

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Fonna HF
Dato: 16.05.19
Frå: Administrerende direktør
Sakshandsamar: Olav Klausen
Saka gjeld: Risikorapportering første tertial

Styresak 25/19

Styremøte 23.05.19

3 vedlegg

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Fonna HF tar risikorapportering for første tertial til etterretning og ber administrerende direktør arbeide for å redusere risiko der den er for høg.
2. Styret ber administrerende direktør rapportere på risiko for andre tertial 2019 med oversiktstabell og styresak i september 2019

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 11. desember 2018 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2018:

1. Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2019
2. Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2019 (samanlikna med 2018). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan fire år (2021)
3. HMS er ein sjølvstøtt del av arbeidsdagen
4. Den gylne regel må innfriast. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
5. Utbyggingsprosjekt skal gjennomførast i samsvar med dei føresetnadane som ligg til grunn for gjennomføring av investeringa

Leiargruppa handsama arbeidet med risikostyring i januar 2019. 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:

6. Sikre god kvalitet og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga
7. Helse Fonna skal halde budsjettet for 2019

2 av 26 risikoelement er grønne ved rapportering for første tertial 2019.

20 risikoelement er gule.

4 risikoelement er raude.

To av dei raude elementa gjeld den gylne regel, at veksten i kostnader og årsverk ikkje er høgare innan psykisk helsevern og TSB enn innafor somatikken. Eitt av tiltaka er at utvikling av nye tenestetilbod innan somatikken må skje innanfor eksisterande budsjetttrammer.

Eitt gjeld personalkost som ikkje er i samsvar med budsjett. Tiltak er mellom anna at personalkostnadane blir følgt opp gjennom styrings- og rapporteringsprosessar.

Eitt gjeld samstemming av legemiddellister ved inn- og utskriving. Det er sett i gang tiltak i samband med pasienttryggleiksprogrammet.

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

Matrise

Oversiktstabell

Brev frå Helse Vest

Helse Bergen HF
 Helse Stavanger HF
 Helse Fonna HF
 Helse Førde HF
 Helse Vest IKT AS
 Sjukehusapoteka Vest HF

Dykkar ref:
«REF»

Vår ref:
2019/31 - 141/2019

Sakshandsamar:
Kristin Osland Lexow 51963800

Dato:
09.01.2019

Felles risikostyringsmål 2019

Styret i Helse Vest RHF vedtok i styremøte den 11. desember 2018 følgjande felles mål med delmål for risikostyring i 2019 (sak 134/18):

Felles risikostyringsmål for 2019		
Styringsmål	Delmål	
1	<p>Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2019.</p>	<p>1. Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2019 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.</p> <p>2. Tiltak i programmet er implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje.</p>
2	<p>Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2019 (samanlikna med 2018). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan 2021.</p>	<p>1. Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).</p> <p>2. Arbeid om variasjon i mellom anna ventetid og kvalitet, der målet er å lære av dei einingane som gjer det best i landet, er starta opp.</p> <p>3. Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.</p>
3	<p>HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen.</p> <p>(Dette styringsmålet gjeld også Sjukehusapoteka Vest HF og Helse Vest IKT AS)</p>	<p>1. HMS-strategi for føretaksgruppa Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette er sett i verk.</p> <p>2. Det er lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskete hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjent for alle</p>

		leiarar og medarbeidarar.
		3. Talet på tilsetteskadar er redusert samanlikna med tal for 2017.
4	Den gylne regel må innfriast. 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 kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p> <p>3. Det er høgare vekst i aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.</p>
5	Utbyggingsprosjekt skal gjennomførast i samsvar med dei føresetnader som ligg til grunn for vedtak om gjennomføring av investeringa.	<p>1. Prosjekt skal gjennomførast innanfor dei økonomiske mål som er satt for prosjektet.</p> <p>2. Det skal ikkje vere brot på reglane om sosial dumping eller anna arbeidslivskriminalitet.</p>

Kommentarar

Styret vedtok å vidareføre dei same fire felles styringsmåla med delmål for sjukehusføretaka for 2018 også i 2019.

Styret i Helse Vest ønskjer at Sjukehusapoteka Vest HF også i 2019 skal gjere ei risikovurdering knytt til at medisinlager ikkje går tom for nødvendige medisinar (styresak 106/17).

Alle sjukehusføretaka i Helse Vest gjennomfører større utbyggingsprosjekt. Det er viktig at desse prosjekta blir gjennomført i samsvar med dei føresetnadene som er lagt til grunn ved vedtak om gjennomføring av investeringane. Styret i Helse Vest har av den grunn vedteke at det skal formulerast eit femte risikostyringsmål knytt til risikovurdering av desse byggeprosjekta.

Kort om styringsmåla

Styringsmål 1 er ei vidareføring frå 2016, 2017 og 2018. Styringsgruppa for Program for pasienttryggleik i Helse Vest bestemte i møte den 1.oktober 2018 at aktivitetane i Program for pasienttryggleik skal førast vidare på dagens nivå også ut 2019. Dette inneber at programperioden er utvida ut 2019. Det er framleis uløyste oppgåver i program for pasienttryggleik i Helse Vest knytt til både dei overordna målsetjingane om kultur og varige strukturar, og oppgåver innan dei konkrete innsatsområda.

Styringsmål 2 er basert på krav og føringar gitt gjennom oppdragsdokument. Samla gjennomsnittleg ventetid ligg i september 2018 på same nivå som i 2017. Det nasjonale

kravet frå Helse- og omsorgsdepartementet seier at ventetida skal vere under 50 dagar i gjennomsnitt innan 2021, slik at styringsmålet vidareførast frå 2018 til 2019.

Styringsmål 3 er og ei vidareføring frå 2018, definert med basis i styret i Helse Vest sitt ønskje om eit felles mål 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 2019, der rusbehandling og psykisk helsevern kvar for seg skal ha ein årleg vekst som er høgare enn vanleg sjukehusbehandling knytt til ventetid, aktivitet og kostnad. For å sikre at dette no blir gjennomført, foreslår administrerande direktør at kravet også i år blir lagt ned på kvart einskild helseføretak.

I føretaksgruppa er det etablert ein betydeleg investeringsportefølje, og det blir nå gjennomført større utbyggingsprosjekt i alle sjukehusføretaka. Styringsmål 5 heng saman med den risiko som er knytt til gjennomføring av denne porteføljen. Helseføretaka må sikra at prosjekta er organisert og styrt slik at utbygginga kan gjennomførast innan kostnadsramma, med forventa kvalitet og slik at det ikkje blir brot på reglane om sosial dumping eller anna arbeidslivskriminalitet. Ved behov er det forventa at føretaka gjer nødvendige justeringar undervegs i prosjektperioden.

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 medisinalar 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, og 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 i Helse Vest til grunn for arbeidet med den årlege risikostyringa, og at risikoreduserande tiltak blir planlagt og sett i verk på område med uakseptabel risiko.

Rapportering

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

Vennleg helsing



Herlof Nilssen
Administrerende direktør



Ivar Eriksen
eigardirektør

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 2019
Delmål 1		Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2019 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.
Kritisk suksessfaktor 1A		Leiar er kjent med område med høg risiko og arbeider aktivt for å redusere risikoen
Risikoelement 1A		Leiar er ikkje kjent med område med høg risiko og arbeider aktivt for å redusere risikoen
Tertial 1	No-situasjon	Leiar bruker og følgjer aktivt opp mellom anna kvalitetsindikatorar, rapportar i styringsportalen og resultat frå kvalitetsregistre. Jamleg oppfølging av status i den årlege leiingas gjennomgang.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Linjeleiinga
	Tiltak	Leiingas gjennomgang. Kvalitetsutvalet sitt arbeid med mellom anna synergimeldingar. Rapporteringsmøter i linja.
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiinga med støtte av fag- og føretaksutvikling
	Kontrollaktivitet	Rapporteringsmøter, leiingas gjennomgang, følgje med på resultat på til dømes kvalitetsindikatorar og kvalitetsregistre.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 1B		At leiar og medarbeidar har eit fokus på å lære av uønskte hendingar og bidrar til læring på tvers
Risikoelement 1B		At leiar og medarbeidar ikkje har eit fokus på å lære av uønskte hendingar og bidrar til læring på tvers
Tertial 1	No-situasjon	Leiar og medarbeidar har fokus på å lære av uønskte hendingar, men manglar støtteverktøy for læring på tvers. Kvalitetsutvalet har fokus på saker med læringsverdi for andre enn dei som var involvert i hendinga.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Linjeleiinga
	Tiltak	Fokus på å melde om uønskte hendingar. Behandle meldingar om uønskte hendingar og sikre effektive tiltak. Involvere aktuelle fagmiljø i oppfølging av hendingar og tiltak som er sette i verk. Utvikle og forbetre støtte i e-handbok for læring på tvers. Samarbeid mellom HMS og pasienttryggleik. Referat frå kvalitetsutvalet er tatt opp i føretaksleiinga og blir sendt på e-post til klinikkdirektørane. Kvalitetsblogg ved fagdirektør.
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiinga med støtte av fag- og føretaksutvikling.
	Kontrollaktivitet	Følgje opp saksbehandling i synergi.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	

Tertial 3	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 1 A Leiar er ikkje kjent med område med høg risiko og arbeider aktivt for å redusere risikoen
- 1 B At leiar og medarbeidar ikkje har eit fokus på å lære av uønskte hendingar og bidrar til læring på tvers

Styringsmål 1	Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2019
Delmål 2	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 stor variasjon mellom ulike einingar i kor stor grad medarbeidarane har eit eigarforhold til arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Linjeleiinga
	Tiltak	Fokus i rapporteringsmøter. Rettleiing og støtte frå rådgjevar i kvalitet og pasientsikkerhet.
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiinga/kvalitet og pasientsikkerhet
	Kontrollaktivitet	Følgje opp måloppnåing ved rapportar i styringsportalen, etterspør i rapporteringsmøter i linja.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 2B	At pasientar 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	Ved inntak blir det gjort anamnese på aktuell legemiddelbruk, men alle pasientar får ikkje samstemming av legemiddelliste ved inn- og utskriving.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Det er i gang eit arbeid ved Klinikk somatikk Stord for å sikre pasientane ei oppdatert og samstemt legemiddelliste. Arbeidet har mellom anna krevd opplæring i bruk av Meona. Medarbeidar i klinikken er frikjøpt i deler av stillinga i 2019 for å følgje arbeidet. Helse Fonna deltek i regional ressursgruppe for legemiddelsamstemming.
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiinga/ kvalitet og pasientsikkerhet
	Kontrollaktivitet	Revisjonar, fokus i rapporteringsmøter i linja, oppfølging av prosjekt ved Klinikk somatikk Stord.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 1, delmål 2						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	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 utskrivning.

Styringsmål 2		Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2019 (samanlikna med 2018). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan 2021.
Delmål 1		Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. mellom anna pakkeforløp kreft).
Kritisk suksessfaktor 1A		Alle pasienter med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket
Risikoelement 1A		Ikkje alle pasientar med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket
Tertial 1	No-situasjon	Ca 100 pasientar med symptom innlagd jan-mars, dei aller fleste kjem direkte til sjukehus. 9 av desse 100 har fått trombolysebehandling
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektør medisinsk klinikk

	Tiltak	Kampanje befolkning. Klargjere rutinar slag ambulansarbeidarar
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Gjennomgang utvikling ved registrering hjerneslagregister
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 3	Kontrollaktivitet	
	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	Informasjon/opplæring av pasientar er i ulik grad integrert i forløp, er ulikt frå fagområde til fagområde. Lite bevisstheit om rutine, manglande vurdering på kva som bør være individuell eller gruppebasert opplæring på fleire fagområde.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	
	Tiltak	Rutine er til revisjon. Nytt LMS til utvikling av program.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Internrapportering kvar seksjon
	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 3	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	

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

Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 1					
---	--	--	--	--	--

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

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

Risikoelement

- 1 A Ikkje alle pasientar med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket
- 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 2019 (samanlikna med 2018). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan 2021.
Delmål 2		Arbeid om variasjon i mellom anna ventetid og kvalitet, der målet er å lære av dei einingane som gjer det best i landet, er starta opp.
Kritisk suksessfaktor 2A		Pasientforløpa for elektive pasientar er standardiserte og godt planlagde
Risikoelement 2A		Pasientforløpa for elektive pasientar er ikkje standardiserte og godt planlagde
Tertial 1	No-situasjon	Føretaket har utarbeida og vil framleis ha fokus på etablering av standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer. Dette gjeld også pasientforløp på tvers av kommune- og spesialisthelseteneste.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Gjennomgang av pasientforløp internt på enkelteiningar og klinikkar. Samordne forløp innan enkeltfagområder på tvers av sjukehus. Samarbeida med kommunar om forløp som går på tvers av tenestenivå.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar (klinikkvise forløp) og fagdirektør (forløp på tvers av klinikkar og sjukehus)
	Kontrollaktivitet	Leiinga sin gjennomgang
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	

	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 2B	Optimal timetildeling blir nytta for å avskaffe bruk av tentative timar.
	Risikoelement 2B	Optimal timetildeling blir ikkje nytta for å avskaffe bruk av tentative timar.
Tertial 1	No-situasjon	Fleire einingar har avskaffa bruken av tentative timar. I andre einingar er det sett i verk tiltak for å avskaffe ordninga. Det er månadlege rapporteringar knytt til Alle møter, der bruk av tentative timar og planleggingshorisont for timetildeling er tema.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Avansert oppgaveplanlegging av ressursar med planleggingshorisont mellom 6 og 9 månader. God informasjon i innkallingsbrev og påminning om time via sms for å redusere tal pasientar som ikkje møter til time.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar
	Kontrollaktivitet	Månadlege rapporteringsmøter Alle møter
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					
	Moderat			2A, 2B		
	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 Optimal timetildeling blir ikkje nytta for å avskaffe bruk av tentative timar.

Styringsmål 2		Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2019 (samanlikna med 2017). Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan 2021.
Delmål 3		Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene
Kritisk suksessfaktor 3A		At kvar klinikk og kvar eining har utarbeidd mål og gevinstrealiseringsplan for alle møter programmet
Risikoelement 3A		At kvar klinikk og kvar eining ikkje har utarbeidd mål og gevinstrealiseringsplan for alle møter programmet
Tertial 1	No-situasjon	Det blei i januar satt overordna mål for føretaket av administrerende direktør. Kvar klinikk har i februar satt sine mål og dei fleste einingar har satt mål for 2019. I 2019 blir det satt et særleg fokus på at alle einingar skal bruke avansert oppgaveplan der langtidsplanlegging skal vere i fokus. Helse Fonna følger anbefalingane i det regionale prosjektet Vel planlagt og har etablert ei prosjektgruppe som skal gjennomføre ein gjennomgang av metodane som ligg i avansert oppgaveplan på alle einingane i føretaket. Det utarbeidast ein framdriftsplan i kvar klinikk. Alle einingane skal planlegge i ein horisont på 6-9 månader til einkvar tid. Tal tydar på at det er svært få einingar som gjer det over tid.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirrektørar
	Tiltak	Bruke rapporteringsmøtar til å gå gjennom nøkkeltall. Utarbeide tiltaksplan i dei eingane som ikkje når målsettingane. Ha særleg fokus på tentative timar og langtidsplanlegging.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Månadlege tall
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Kontrollaktivitet		

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Kritisk suksessfaktor 3B	Føretakets ressursar blir nytta på tvers av sjukehusa
	Risikoelement 3B	Føretakets ressursar blir ikkje nytta på tvers av sjukehusa
Tertial 1	No-situasjon	<p>Pasientar opplev ulike ventetider i føretaket avhengig av kva for eit sjukehus dei blir tilvist til. I dei fagområda som driv verksemd i fleire sjukehus bør det vere ujamna ventetid. Det gjeld særleg generell kirurgi, gynekologi, urologi og ortopedi innan kirurgiske fagområder. Innafor medisinske fagområder gjeld det hjartemedisin, lungemedisin, endokrinologi og nefrologi. I dag er det urologar tilsett i urologisk seksjon ved Haugesund sjukehus som vurderer alle tilvisingar av urologiske pasientar, men det er ulike ventelistar på sjukehusa. Urologane har poliklinikk og opererer både på Stord og i Haugesund.</p> <p>Det er lite samhandling innan ortopedi og gynekologi. Av dei generell kirurgiske pasientane som blir tilvist til Haugesund blir fleire vidare sendte til Odda sjukehus. Det gjeld særleg varicepasientar og pasientar med mindre generell kirurgiske problemstillingar som benigne utvekst og tåneglar. Det har også vært eit samarbeid om hemorridepasientar og brokkpasientar mellom dei to sjukehusa, men ingen felles ventelistar. For dei indremedisinske fagområda er det eit tett samarbeid om behandlinga av nyrepasientar sjølv om det ikkje er felles ventelistar. Dei andre fagområda jobbar stort sett kvar for seg. Dei to siste åra har føretaket fått felles ventelistar for pakkeforløp innan gatrectalcancer og lungecancer. Her er det tett samhandling mellom klinikkane.</p>
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Innføre felles ventelistar Lik bruk av prioriteringsveileidar Regelmessige møtar mellom fagfolk på tvers av sjukehusa
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar, seksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportar om ventetid gjennomgås på rapporteringsmøtar
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			3A, 3B		
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 2, delmål 3						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	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 kvar klinikk og kvar eining ikkje har utarbeidd mål og gevinstrealiseringsplan for alle møter programmet
- 3 B Føretakets ressursar blir ikkje nytta på tvers av sjukehusa

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen
Delmål 1		HMS strategi for føretaksgruppa i Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot medarbeidarar er sett i verk
Kritisk suksessfaktor 1A		Leiarar og medarbeidarar har eigarforhold til HMS-strategien og har utarbeidd handlingsplan for det førebyggjande HMS-arbeidet i eininga.
Risikoelement 1A		Leiarar og medarbeidarar har ikkje eigarforhold til HMS-strategien og har ikkje utarbeidd handlingsplan for det førebyggjande HMS-arbeidet i eininga
Tertial 1	No-situasjon	Oppfatning av at HMS-arbeidet skal vere risikobasert og førebyggjande har i stor grad sett seg i organisasjonen. Arbeidet med utarbeiding av risikovurdering og HMS-plan som oppfølging av kartlegginga ForBedring er i gang.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD/HR-dir.
	Tiltak	Utarbeide handlingsplan basert på kartlegging og risikovurdering. Opplæring og trening i risikovurdering.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk-/områdedirektørar
	Kontrollaktivitet	Klinikk-/områdedir. må kontrollere at risikovurdering er gjennomført og handlingsplan er utarbeida for sine einingar. Desse skal, i følgje rutinen, vere dokumentert på I:.

Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 1B		Helse Fonna har ein heilskapleg plan, basert på dei klinikkvise planane, for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar.
Risikoelement 1B		Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan, basert på dei klinikkvise planane, for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar
Tertial 1	No-situasjon	Dei ulike klinikkane har sin plan for førebygging av vald og truslar, basert på risikovurderinga i den ein skilde klinikk. Det vert arbeid med å ha ein heilskapleg plan for å førebygge vald og truslar mot medarbeidarar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD/HR-dir.
	Tiltak	Utarbeide samla oversikt over risikosituasjonen og handlingsplan per klinikk/eining (jfr. HMS-handlingsplane). Vidareføre arbeidet med å utarbeide samla heilskapleg plan – etablere arbeidsgruppe for føretaket.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk- og områdedirektørar
	Kontrollaktivitet	Dokumentasjon av risikovurderingar og handlingsplanar 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					
	Svært liten					

Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 3, delmål 1						
		Konsekvens				
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynleg	Svært stor					

Stor						
Moderat						
Liten						
Svært liten						

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

Risikoelement

- 1 A Leiarar og medarbeidarar har ikkje eigarforhold til HMS-strategien og har ikkje utarbeidd handlingsplan for det førebyggjande HMS-arbeidet i eininga
- 1 B Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan, basert på dei klinikkvise planane, for arbeidet med risikostyring/førebygging av vald og truslar

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvsagt del av arbeidsdagen
Delmål 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.
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	I ForBedrings-undersøkinga hadde Helse Fonna ein gjennomsnittleg skåre på 82% i 2019, mot 80% i 2018 under temaet Tryggleiksklima. I 97 % av einingane har 60% av medarbeidarane svara «heilt einig» eller «litt einig» på spørsmål knytt til teamarbeid og tryggleiksmiljø. Tilsvarande tal i 2018 var 91%. Vi har dermed hatt en god utvikling i indikatoren på tryggleik. Talet på meldingar om ansattskader/HMS-hendingar har auka frå 496 i 2017 til 769 til 2018.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar
	Tiltak	Risikoeigar initierer at synergimeldingar skal synleggjerast og diskuterast i leiarmøter og personalmøter.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk- og områdedirektørar, seksjons- og funksjonsleiarar
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Risikoeigar følgjer opp om synleggjering og diskusjon blir gjennomført i seksjonar og einingar. Følgja utvikling i tal meldte saker på HMS/ansattskadar.
	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	

	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B		
Risikoelement 2B		Det er tilstrekkeleg tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar
Tertial 1	No-situasjon	I 2018 var 66% av HMS-hendingar/ansattskadar avslutta innan 60 dagar. Det er ein nedgong frå 68% i 2017. Det har i regi av AMU våren 2019 vore konkurranse i føretaket knytt til opplæring – gjennomføring av e-læringskurs i Synergi for å få auka fokus på meldekultur.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektørar og eining for kvalitet og pasientsikkerhet
	Tiltak	Opplæring og brukarstøtte i saksbehandling. Systematisk tilbakemelding til leiarar om status saksbehandlingstid.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiarar og funksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Ta ut statistikk i Synergi/ følgje utviklinga på saksbehandlingstid.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

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

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

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

Risikoelement

- 2 A Medarbeidarane opplev at det ikkje er trygt å melde frå om uønskete hendingar
- 2 B Det er ikkje tilstrekkelig tempo i saksbehandling og tilbakemelding til meldar

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen
Delmål 3		Talet på tilsetteskadar er redusert samanlikna med tal for 2017
Kritisk suksessfaktor 3A		Leiarar arbeider aktivt saman med medarbeidarane for å redusere skaderisiko på dei områda der risiko er identifisert og prioritert.
Risikoelement 3A		Leiar arbeider ikkje aktivt saman med medarbeidarane for å redusere skaderisiko på dei områda der risiko er identifisert og prioritert
Tertial 1	No-situasjon	482 tilsettskadar er registrert i 2018, og av desse er det registrert 3 svært alvorlege og 33 alvorlege. Risiko har fokus i arbeidet med oppfølging av ForBedrings-undersøkinga. Arbeidet skal gjerast i samarbeid mellom leiar og medarbeidarar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk-/områdedirektørar
	Tiltak	Leiarlinja må etterspør risikovurdering og tiltak for å redusere skaderisiko
	Tiltaksansvarleg	Klinikk-/områdedirektør, seksjon- og funksjonsleiarar
	Kontrollaktivitet	Følgje utviklinga i registrerte skader – særleg svært alvorlege og alvorlege hendingar/skader.
Tertial 2	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 3B		Einingane har analysert årsaksforholda, identifisert og sett i verk tiltak til dei uønskete hendingane.
Risikoelement 3B		Einingane har ikkje analysert årsaksforholda, identifisert eller sett i verk tiltak til dei uønskete hendingane

Tertial 1	No-situasjon	Årsaksanalyse er gjort obligatorisk for HMS/ansattskadar, som betyr at talet på registrert analyse er bra. 74% har likevel ført opp kategorien «annet - medvirkande årsaker» som gir mindre informasjon/nytteverdi ift oppfølgingsarbeidet. Det er potensiale for å gjennomføre bedre årsaksanalyser og målrette tiltak, slik at vi i større grad kan forebygge at skaden skjer igjen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikk- og områdedirektør
	Tiltak	Leiar etterspør opplæring for å sikre kunnskap om gjennomføring av årsaksanalyse som grunnlag for val av rett tiltak. På bakgrunn av erfaringar i 2018, informere om betre bruk av verktøyet for årsaksanalyse i Synergi.
	Tiltaksansvarleg	Funksjons- og seksjonsleiar
	Kontrollaktivitet	Klinikkdirektør etterspør gjennomføring av årsaksanalyse og iverksetting av tiltak.
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			3A, 3B		
	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						

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

Risikoelement

- 3 A Leiar arbeider ikkje aktivt saman med medarbeidarane for å redusere skaderisiko på dei områda der risiko er identifisert og prioritert
- 3 B Einingane har ikkje analysert årsaksforholda, identifisert eller sett i verk tiltak til dei uønskte hendingane

Styringsmål 4		Den gylne regel må innfriast. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
Delmål 1		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	Budsjett 2019 legg opp til ein auke i psykisk helsevern og TSB frå 31,4 % i faktisk bruk i 2018 til 32,6 % i 2019. Tilsvarende er det lagt opp til ein reduksjon innan somatikk frå 68,6% til 67,4 % i 2019. Langtidsbudsjett 2022-2025 er ikkje vedteke.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiing
	Tiltak	- Overføring av helsetilbud frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta jmf samhandlingsreformen for å frigjere ressursar i spesialisthelsetenesta. Etter kvart som oppgåver vert overført til kommune helsetenesta omdisponere bruk av ressursar i tråd med styringssignal. - Utvikling av nye tenestetilbud innanfor somatikk må skje innanfor eksisterande budsjetttrammer for somatikk. - Iverksetje tiltak i alle klinikkar for å overhalde årsbudsjett
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiing
	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% av totalbudsjett i Helse Fonna per 31.03.19 mot 31,1% i 2018. Somatikk disponerte 69% mot 68,9% i 2018. Det er altså ein nedgang på 0,1% for psykisk helsevern i høve somatikk frå2018.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiing
	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 budsjettrammer for somatikk. - Ved overforbruk i høve budsjett iverksetje spesifikke innsparingstiltak
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiing
	Kontrollaktivitet	Rekneskap Psykisk helsevern, TSB og somatikk i 2019 målt mot 2018.
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					
	Svært liten			1A		

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						
Sannsynlighet		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 Det er ikkje høgare kostnadsvekst i rekneskap for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk

Styringsmål 4	Den gylne regel må innfriast. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk	
Delmål 2	Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.	
Kritisk suksessfaktor 2A	Ventetid behandla for psykisk helsevern vaksne og rus er kortare enn for somatikk	
Risikoelement 2A	Ventetid behandla for psykisk helsevern vaksne og rus er lengre enn for somatikk	
Tertial 1	No-situasjon	Ventetid behandla for VOP var på 48 dager ved utgangen av april 2019 og på 32 dager innan TSB. Ventetid behandla for somatikk var på 58 dager
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiing
	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 - Gjennomføring av tiltak i «Alle møter» og «Vel planlagt» for å sikre effektiv ressursutnyttelse - Rekruttering og utdanning av spesialister og behandlere i poliklinikk. - Budsjett 2020 må leggje til rette for høgare aktivitetsvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk. - Langtidsbudsjett 2020-2024 må leggje til rette for høgare aktivitetsvekst innan Psykisk helsevern og TSB i forhold til somatikk.
Tiltaksansvarleg	Føretaksleiing	

	Kontrollaktivitet	Ventetid behandla for psykisk helsevern og TSB Ventetid behandla somatikk
Alvorleg	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
Kritisk suksessfaktor 2B		
		Ventetid behandla for psykisk helsevern BUP innfrir regionalt målkrav på 35 dagar
Risikoelement 2B		
		Ventetid behandla for psykisk helsevern BUP innfrir ikkje regionalt målkrav på 35 dagar
Tertial 1	No-situasjon	Ventetid behandla i BUP var på 34 dagar ved utgangen av april 2019
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør psykisk helsevern, Føretaksleiing.
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Innføring av pakkeforløp utgreiing BUP - Innføring av pakkeforløp behandling BUP - Gjennomføring av tiltak i «Alle møter» og «Vel planlagt» for å sikre effektiv ressursutnyttelse ved poliklinikkane. - Rekruttering og utdanning av spesialister og behandlere i poliklinikk. - Budsjett 2020 må leggje til rette for at BUP når målsetning om å disponere 20% av totalbudsjett - Langtidsbudsjett 2020-2024 må leggje til rette for at BUP når målsetning om å disponere 20% av totalbudsjett
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør psykisk helsevern
	Kontrollaktivitet	Ventetid behandla BUP
Tertial 2	No-situasjon	
	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Kontrollaktivitet		
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

Risikomatrise tertial 1 Styringsmål 4, delmål 2						
Konsekvens						
S	a	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk

	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				2B	
	Liten					
	Svært liten				2A	

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

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

Risikoelement

- 2 A Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk
 2 B Manglande behandlar-kapasitet innan BUP-feltet til å nå krav om ventetid behandla på 35 dagar

Styringsmål 4	Den gylne regel må innfriast. Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk
Delmål 3	Det er høgare vekst i aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 3A	Det er høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjet og årsbudsjet
Risikoelement 3A	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 årsbudsjett for 2019 er det lagt opp til ein auke for psykisk helsevern og TSB frå faktisk 34,6% per 30.11.18 til 37,97 % av all poliklinisk aktivitet i Helse Fonna. Dette representerer ein 0,9% auke frå budsjett 2018 til 2019. I forhold til faktiske tal per 30.11.2018 er det lagt opp til ein auke i 2019 på 8,9%. Tilsvarande tal for somatikk er 2,6% auke i høve budsjett for somatikk i 2018 og 1,9% auke i høve rekneskap per 30.11.18. Den Gylne regel er såleis ivareteken i høve budsjett 2019. Langtidsbudsjett for 2020-2024 er ikkje godkjent.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Føretaksleiing
	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 budsjetttrammer for somatikk. - Utnytte eksisterande kapasitet innan psykisk helsevern og TSB betre gjennom god planlegging av drift/optimalisere pasientflyt.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiing
	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 3B		Det er høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2019
Risikoelement 3B		Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2019
Tertial 1	No-situasjon	Poliklinisk aktivitet innan psykisk helsevern hadde ein nedgang på 6,8% for årets fire første månader samanlikna med 2019. Tilsvarande tal for somatikk var ein auke på 0,4%.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiing
	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 budsjetttrammer for somatikk. - Utnytte eksisterande kapasitet innan psykisk helsevern og TSB betre gjennom god planlegging av drift/optimalisere pasientflyt gjennom prosjekta «Alle Møter» og «Vel Planlagt». - Innføring av pakkeforløp psykisk helsevern VOP/BUP/TSB - Rekruttering og utdanning av spesialister og behandlere i poliklinikk.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiing, Klinikkdirtør Psykisk helsevern.
	Kontrollaktivitet	Rekneskap/faktisk aktivitetsutvikling for poliklinisk behandling og døgnbehandling i somatikk, psykisk helsevern og TSB.
Terti	No-situasjon	
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	

Tertial 3	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	

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

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

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 4, delmål 4						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	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 langtidsbudsjetten og årsbudsjetten.
- 1 B Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2018

Styringsmål 5		Utbyggingsprosjekt skal gjennomførast i samsvar med dei føresetnader som ligg til grunn for vedtak om gjennomføring av investeringa
Delmål 1		Prosjekt skal gjennomførast innanfor dei økonomiske mål som er satt for prosjektet
Kritisk suksessfaktor 1A		Byggprosjektet blir styrt innan dei økonomiske rammer som er satt i samsvar med gjennomførte usikkerheitsanalyser m.o.t nødvendig reserve og margin
Risikoelement 1A		Byggprosjektet blir ikkje styrt innan dei økonomiske rammer som er satt i samsvar med gjennomførte usikkerheitsanalyser m.o.t nødvendig reserve og margin
Tertial 1	No-situasjon	Pr mars 2019 styres byggHaugesund2020 innanfor de økonomiske rammer som er satt. Det ble i samspillsfasen tatt i bruk mindre av reserve og margin enn det usikkerhetsanalysen viser. Dette medfører at en har meir i reserve og margin til de faser som nå kommer i prosjektet
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Adm Dir
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Foran hver faseovergang eller viktig hendelse gjøres ny kalkylegjennomgang samt usikkerhetsanalyse gjennomført av 3.part. På denne måten får en en fortløpende kontrollert styring av reserve og margin og styringsmål - Tydelige roller og fullmakter - Månedlige risikogjennomganger med hver delprosjektleder - Månedlig gjennomgang av prosjektets risiko og økonomi saman med økonomidirektør - Ukentlig oppfølgingsmøte med prosjektdirektør og de ulike delprosjekt(ledere) - Stram styring mht omkamper og endringer. - Gjennomført samspillsfase før signering samspillsprotokoll med totalentreprenør
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør ByggHaugesund2020
	Kontrollaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlige risikogjennomganger med hver delprosjektleder - Månedlig gjennomgang av prosjektets risiko og økonomi saman med økonomidirektør - ny kalkylegjennomgang samt usikkerhetsanalyse gjennomført av 3.part. På denne måten får en en fortløpende kontrollert styring av reserve og margin og styringsmål
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
Samsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten				X	
	Svært liten					

Risikomatrise tertial 2 Styringsmål 5, delmål 1						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	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 Byggprosjektet blir ikkje styrt innan dei økonomiske rammer som er satt i samsvar med gjennomførte usikkerheitsanalyser m.o.t nødvendig reserve og margin

Styringsmål 5	Utbyggingsprosjekt skal gjennomførast i samsvar med dei føresetnader som ligg til grunn for vedtak om gjennomføring av investeringa
----------------------	---

Delmål 2		Det skal ikkje vere brot på reglane om sosial dumping eller anna arbeidslivskriminalitet
Kritisk suksessfaktor 1A		ByggHaugesund2020 sikrer at virksomhetene knytt til prosjektet har etablert tilfredsstillende internkontrollsystem for å etterleve Byggherrens SHA-plan (jf Byggherreforskriften), samt bestemmelser gitt i seriøsitetskravet.
Risikoelement 1A		ByggHaugesund2020 sikrer ikkje at virksomhetene knyttet til prosjektet har etablert tilfredsstillende internkontrollsystem for å etterleve Byggherrens SHA-plan (jf Byggherreforskriften), samt bestemmelser gitt i seriøsitetskravet.
Tertial 1	No-situasjon	byggHaugesund2020 har etablert egen HMS plan der et av hovedfokusområdene er oppfølging av bestemmelser gitt i seriøsitetskrav. Byggorganisasjonen har egen ansatt HMS ingeniør med ansvar for oppfølgingen av denne planen. Byggorganisasjonen har gjennomført revisjon av grunntreprenør med hovedfokus seriøsitetskrav, og skal gjennomføre en tilsvarende juni 2019 rettet mot totalentreprenør. Byggherrerevisjon gjennomført av arbeidstilsynet, Brannetat og Haugaland Kraft våren 2019, ingen merknader eller avvik.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Adm Dir
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennom en HMS-strategi som er forankret i byggherreorganisasjonen, skal vi blant annet påse ryddige forhold knyttet til lønnsbetingelser og arbeidsvilkår tilknyttet byggeprosjektet. Det skal vises nulltoleranse for uregelmessigheter knyttet til lønnsforhold og arbeidsvilkår. - Lov om offentlig anskaffelser med tilhørende forskrifter og veiledning benyttes i anskaffelsesprosessen. Tydelige kvalifikasjonsgrunnlag i prekvalifisering, der tilbyder viser økonomisk kapasitet til å gjennomføre oppdraget, lønns- og arbeidsforhold, skatteattester, attest for betalt mva. med videre. Tilsvarende at tilbyder viser til et fungerende internkontrollsystem som ivaretar både kvalitet, tilstrekkelig fagkunnskap, samt HMS. - Seriøsitetskravet er forankret i kontrakt med rutiner for oppfølging og sanksjonering. - Avgrenset bruk av underleverandører (inntil 2ledd) - Adgangskontroll med Arbeidstilsynets HMS-kort, HMSREG og elektronisk mannskapregistrering. - Kontroll av oversiktslister og regelmessig visuell kontroll på byggeplassen - TE- modul 1 (grunnleggende HMS kurs), modul 2 (prosjektspesifikk HMS kurs) - Revisjon av entreprenører med bakgrunn i Seriøsitetskravet - Stikkprøver
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør ByggHaugesund2020
	Kontrollaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Byggherrerevisjon gjennomført av arbeidstilsynet, Brannvesen og Haugaland Kraft - Revisjon gjennomføres av byggherreorganisasjonen av totalentreprenør Juni 2019 - Denne vil følges opp med stikkprøver og evt gjentagende revisjon på et senere tidspunkt. Revisjonstema kan da spisses etter evt funn. - Fortløpende tilgang til elektronisk mannskapsoversikt samt internkontrollsystem til totalentreprenør
	Tertial 2	No-situasjon
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	

Tertial 3	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	Situasjon ved årsslutt	

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

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

Risikomatrise tertial 3 Styringsmål 5, delmål 2						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement

2 A ByggHaugesund2020 sikrer ikkje at virksomhetene knyttet til prosjektet har etablert tilfredsstillende internkontrollsystem for å etterleve Byggherrens SHA-plan (jf Byggherreforskriften), samt bestemmelser gitt i seriøsitetsskravet.

Styringsmål 6		Helse Fonna skal halde budsjettet for 2019
Delmål 1		Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett
Kritisk suksessfaktor 1A		Personalkostnad er i samsvar med tildelt budsjetttramme
Risikoelement 1A		Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme
Tertial 1	No-situasjon	Personalkostnadane ligg på rundt 5 millionar kroner over budsjett kvar månad. Det er største avviket er på løn til faste stillingar.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Nivå 2 leiarar
	Tiltak	Kontinuerlig oppfølging av resultat, budsjettavvik, effektuere tiltak og identifisere nye 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		ISF-inntektene er i samsvar med bestilling frå RHF'et
Risikoelement 1B		ISF-inntektene er ikkje i samsvar med bestilling frå RHF'et
Tertial 1	No-situasjon	ISF-inntektene er 10 millionar kroner etter budsjett, der hovudårsaka er færre døgnopphald
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Nivå 2 leiarar
	Tiltak	Kontinuerlig oppfølging av resultat, budsjettavvik, effektuere tiltak og identifisere nye tiltak i seksjonane
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2 og nivå 3 leiarar
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av ISF-inntektene 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						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	Svært stor			1A		
	Stor					
	Moderat			1B		
	Liten					
	Svært liten					

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

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

Risikoelement

- 1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjettamme
- 1 B ISF-inntektene er ikkje i samsvar med bestilling frå RHF'et

Oversiktstabell over styringsmål, delmål, risikoelement og risiko for Helse Fonna 2019

Styringsmål 1	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2019	1 Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2019 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen	1 A Leiar er ikkje kjent med område med høg risiko og arbeider aktivt for å redusere risikoen			
		1 B At leiar og medarbeidar ikkje har eit fokus på å lære av uønskte hendingar og bidrar til læring på tvers			
	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 arbeidsprosessar og tiltak i pasienttryggleiksarbeidet			
		2 B At pasientar ikkje har ei oppdatert og samstemt legemiddelliste ved inn og utskriving			
Styringsmål 2	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert i 2019 (samanlikna med 2018) Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest innan somatikk er redusert til 50 dagar innan 2021	1 Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. mellom anna pakkeforløp kreft)	1 A Ikkje alle pasientar med symptom på hjerneslag kjem direkte til sjukehusa i helseføretaket			
		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 er ikkje standardiserte og godt planlagde			
		2 B Optimal timetildeling blir ikkje nytta for å avskaffe bruk av tentative timar			
	3 Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene	3 A At kvar klinikk og kvar eining ikkje har utarbeidd mål og gevinstrealiseringsplan for alle møter programmet			
		3 B Føretakets ressursar blir ikkje nytta på tvers av sjukehusa			
Styringsmål 3	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
HMS er ein sjølvsgagt del av arbeidsdagen	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 Leiarar og medarbeidarar har ikkje eigarforhold til HMS-strategien og har ikkje utarbeidd handlingsplan for det førebyggjande HMS-arbeidet i eininga			
		1 B Helse Fonna har ikkje ein heilskapleg plan, basert på dei klinikkvise planane, for arbeidet med risikostyring/førebygging av 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 melder			
	3 Talet på tilsetteskadar er redusert samanlikna med tal for 2017	3 A Leiar arbeider ikkje aktivt saman med medarbeidarane for å redusere skaderisiko på dei områda der risiko er identifisert og prioritert			
		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.
Den gylne regel må innfriast. Det er høgare vekst i kvart einiskild 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 kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	2 A Ventetid behandla for psykisk helsevern og rus er lengre enn for somatikk			
		2 B Ventetid behandla for psykisk helsevern BUP innfrir ikkje regionalt målkrav på 35 dagar			
	3 Det er høgare vekst i aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk	3 A Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i langtidsbudsjett og årsbudsjett			
		3 B Det er ikkje høgare vekst i andel polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk i rekneskap 2019			

Styringsmål 5	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Utbyggingsprosjekt skal gjennomførast i samsvar med dei føresetnader som ligg til grunn for vedtak om gjennomføring av investeringa	1 Prosjekt skal gjennomførast innanfor dei økonomiske mål som er satt for prosjektet	1 A Byggprosjektet blir ikkje styrt innan dei økonomiske rammer som er satt i samsvar med gjennomførte usikkerheitsanalyser m.o.t nødvendig reserve og margin			
	2 Det skal ikkje vere brot på reglane om sosial dumping eller anna arbeidslivskriminalitet	2 A ByggHaugesund2020 sikrer ikkje at virksomhetene knyttet til prosjektet har etablert tilfredsstillende internkontrollsystem for å etterleve Byggherrens SHA-plan (jf Byggherreforskriften), samt bestemmelser gitt i seripisitetetskravet.			

Styringsmål 6	Delmål	Risikoelement	1. ter.	2. ter.	3. ter.
Helse Fonna skal halde budsjettet for 2019	1 Inntekter og kostnader skal være i samsvar med budsjett	1 A Personalkostnad er ikkje i samsvar med tildelt budsjetttramme			
		1 B ISF-inntektene er ikkje i samsvar med bestilling frå RHF'et			