege og ein forløpskoordinator. Det vil vere eit prøveprosjekt i 6 månader. Frå 03.05.2018 vil alle lungekreftpasientar følges med eit forløp i føretaket. Då samlas henvisningar og det vil vere ein koordinator. Føretaket starta medio april med pakkeforløp for hjerneslag. Her har det vore ei samling med dei involverte. Det har det første tertialet vore eit fokus på å få på plass dei registrane som vi er pålagde å føre. Mange fagområder, eks. ortopedi er svært engasjerte i registrering og bruk resultatata til forbetring. Føretaket har ei utfordring i å få på plass registreringane på alle sjukehusa.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Evaluere registrering i kvalitetsregistrene, følge opp resultat og sette i verk tiltak der det er nødvendig. Fokuserer på variasjon og avvik fra standard.
	Tiltaksansvarleg	Leiarlinja
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 1B		At informasjon/opplæring av pasientar er ein del av eit standardisert pasientforløp
Risikoelement 1B		At informasjon/ opplæring av pasientar ikkje er ein del av eit standardisert pasientforløp
	No-situasjon	Det foregår svært mye opplæring av pasientar som ein del av eit standardisert pasientforløp. Særleg for kronikergruppene som KOLS, Hjertepasientar, Diabetes og autisme som er ein del av gruppeopplæring som blir arrangert av LMS, men som fagfolka har innhaldsansvar for. Retningslinjene for gruppeopplæring som en del av et forløp ble revidert i 2017. Nokre forløp har opplæringa i fagseksjonen. Eksempel på dette er fedmepasientane. I 2018 har dette forløpet fått såkornmidler for videreutvikling. MS og Parkinson er også eksempler på slike forløp. Alle pasientar skal ha ein strukturert utskriningsamtale. Det ble prøvd ut ein metode for dette i 2017 på hjertepasientar og gastropasientar. Teach back metoden.

	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Kartlegging av lokale tilbod på fagområda, særleg knytta til pakkeforløpa
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiinga
	Kontrollaktivitet	Rapportering, kartleggingsskjema
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
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 faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp ikkje er implementert
- 1 B At informasjon/ opplæring av pasientar ikkje er ein del av eit standardisert pasientforløp

Styringsmål 2	Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan fire år (2021).	
Delmål 2 BH	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	Pasientforløpa for elektive pasientar er er godt planlagde	
Risikoelement 2A	Pasientforløpa for elektive pasientar ikkje er godt planlagde	
Tertial 1	No-situasjon	Ved utgongen av 2017 ble planleggingsaktiviteten for elektive pasientar kartlagd gjennom gevinstrealiseringsprogrammet i alle møtar. To av klinikkane kom relativt godt ut på dei aller fleste parameterane. Det gjaldt særleg psykiatrisk klinikk, men også Kirurgisk klinikk har vore gode på planlegging. I Medisinsk klinikk og Somatisk klinikk Stord er det eit forbedringspotensialet. Frå 2018 kjem desse parameterane opp i styringsportalen. Prosjektlear har vore i leiar møta og informert om portal og synleggjort utfordringsbilde. Det er særleg planleggingshorisonten som er utfordringa.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Det må utarbeides tiltaksplan i kvar seksjon for reduksjon av ventetida. Det blir viktig å fortsette å følgje målsetting i «Alle møter» programmet. Særleg tidleg vurdering av tilvising og god planlegging av ressursane er nødvendig.
	Tiltaksansvarleg	Leiarlinja
	Kontrollaktivitet	Etterspørre resultat i rapporteringsmøta At gjennomsnittleg ventetid for behandling er lågare enn i 2017
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B	Alle pasienter med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket	
Risikoelement 2B	Ikkje alle pasientar med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket.	

Tertial 1	No-situasjon	I Helse Fonna har kvalitetsregister vist at det er store variasjonar i kor vidt pasientar med hjerneslag får tidsnok oppstart på behandling. Det varierar frå månad til månad og frå sjukehus til sjukehus. I anledning oppstart av pakkeforløp for hjerneslag var alle dei involverte samla. Ei gjennomgang av forløpet var nødvendig, med ansvars plassering for deler av forløpet. Blant anna blei det bestemt at det var nødvendig med meir opplysning av befolkninga. I april var føretaket ein del av kampanjen om hjerneslag. Nevrologisk seksjon hadde også eit innlegg i Møteplassen, arenaen for fastleger og sjukehusleger. Samt at legar og sjukepleiare har hatt «stand» på Amandasenteret. Hovudbodskap: Kom deg direkte til sjukehus. Ring 113 ved symptomar på Hjerneslag.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Stor
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Gjennomgå registrering i kvalitetsregister og gjere tiltak om det er feilregistrering. Følgje dei retningslinjer som blir utvikla i forhold til pakkeforløp for hjerneslag. Tiltaksplanen skal ha fokus på utvikling av forløp som standard slik at føretaket unngår variasjonar gjennom året.
	Tiltaksansvarleg	Nevrologisk seksjon og leiarar i linja
	Kontrollaktivitet	Etterspørre resultat i rapporteringsmøta. Særleg knytta til nasjonale kvalitetsindikatorrapportar Følgje tala på kor mange hjerneslagspasientar som får intravenøs trombololysebehandling. Kravet her er minst 20 prosent.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 2 A Pasientforløpa for elektive pasientar ikkje er godt planlagde
- 2 B Ikkje alle pasientar symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket.

Styringsmål 2		Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan fire år (2021).
Delmål 3 BH		Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.
Kritisk suksessfaktor 3A		Oppstart på operasjonsstovene er ikkje forseinka
Risikoelement 3A		Oppstart på operasjonsstovene er forseinka
Tertial 1	No-situasjon	Føretaket har ikkje lukkast med å skaffe seg oversikt over mediantid til tenestestart . Føretaket har derimot oversikter som tyder på at ventetida til operasjon er lenger enn ventetida til å komme til poliklinikk. Nokre pasientar blir prioritert for operasjon. Til dømes pasientar i pakkeforløp og pasientar som har mykje smertar, fare for komplikasjonar og liknande. Når det gjeld operasjon av lårhalsbrot vis begge sjukehusa eit forbetra resultat dei siste åra. Pasientar som kjem frå avtalespesialistar og til føretaket for operasjon går som regel før i køa då fristen for operasjon blir regna. Eksempelvis urologiske pasientar og gynekologiske pasientar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Lav
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Føretaket må skaffe seg en oversikt over median tid til tenestestart i 2017. Kvar seksjon skal utarbeide ein plan for å redusere median til til tenestestart i 2018
	Tiltaksansvarleg	Leiarlinja
	Kontrollaktivitet	Rapportering i leiarmøter
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 3B	At fleire pasientar får dagtilbod i staden for innlegging
	Risikoelement 3B	At fleire pasientar ikkje får dagtilbod i staden for innlegging
Tertial 1	No-situasjon	Helse Fonna har dei siste åra hatt ei konvertering av behandling som inneliggande til å bli dagpasientar, bli behandla av ambulant team eller få poliklinisk behandling. Tala visar at ein stadig større andel av pasientane slepp innlegging for utgreiing og behandling. Dette har tidligare særleg gjeldt psykiatriske pasientar, men no gjeldt det også somatiske pasientar. Stadig fleire blir behandla med dagkirurgi og dagbehandling på medisinske dagstover. Og poliklinikkaktiviteten har vore aukande dei siste to åra. Det synar også tal frå det først teritalet i 2018.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Liten
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Anvende styringsportalen for å følgje utviklinga i andel dagpasientar. Utarbeide seksjonsvise planar for konvertering til dagbehandling.
	Tiltaksansvarleg	Leiarlinja
	Kontrollaktivitet	Etterspørje resultat i rapporteringsmøta
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 3 A At oppstart på operasjonsstovene er forseinka
- 3 B At fleire pasientar ikkje får dagtilbod i staden for innlegging

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen
Delmål 1 HSO		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		HMS-strategien er forankra i leiarlinja gjennom oppfølging av HMS-handlingsplanen i leiarmøta og personalmøta
Risikoelement 1A		HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja gjennom oppfølging av HMS-handlingsplanen i leiarmøta og personalmøta
Tertial 1	No-situasjon	Det blir gjennomført årlege risikokartleggingar på HMS-området og denne blir følgt opp gjennom HMS-handlingsplan. Risikovurderinga er det grunnleggjande element for det førebyggjande arbeidet gjennom handlingsplanen. Ved auka fokus på risikovurderinga, vil tiltaka bli meir målretta. Organisasjonen treng meir kunnskap om metodikk for risikovurdering. Dette vil gjere arbeidet meir hensiktsmessig og effektivt. Basert på gode risikovurderingar vil føretaket få eit tydelegare oversiktsbilde av HMS-risikoen, og i større grad målretta/prioritere tiltak.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD/ HR-direktør
	Tiltak	Opplæring/ workshops i risikovurdering Utarbeide samla oversiktsbilde av HMS-risiko i kvar klinikk/område.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk- og områdedirektørar
	Kontrollaktivitet	Risikokartleggingar dokumentert på I: Samla oversiktsbilde for klinikk/område føreligg.
Tertial 2	No-situasjon	Informasjonsmøter gjennomført på kvart sjukehus. ForBedring (kartlegging) er gjennomført. Risikovurderingar og handlingsplan for einingar og seksjonar innlevert innan 1. juni.
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 1B	Helse Fonna har ein heilskapleg plan for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar
	Risikoelement 1B	Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar
Tertial 1	No-situasjon	Vald og truslar er kvar for seg dei to HMS-hendingsområda som har størst omfang av uønska hendingar. Dette er det høgst prioriterte HMS-målet i Helse Fonna. Vald og truslar råkar einingane ulikt. For å kunne førebyggje på rett risikonivå i dei ulike einingane, treng vi ein heilskapleg plan for det førebyggjande arbeidet. Planen skal sikre måltretta tiltak innan fysiske, organisatoriske og psykososialt arbeidsmiljø.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	AD / HR-direktør
	Tiltak	Identifisere risikonivå for vald og truslar i einingane. Gjennomføre finkartlegging/særskilt risikovurdering for vold og truslar i aktuelle einingar, der risikonivået tilseier det. Utarbeide samla oversikt over risikosituasjonen og handlingsplan per klinikk/eining (jfr. HMS-handlingsplanen). Utarbeide samla oversikt/ heilskapeleg plan for føretaket.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk- og områdedirektørar
	Kontrollaktivitet	Dokumentasjon av risikovurderingar på I: Har heilskapleg plan for det førebyggjande arbeidet for vald og truslar
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 1C	Medarbeidarar er involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar
	Risikoelement 1C	Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar
Tertial 1	No-situasjon	Deltaking i risikovurdering (kva kan gå galt og kva kan vi gjere for å førebyggje?) er ein viktig del av det å førebu seg til og kunne møte situasjonar med vald og truslar, då deltaking set medarbeidarane inn i ein aktiv modningsprosess, og dermed eit betre grunnlag/i «beredskap» for det førebyggjande arbeid. Det er krav til særskilt risikovurdering for vald og truslar. Dette vert gjennomført saman med årleg kartlegging.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar

	Tiltak	Gjennomføre kartlegging av risiko med involvering av verneombod og medarbeidarar. På bakgrunn av denne føreslå og implementere aktuelle tiltak og dokumentere desse i handlingsplanen. Gjennomføre opplæring med dokumentasjon i kompetanseportalen.
	Tiltaksansvarleg	Seksjons- og funksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Gjennomgang av at risikovurdering av vald og truslar og handlingsplan er levert på I:
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 1 A HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja gjennom oppfølging av HMS-handlingsplanen i leiar møta og personalmøta
- 1 B Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar
- 1 C Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidsdagen
Delmål 2 HSO		Det er lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjent for alle leiarar og medarbeidarar.
Kritisk suksessfaktor 2A		Medarbeidarane opplev at det er trygt å melde frå om uønskte hendingar
Risikoelement 2A		Medarbeidarane opplev at det ikkje er trygt å melde frå om uønskte hendingar
Tertial 1	No-situasjon	Der er framleis ein god auke i tal meldingar. Medarbeidarar treng opplæring i meldesystemet og får dette på førespurnad. God meldekultur er forankra i toppleinga og i stor grad kommunisert ut. Det er bevissthet om at meldingar skal takast på alvor og ikkje gje sanksjonar for medarbeidarane. Tilbakemelding på melding er viktig for om meldar opplev at det nyttar å melde frå. Saksbehandlingstida har vore redusert frå 80 dagar dei fyrste 11 månadene i 2016 til 55 dagar same periode i 2017. Saksbehandlingstida skal reduserast vidare.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar
	Tiltak	Arbeide med openheitskultur i einingane Opplæring og brukarstøtte i saksbehandling Overvake saksbehandlingstida Sikre at oppfølging av meldingar vert etterspurt på leiarnivå.
	Tiltaksansvarleg	Seksjons- og funksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Sjekke ut med vernetenesta i forhold til openheitskultur. Overvake utviklinga i tal meldingar og saksbehandlingstid
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B		Det er tilstrekkeleg tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar
Risikoelement 2B		Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar
Tertial 1	No-situasjon	I 2013 var 52% av melde saker avslutta i løpet av 60 dagar. I 2016 var talet 67%. I 2017 var det 68 %, dvs. på same nivå som i 2016. Leiar bør etterspør omfanget av ikkje avslutta saker.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar

	Tiltak	Opplæring og brukarstøtte i saksbehandling Sikre at oppfølging av meldingar vert etterspurt på leiarnivå.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Ta ut statistikk i Synergi/ følgje utviklinga på saksbehandlingstid.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	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			2A, 2B	
	Liten				
	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 opplev at det ikkje er trygt å melde frå om uønskte hendingar

2 B Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidsdagen
Delmål 3 HSO		Talet på tilsetteskadar er redusert
Kritisk suksessfaktor 3A		Det er gjennomført målretta førebyggjande arbeid for å redusere tilsettskadar, basert på risikovurdering, målretta tiltak og evaluering av desse.
Risikoelement 3A		Det er ikkje gjennomført målretta førebyggjande arbeid for å redusere tilsettskadar, basert på risikovurdering, målretta tiltak og evaluering av desse.
Tertial 1	No-situasjon	Talet på meldingar aukar fordi meldekultur har fokus. Gjennom risikovurdering og systematisk arbeid skal talet på reelle skadar reduserast. Første prioritet er å redusere talet på alvorlege skadar. Leiarfokus er den avgjerande faktoren.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar
	Tiltak	Bruk av risikovurderinga i Synergi vil synleggjere graden av alvor for leiarlinja og gjere det lettare å følgje opp. Gjennomføre leiar sin gjennomgang på alvorlege tilsetteskadar, sørgje for at PDSA-sirkelen vert slutta. Vurdere internrevisjon på oppfølging av alvorlege tilsetteskadar ved utgangen av året.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk-/områdedirektørar har ansvar for leiarfokus og at PDSA-sirkelen vert slutta. Alle saksbehandlarar har ansvar for bruk av risikovurdering i Synergi. Opplæring er tilgjengeleg på førespurnad frå Systemansvarleg for Synergi.
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering av alvorlege tilsetteskadar til klinikk-/område direktør. Eventuell internrevisjon ved nyttår 2018.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 3B		Einingane har analysert årsaksforholda , identifisert og sett i verk tiltak til dei uønskte hendingane.
Risikoelement 3B		Einingane har ikkje analysert årsaksforholda, identifisert eller sett i verk tiltak til dei uønska hendingane
Tertial 1	No-situasjon	Årsaksanalyse har i liten grad vore utført i Synergi. Analyse bør gjennomførast for å gjere tankeøvinga m.o.t. å kartlegge årsakar. Når årsakene er avklart kan ein i større grad sette inn målretta tiltak.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektør
	Tiltak	Analyse av årsaksforholda til uønska hendingar der tilsette er blitt skada. Gjennomføring av tiltak basert på identifiserte årsakar.
	Tiltaksansvarleg	Seksjons- og funksjonsleiarar

	Kontrollaktivitet	Statistikk for gjennomførte årsaksanalyser i Synergi for tilsetteskadar i klinikken.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 3 A Det er ikkje gjennomført målretta førebyggjande arbeid for å redusere tilsettskadar, basert på risikovurdering, målretta tiltak og evaluering av desse.
- 3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda, identifisert eller sett i verk tiltak til dei uønskte hendingane

Styringsmål 4		Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
Delmål 1 KE		Det er høgare kostnadsvekst innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 1A		I årsbudsjett 2019 og langtidsbudsjett er kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Risikoelement 1A		I årsbudsjett 2019 og langtidsbudsjett er ikkje kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Tertial 1	No-situasjon	I langtidsbudsjett 2018-2022 legg opp til ein auke i psykisk helsevern og TSB frå 30,7% i 2018 til 31% i 2022. Tilsvarande er det lagt opp til ein reduksjon innan somatikk frå 69,3% i 2018 til 69% i 2022. Langtidsbudsjett 2019-2023 vil bli ferdigstilt 2 tertial 2018. Årsbudsjett 2019 vil bli ferdigstilt 3tertial 2019.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	- 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. - Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjetttrammer for somatikk. - Iverksetje tiltak i alle klinikker for å overholde årsbudsjett
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	- Kostnadsvekst i års og langtidsbudsjett for psykisk helsevern og TSB
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 1B		Det er høgare kostnadsvekst i rekneskap for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk
Risikoelement 1B		Det er ikkje høgare kostnadsvekst i rekneskap for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk
Tertial 1	No-situasjon	Rekneskap viser at Psykisk helsevern har disponert 31,6% av totalbudsjett i Helse Fonna per 30.04.18. Dette er ein nedgang i forhold til rekneskap 2017 frå 32,3%.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiinga

	Tiltak	- 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 budsjettammer for somatikk. - Ved overforbruk i høve budsjett iverksetje spesifikke innsparingstiltak
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	Rekneskap Psykisk helsevern, TSB og somatikk i 2018 målt mot 2017.
	No-situasjon	
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	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
Sannsynlegheit	Svært stor		1B		
	Stor				
	Moderat				
	Liten		1A		
	Svært liten				

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

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 4, delmål 1					
Konsekvens					
	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynleg	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 Det er ikkje høgare kostnadsvekst i rekneskap for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk

Styringsmål 4		Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
Delmål 2 KE		Det er høgare vekst i årsverk innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 2A		I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Risikoelement 2A		I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Tertial 1	No-situasjon	I Langtidsbudsjett 2018-2022 er det lagt opp til ein reduksjon i årsverk innan somatikk på 6%, mens Psykisk helsevern og TSB har ein auke på 0,34%. Budsjett 2018 legg opp til ein reduksjon i årsverk frå 35,6% til 33,6% av alle årsverk i Helse Fonna HF med ein auke for somatikk frå 64,4% til 66,4%. Langtidsbudsjett 2018-2022 og Årsbudsjett for 2018 ivaretek ikkje at årsverk veksten skal vere høgare innan psykisk helsevern og TSB enn somatikk.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	- 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 budsjetttrammer for somatikk. - Budsjett 2019 må leggje til rette for høgare årsverksvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk. - Langtidsbudsjett 2019-2023 må leggje til rette for høgare årsverksvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk. - Årsbudsjett 2019 må leggje til rette for høgare årsverksvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	- Årsverksvekst i budsjett 2019 og langtidsbudsjett 2019-2023
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
Tiltaksansvarleg		

Tertial 3	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B		Rekneskap viser høgare årsverksvekst innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Risikoelement 2B		Rekneskap viser ikkje høgare årsverksvekst innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
Tertial 1	No-situasjon	Ved utgangen av april 2018 er det ein negativ vekst i årsverk på 3,4% innan Psykisk helsevern og TSB mot ein auke på 1,2% innan somatikk.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - 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 budsjettrammer for somatikk. - Budsjett 2019 må leggje til rette for høgare årsverksvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk. - Langtidsbudsjett 2019-2023 må leggje til rette for høgare årsverksvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	- Årsverk og månadsverk vekst innan somatikk og Psykisk helsevern og TSB i forhold til 2017.
	No-situasjon	
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	No-situasjon	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 4, delmål 2						
---	--	--	--	--	--	--

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

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

Risikoelement

- 1 A I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.
- 1 B Rekneskap viser ikkje høgare årsverksvekst innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.

Styringsmål 4	Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk	
Delmål 3 KE	Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.	
Kritisk suksessfaktor 3A	Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er kortare enn for somatikk	
Risikoelement 3A	Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk	
Tertial 1	No-situasjon	Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er betydeleg lavare enn for somatikk. Per 30.04.18 er ventetid behandla innan Psykisk helsevern vaksne og TSB på henholdsvis 38 og 44 dagar. Innan somatikk er ventetid behandla på 63 dagar
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Innføring av pakkeforløp utgreiing i Psykisk helsevern og TSB - Innføring av pakkeforløp behandling i psykisk helsevern og TSB - Budsjett 2019 må leggje til rette for høgare aktivitetsvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk. - Langtidsbudsjett 2019-2023 må leggje til rette for høgare aktivitetsvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
Kontrollaktivitet	Ventetid behandla for psykisk helsevern og TSB Ventetid behandla somatikk	
T	No-situasjon	

	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 3B		
		Behandler-kapasitet innan BUP-feltet til å nå krav om ventetid behandla på 30 dager
Risikoelement 3B		Manglande behandler-kapasitet innan BUP-feltet til å nå krav om ventetid behandla på 30 dager
Tertial 1	No-situasjon	Ved utgangen av 2017 er ventetid på 33 dager for behandla innan BUP-feltet. Det er store forskjeller mellom dei to BUPane i Helse Fonna der ein imøtegår regionalt krav ved BUP Stord, men ikkje ved BUP Hgsd. Behandlerfaktor er på 1,7 per 10 000 ved BUP Stord og 1,4 ved BUP Hgsd. Per 30.04.18 er ventetid behandla i BUP-feltet på 51dager, BUPStord 30 dager og BUPHgsd 58 dager.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektør Klinikk for Psykisk helsevern
	Tiltak	- Reorganisere poliklinikk for å optimalisere pasientflyt - Innføring av pakkeforløp utgreiing - Innføring av pakkeforløp behandling - Forenkle og standardisere utgreiing - Omprioritere ressursbruk internt i klinikken i samband med langtidsbudsjett og årsbudsjett til BUP-feltet.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør Klinikk for Psykisk helsevern
	Kontrollaktivitet	Ventetid behandla BUP-feltet Behandlerfaktor per 10 000 barnebefolkning.
	No-situasjon	
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 4, delmål 3						
		Konsekvens				
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			3B		
	Moderat					
	Liten					

	Svært liten				3A	
--	-------------	--	--	--	----	--

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

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

Risikoelement

- 1 A Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk
- 1 B Ventetid ventande for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk

Styringsmål 4		Det er høgare vekst i kvart einiskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
Delmål 4 KE		Det er høgare vekst i aktivitet innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 4A		Det er høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjet og årsbudsjet
Risikoelement 4A		Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjet og årsbudsjet.
Tertial 1	No-situasjon	I langtidsbudsjet 2018-2022: I poliklinikk er det lagt opp til ein forsiktig auke i Psykisk helsevern og TSB frå 38,2% i 2018 til 38,3% i 2022. For somatikk er det lagt opp til ein forsiktig nedgang frå 61,8% i 2018 til 61,7% i 2022. Aktivitetsbudsjet i langtidsbudsjet 2018-2022 imøtegår kravet om høgare vekst i psykisk helsevern og TSB. Langtidsbudsjet 2019-2023 vil vere ferdig i 2 tertial, mens årsbudsjet 2019 vil vere ferdig i 3 tertial.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiinga

	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmf samhandlingsreformen. - Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjettrammer for somatikk. - Utnytte eksisterande kapasitet innan psykisk helsevern og TSB betre gjennom god planlegging av drift/optimalisere pasientflyt.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	Aktivitetsutvikling for poliklinisk behandling og døgnbehandling i somatikk, psykisk helsevern og TSB i års og langtidsbudsjett
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 4B		Det er høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2018
Risikoelement 4B		Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2018
Tertial 1	No-situasjon	Per 30.04.18 har det vore ein vekst på 0,6 % for poliklinikk innan psykisk helsevern og TSB mot 2,1 % innan somatikk i forhold til 2017.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmf samhandlingsreformen. - Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjettrammer for somatikk. - Utnytte eksisterande kapasitet innan psykisk helsevern og TSB betre gjennom god planlegging av drift/optimalisere pasientflyt.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga
	Kontrollaktivitet	- Rekneskap/faktisk aktivitetsutvikling for poliklinisk behandling og døgnbehandling i somatikk, psykisk helsevern og TSB.
	No-situasjon	
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 1 A Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjett og årsbudsjett.
- 1 B Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2018

Styringsmål 5	Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga.
Delmål 1 AKF	Det skal ikkje vera korridorpatientar
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	<p><u>Januar 2018</u> Medisinsk klinikk: 239 Kirurgisk klinikk: 86 Klinikk psykisk helsevern: 2 Somatisk klinikk, Stord: 32</p> <p><u>April 2018</u> Medisinsk klinikk: 122 Kirurgisk klinikk: 63 Klinikk psykisk helsevern: 3 Somatisk klinikk, Stord: 27</p> <p>Det har vore ein stor pasientstraum på medisinske sengepostar første tertial 2018, det er hovudsakleg på desse postane ein har hatt korridorpasientar. Det har vore til dels mange tilfelle av influensa og behov for isolering/einerom. Mangel på einerom er ei av dei største enkeltårsakene til at pasientar blir liggande på korridor. Ferdigbehandla pasientar som ventar på plass i kommunen, er ei anna årsak. Foretaket har utarbeida klare retningslinjer for å unngå korridorpasientar, retningslinjene viser til tiltak både på seksjonsnivå, mellom klinikkar og sjukehus og i samhandling med kommunane. Ein er bevisst risikoen ved å ha pasientar på korridor, derfor vert det jobba kontinuerleg med tiltak på alle nivå for å avgrense antal korridorpasientar.</p>
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør for kvar klinikk
	Tiltak	Rutine for å unngå overbelegg og korridorpasientar, denne inneheld tiltak både seksjonsvis, samt mellom klinikkar og sjukehus i foretaket. Snu pasientforløp frå døgn til dag Vurderingskompetanse i akuttmottak Samhandling internt og eksternt Nytte observasjonssenger Forbetringsarbeid knytt til pasientforløp Forbetringsarbeid knytt til å få meir effektive interne beslutningspunkt
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar og linjeleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapport ledige senger, virksamhetsrapport
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	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	Pr. januar 2018: totalt 298 døgn fordelt på 106 pasientar Pr. 30. April 2018: totalt 147 døgn fordelt på 53 pasientar
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	På strategisk nivå: Generell relasjonsbygging med kommunar i opptaksområda Nytte aktuelle samhandlingsfora På operativt nivå: Tidleg identifisering for behov og påfølgande gjennomføring av nettverksmøte Forbetringsarbeid knytt til utskrivingsrutiner for å unngå reinnleggingar
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør og linjeleiarar
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering
Tertial 1	No-situasjon	

	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 5, delmål 1						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			1B	1A	
	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 2018
Delmål 1 JHF	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	Helse Fonna har eit overforbruk av personalkostnader på 8,8 MNOK dei fyrste fire månadane. Det er brukt både meir månadsverk, innleie og overtid enn budsjettet.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Nivå 2 leiarar
	Tiltak	Kontinuerlig oppfølging av resultat, budsjettavvik, effektuere tiltak og identifisere nyt tiltak i seksjonane
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2 og nivå 3 leiarar
	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	Det er i fyrste tertial brukt 3,7 MNOK mindre i medikament enn budsjettet. Innsparinga er på H-reseptlegemiddel.
	Sannsynlegheit	Moderat
	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 reseptskrivande 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	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

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

Oversiktstabell over styringsmål, delmål, risikoelement og risiko for Helse Fonna 2018

Styringsmål 1	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2018	1 Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen	1 A Oppgåvedeling og ansvar mellom programleinga for pasienttryggleik (stab) og leiarkinja er ikkje avklarte			
		1 B At kvar leiar og medarbeidar ikkje har eit eigarforhold til innsatsområda			
	2 Tiltak i programmet er implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje	2 A Medarbeidarane har ikkje eigarforhold til arbeidsprosessor og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet			
		2 B At pasientar ikkje har ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn og utskrivning.			
Styringsmål 2	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2018 (samanlikna med 2017) Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan fire år (2021)	1 Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. mellom anna 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 opp	2 A Pasientforløpa for elektive pasientar ikkje er godt planlagde			
		2 B Ikkje alle pasientar symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket			
	3 Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene	3 A Oppstart på operasjonsstovene er forseinka			
		3 B At fleire pasientar ikkje får dagtilbod i staden for innlegging			
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 HMS-strategien er ikkje forankra i leiarkinja gjennom oppfølging av HMS-handlingsplanen i leiarmøta og personalmøta			
		1 B Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar			
		1 C Medarbeidarar er ikkje involvert i risikovurdering og gjennomføring av tiltak for å førebygge vald og truslar			
	2 Det er lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjent for alle leiarar og medarbeidarar	2 A Medarbeidarane opplev at det ikkje er trygt å melde frå om uønskte hendingar			
		2 B Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar			
	3 Talet på tilsetteskadar er redusert	3 A Det er ikkje gjennomført målretta førebyggjande arbeid for å redusere tilsetteskadar, basert på risikovurdering, målretta tiltak og evaluering av desse			
		3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda, identifisert eller sett i verk tiltak til dei uønskte hendingane			

Styringsmål 4	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk	1 Det er høgare kostnadsvekst innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	1 A I årsbudsjett og langtidsbudsjett er ikkje kostnadsveksten høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk.			
		1 B Det er ikkje høgare kostnadsvekst i rekneskap for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk			
	2 Det er høgare vekst i årsverk innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	2 A I årsbudsjett og langtidsbudsjett er vekst i årsverk ikkje høgare innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk			
		2 B Rekneskap viser ikkje høgare årsverksvekst innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk			
	3 Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	3 A Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk			
		3 B Manglande behandler-kapasitet innan BUP-feltet til å nå krav om ventetid behandla på 30 dagar			
	4 Det er høgare vekst i aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	4 A Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjett og årsbudsjett			
		4 B Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2018			

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 2018	1 Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett	1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme			
		1 B Medikamentkostnader er ikkje i tråd med budsjett			