

Risikostyringsmål 1-7 2019 Helse Førde – rapportering 2. tertial:

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 1.1A		Det vert gjennomført pasienttryggleiksvisittar i dei mest aktuelle avdelingane
Risikoelement 1.1A		Det vert ikkje gjennomført pasienttryggleiksvisittar i dei mest aktuelle avdelingane
Tertial 1	No-situasjon	Det er planlagt pasienttryggleiksvisittar i 12 avdelingar i 2019, og til no er det gjennomført i seks avdelingar, og det er lagt ein plan for 2. halvår
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Gjennomføre pasienttryggleiksvisittar
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar for kvalitet og pasienttryggleik
	Kontrollaktivitet	Gjennomførte pasienttryggleiksvisittar
Tertial 2	No-situasjon	Gjennomføring av pasienttryggleiksvisitt går etter planen, og det er planlagt for resten av året slik at det skal gjennomførast opptil 12 visittar.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Følgje plan for pasienttryggleiksvisitt
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar kvalitet og pasienttryggleik
	Kontrollaktivitet	Gjennomførte pasienttryggleiksvisittar
Delmål 2		Tiltak i programmet er implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje.
Kritisk suksessfaktor 1.2A		Leiinga legg til rette for at det blir tid til, og forståing for at det er viktig, å gjennomføre Trygg pleie og NEWS.
Risikoelement 1.2A		Leiinga legg ikkje til rette for at det blir tid til, og forståing for at det er viktig, å gjennomføre Trygg pleie og NEWS.
Tertial 1	No-situasjon	Gjennomføring av screening som føresett i Trygg pleie skjer i svært varierende grad. Målingar vert følgt kvar månad med rapportering til kvar sengepost. NEWS er under innføring, pr 29.04 er alle sengepostar på FSS i gang.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Gjennomføre pasienttryggleiksvisittar, og tilbakemelding av resultat på målingar til avdelingane. Nye tiltak og handlingar for å auke gjennomføringsgrad innanfor området skal forankrast i toppleinga i mai og settast i verk utover haust 2019.

Tertial 2	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar for kvalitet og pasienttryggleik
	Kontrollaktivitet	Indikator Trygg pleie
	No-situasjon	Gjennomføring av screening trygg pleie vert gjort med mindre variasjon enn rapportert førre tertial. Dei fleste avdelingane har no sett i verk i tiltak for sikre etterleving i større grad. Målet om 90% er ikkje nådd, men fleire avdelingar screenar opp mot 80%. Det vert følgd opp med avdelingsvise resultat, etterspurt i linja og tema på pasienttryggleiksvisitt. Det er i tillegg utarbeida eigen handlingsplan for implementering av trygg pleie, NEWS og legemiddelsamstemming, godkjent i føretaksleinga i sept. 2019. Desse handlingsplanane skal først vidare i avdelingsvise handlingsplanar for 2020.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Oppfølging og etterleving av tiltaka i egne handlingsplanar
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar kvalitet og pasienttryggleik /linjeleing
Kontrollaktivitet	Indikator trygg pleie, samt stikkprøvemålingar frå meona når det gjeld NEWS scoring og legemiddelsamstemming.	

Risikomatrise Styringsmål 1						
delmål 1 & 2						
2. tertial						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.2A		
	Liten			1.1A		
	Svært liten					

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. m.a. pakkeforløp kreft).
Kritisk suksessfaktor 2.1A	Psykisk helsevern skapar forståing og entusiasme for innføring av forløp innan rus og psykiatri. DIPS Arena er klar for koding, og koding blir følgd opp i klinikken.
Risikoelement 2.1A	Psykisk helsevern skapar ikkje forståing og entusiasme for innføring av forløp innan rus og psykiatri. DIPS Arena er ikkje klar for koding, og koding blir heller ikkje følgd opp i klinikken.

Tertial 1	No-situasjon	Det er gjennomført opplæring i pakkeforløp Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, samt opplæring for koding i DIPS Arena. Dips Arena pakkeforløp er teken i bruk. . Pakkeforløpskoordinatorar er tilsette og følgjer opp vidare opplæring og informasjon, saman med DIPS Arena. Vi gjennomfører informasjon til kommunane saman med praksiskonsulentar. Det er eit dynamisk innføringsløp som må følgjast tett. DIPS Arena kan førebels ikkje levere lister for kontrollverksemd av koding. Utrekk frå NPR er heller ikkje klart før til hausten. Dette utfordrar vår evne til kvalitetssikring av koding.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Direktør PHV
	Tiltak	Psykisk helsevern gjennomfører planane for innføring av forløp innan rus og psykiatri. Når det ikkje er teknisk gode mogelegheitar for kontroll av koding, har vi auka fokus på vidare opplæring.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør Psykisk Helsevern
	Kontrollaktivitet	Måloppnåing i forløpa, jamfør krav i styringsdokument
Tertial 2	No-situasjon	Det er gjennomført opplæring i pakkeforløp Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, samt opplæring for koding i DIPS Arena. Dips Arena pakkeforløp PHV ikkje klar før i mars. Pakkeforløpskoordinatorar er tilsette og følgjer opp vidare opplæring og informasjon. Vi gjennomfører informasjon til kommunane saman med praksiskonsulentar. Det er eit dynamisk innføringsløp som må følgjast tett. DIPS Arena kan førebels ikkje levere gode nok lister for kontrollverksemd av koding. Dette utfordrar vår evne til kvalitetssikring av koding. Poliklinikkar er godt i gang med implementering av pakkeforløpa. Det er sett ekstra fokus på implementering i døgnpostar hausten 2019
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Direktør PHV
	Tiltak	Psykisk helsevern gjennomfører planane for innføring av forløp innan rus og psykiatri. Det er gjennomført oppfriskningskurs i koding
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør Psykisk Helsevern
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av koding i DIPS Arena. Kontinuerleg rettleiing frå pakkeforløpskoordinatorar
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 2.2 A		Helse Førde nyttar informasjon om variasjon i ventetidene til å redusere dei i 2019
Risikoelement 2.2A		Helse Førde nyttar ikkje informasjon om variasjon i ventetidene til å redusere dei i 2019
Tertial 1	No-situasjon	Ventetider følgjast tett. Kvalitetsindikatorar og ulike registerdata nyttast til å følgje status m.o.t. kvalitet og å setje inn tiltak ved behov.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat

	Risikoeigar	Fagdirektør
	Tiltak	Vekentleg rapportering på ventetid. Månadleg oppfølging i avdelingsmøte.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
	Kontrollaktivitet	Utvikling ventetider
Tertial 2	No-situasjon	Ventetider følgjast som i første tertial. Nokre avdelingar/fagområde har hatt særskilte utfordringar i høve ventetider og fristbrot, og har difor hatt endå tettare oppfølging. Samla sett har Helse Førde til no i år hatt gjennomsnittleg ventetider for somatikken som ligg over målsettinga for 2019 (<56 dagar for behandla), men ventetidene er no på veg ned. Innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling vert målsettingane for ventetider nådde. Kvalitetsindikatorar og andre data vert nytta til å følgje status m.o.t. kvalitet og setje inn tiltak ved behov.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Fagdirektør
	Tiltak	Vekentleg rapportering på ventetid. Månadleg oppfølging i avdelingsmøter.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
	Kontrollaktivitet	Utvikling i ventetider og fristbrot. Utvikling m.o.t. øvrige kvalitetsindikatorar.
	Delmål 3	Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.
Kritisk suksessfaktor 2.3A	Kontaktsenter, Finne Fram, Innsjekk og betaling og Pasientflyt og ressurs vert innførte og gir forventa resultat.	
Risikoelement 2.3A	Kontaktsenter, Finne Fram, Innsjekk og betaling og Pasientflyt og ressurs vert ikkje innførte og gir ikkje forventa resultat.	
Tertial 1	No-situasjon	Kontaktsenter er i drift. Oppstart har gått greitt, og det vert jobba kontinuerlig med forbetningsarbeid og å løyse utfordringar. Målingar viser god svarprosent; 84 %, og at 70 % får svar innan 60 sek. Ei eiga arbeidsgruppe i Psykisk Helsevern jobbar med etablering av Kontaktsenter i PHV. Oppstart i løpet av mai 2019. Fyrste leveranse i Finne Fram er godkjent og levert etter plan 9. mai. Løysinga med digital karttjeneste er tilgjengeleg på Helse Førde sine heimesider, og skal gjere det lettare for besøkande å førebu besøk til sjukehusa. Det er forseinkingar i prosjekt Pasientflyt og ressursar, og innføring er planlagt februar 2020. Andre prosjekt innføring etter plan.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Sikre framdrift og leveransar i samsvar med innføringsplan.
	Tiltaksansvarleg	Prosjektleder Alle Møter
	Kontrollaktivitet	Framdrift i høve til plan

Tertial 2	No-situasjon	<p>Kontaktsenter har hatt utfordringar med ressursituasjon, som har resultert i lågare svarprosent og servicegrad. Tilbakemelding frå pasient, om at det til tider er for lang ventetid. Vert jobba kontinuerlig med tiltak, og ressursituasjon ser ut til å ordne seg p.t.</p> <p>Ei viktig suksesskriterie for å lykkast med Kontaktsenter, er tett dialog med poliklinikkane for evaluering og forbetring, oppdatering av kunnskapsbasen og overføring av oppgåver frå poliklinkkar til Kontaktsenter. Det har vore evalueringsmøte med alle poliklinikkar. Det varierer ein del mellom poliklinikkane kor mykje og kva Kontaktsenter får svare ut. Medarbeidarar i Kontaktsenter har kompetanse og ynskjer utføre fleire oppgåver. Dette vil være viktig fokusområde framover.</p> <p>Høg aktivitet i Innsjekk og betaling. Regional framdriftsplan på plass, og starta førebuing til oppstart november 2019. Mykje lokalt arbeid gjenstår for å komme i mål.</p> <p>I pasientflyt og ressurser er det planlagt oppstartsmøte for HFD i oktober. I motteken innføringsplan er psykiatri og somatikk oppført med lik innføringsperiode. Jobbar med å få avklaringar knytt til dette (truleg ikkje gjennomførbart å gjennomføre innføring i løpet av så kort tid for både somatikk og psykiatri, då ein ikkje har starta å jobbe med tavle for psykiatri.) Uavklart korleis/om HFD skal ta i bruk mobile løysingar/mobilix for støttetjenester som portør og reinhald.</p> <p>Vel planlagt er godt i gang. Vert jobba med tiltak i saman med utvalde pilotavdelingar. Viktig suksessfaktor er at avdelingane driv endringane og identifiserer tiltak, med prosjekt som støtte. Faste statusmøter, for å sikre god framdrift, og fokus på oppnåing av mål om langtidsplanlegging og tildeling av direkte time.</p> <p>Elles god framdrift i alle prosjekt.</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Sikre framdrift og leveransar i samsvar med innføringsplan.
	Tiltaksansvarleg	Lokal programleiar Alle møter
	Kontrollaktivitet	Framdrift i høve til plan

Risikomatrise Styringsmål 2 delmål 1 til 3 2. tertial					
Konsekvens					
	Ikke alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor			2.1A, 2.2A	
	Stor			2.3A	
	Moderat				
	Liten				
	Svært liten				

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen.
Delmål 1		Vi skal prioritere førebyggjande arbeid innanfor helse, miljø og sikkerheit, og ha eit arbeidsmiljø som er prega av tryggleik og respekt.
Kritisk suksessfaktor 3.1A		Alle medarbeidarar skal ha ein arbeidsdag prega av tryggleik og respekt
Risikoelement 3.1A		Medarbeidarar opplever hendingar som gjer dei utrygge i arbeidskvardagen
Tertial 1	No-situasjon	Dei fleste medarbeidarar har utifrå resultat på Forbetningsundersøkinga ein arbeidsdag i tråd med målsetting. Samtidig har me hendingar som fører til tilsetteskadar, konflikhtar og andre episodar som gjer at enkelte kan kvi seg for å gå på arbeid.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	HR Direktør
	Tiltak	Kvar klinikk må utifrå resultat i Forbetningsundersøking, medarbeidarsamtalar, dialog med tillitsvalde og verneombod, og gjennom rapportering av hendingar i linja, utarbeide konkrete handlingar for å sikre forsvarleg arbeidsmiljø
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar
	Kontrollaktivitet	Utvikling på resultat frå Forbetningsundersøkinga
Tertial 2	No-situasjon	Dei fleste medarbeidarar har utifrå resultat på Forbetningsundersøkinga ein arbeidsdag i tråd med målsetting. Samtidig har me hendingar som fører til tilsetteskadar, konflikhtar og andre episodar som gjer at enkelte kan kvi seg for å gå på arbeid.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	HR Direktør
	Tiltak	Kvar klinikk må utifrå resultat i Forbetningsundersøking, medarbeidarsamtalar, dialog med tillitsvalde og verneombod, og gjennom rapportering av hendingar i linja, utarbeide konkrete handlingar for å sikre forsvarleg arbeidsmiljø
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar
	Kontrollaktivitet	Utvikling på resultat frå Forbetningsundersøkinga
Delmål 2		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.
Kritisk suksessfaktor 3.2A		HMS-strategien er forankra i leiarlinja, og leiarane formidlar dette vidare til tilsette gjennom å involvere dei i arbeidet med å lage Forbetningsplanar
Risikoelement 3.2A		HMS-strategien er ikkje forankra i leiarlinja, og leiarane formidlar dette heller ikkje vidare til tilsette gjennom å involvere dei i arbeidet med å lage Forbetningsplanar
Tertial 1	No-situasjon	Det er arbeida godt med Forbetningsplanar og lagt til rette for meir effektivt forløp i 2019 med omsyn på prosess. Leiarar og tv/vo er involverte i arbeidet, og det er leia av FAMU. I tillegg er det arbeida godt med fokus på vern av vald og truslar, og ny avtale med Securitas er starta opp. HMS – strategien får eigen intranettsak i 2.kvartal. Det vert også arbeidd med ny HMS – strategi / IA- plan for Helse Førde for dei neste 4 åra.

	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Arbeid med Forbetningsplanar vert fulgt opp og rapportert på. Intranettsak om HMS- strategi.
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør
	Kontrollaktivitet	Involvering og utarbeiding av Forbetningsplanar
Tertial 2	No-situasjon	Det er arbeida godt med Forbetningsplanar og lagt til rette for meir effektivt forløp i 2019 med omsyn på prosess. Leiarar og tv/vo er involverte i arbeidet, og det er leia av FAMU. I tillegg er det arbeida godt med fokus på vern av vald og truslar, og ny avtale med Securitas er starta opp. HMS – strategien får eigen intranettsak i begynninga av 3.kvartal. Det vert også arbeidd med ny HMS – strategi / IA- plan for Helse Førde for dei neste 4 åra, skal vedtakast før jul.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Arbeid med Forbetningsplanar vert fulgt opp og rapportert på. Intranettsak om HMS- strategi.
	Kontrollaktivitet	Involvering og utarbeiding av Forbetningsplanar
Delmål 3		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 3.3A		Medarbeidarane opplever at det er trygt å melde frå om uønskte hendingar
Risikoelement 3.3A		Medarbeidarane opplever ikkje at det er trygt å melde frå om uønskte hendingar
Tertial 1	No-situasjon	Det er utarbeidd eit e-læringskurs for tilsette der tilsette får kunnskap om kva som skal meldast, og korleis melde HMS-saker. Målet er å få flest mogleg til å gjennomføre e-læringskurset, og at 75% av dei tilsette har teke kurset innan 2019. Det er eit kurs for meldarar og eit kurs for leiarar. Vi arbeider vidare med å ferdigstille plan for implementering. Det er også fokus på meldekultur i Forbetningsundersøkinga.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Det er informert om e-læringskurset på intranett, det er sendt ut informasjon til leiarar i linja på e-post, vi vil følgje målingane på kor mange som har teke kurset.
	Kontrollaktivitet	Deltaking på kurs
Tertial 2	No-situasjon	Det er utarbeidd eit e-læringskurs for tilsette der tilsette får kunnskap om kva som skal meldast, og korleis melde HMS-saker. Målet er å få flest mogleg til å gjennomføre e-læringskurset, og at 75% av dei tilsette har teke kurset innan 2019. Det er eit kurs for meldarar og eit kurs for leiarar. Vi arbeider vidare med å ferdigstille plan for implementering. Det er også fokus på meldekultur i Forbetningsundersøkinga.

	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Det er informert om e-læringskurset på intranett, det er sendt ut informasjon til leiarar i linja på e-post, vi vil følge målingane på kor mange som har teke kurset.
	Tiltaksansvarleg	Alle leiarar
	Kontrollaktivitet	Deltaking på kurs
Delmål 4		Talet på tilsetteskadar er redusert samanlikna med tal for 2018.
Kritisk suksessfaktor 3.4A		Det er gjennomført målretta førebyggjande tiltak for å redusere tilsetteskadar, basert på risikovurdering og tidlegare skader
Risikoelement 3.4A		Det er ikkje gjennomført målretta førebyggjande tiltak for å redusere tilsetteskadar, basert på risikovurdering og tidlegare skader
Tertial 1	No-situasjon	Vald og trugslar er dei store årsakene til fleirtalet av hendingane. Avvik med vald og trugslar er i hovudsak i PHV. Samtidig er det slik at fleire tilsette fekk skader med sjukmelding til følge pga. fall på is på parkeringsplassane til sjukehusa. Statistikken viser at det er flest skader i vintermånadane. Alle skadar vert gjennomgått i dei 4 KAMU med tanke på førebygging og å unngå at dei skjer igjen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Gjennomgå alle meldte skadar med tanke på førebygging
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør / Klinikkverneombod
Kontrollaktivitet		Reduksjon i tal tilsetteskadar sett opp mot 2018
Tertial 2	No-situasjon	Vald og trugslar er dei store årsakene til fleirtalet av hendingane. Avvik med vald og trugslar er i hovudsak i PHV. Samtidig er det slik at fleire tilsette fekk skader med sjukmelding til følge pga. fall på is på parkeringsplassane til sjukehusa. Statistikken viser at det er flest skader i vintermånadane. Alle skadar vert gjennomgått i dei 4 KAMU med tanke på førebygging og å unngå at dei skjer igjen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	HR-direktør
	Tiltak	Gjennomgå alle meldte skadar med tanke på førebygging
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør / Klinikkverneombod
Kontrollaktivitet		Reduksjon i tal tilsetteskadar sett opp mot 2018

Risikomatrise styringsmål 3						
delmål 1 til 4						
2.tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			3.2A, 3.3A	3.1A, 3.4A	
	Liten					
	Svært liten					

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 4.1A		Klinikkane for medisin og kirurgi driv innanfor, eller betre enn, budsjett.
Risikoelement 4.1A		Klinikkane for medisin og kirurgi driv ikkje innanfor, eller betre enn, budsjett.
Tertial 1	No-situasjon	Det er lågare kostnadsvekst i PHV enn i dei somatiske klinikkane i starten av året. Prognosen for heile året er at PHV får ein kostnadsvekst på 0,2 prosent, Kirurgisk klinikk på 0,3 prosent og Medisinsk klinikk på 4,7 prosent.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Månadleg rapportering budsjettrapportering, følgje opp kostnadsreducerande tiltak i 2019.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar somatikk
	Kontrollaktivitet	Rekneskapstal
Tertial 2	No-situasjon	Det er lågare kostnadsvekst i PHV enn i dei somatiske klinikkane per 2 tertial. Innanfor somatikk har ein hatt høgre kostnader ein budsjett, medan PHV har lågare kostnader enn budsjett. Veksten til og med 2. tertial samanlikna med same periode i fjor: <ul style="list-style-type: none"> • Somatikk: + 5,4% • PHV: + 3,3%
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Månadleg rapportering budsjettrapportering, følgje opp kostnadsreducerande tiltak i 2019.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar somatikk
	Kontrollaktivitet	Rekneskapstal
Delmål 2		Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 4.2A		Psykisk helsevern held fram med å halde ventetidene låge
Risikoelement 4.2A		Psykisk helsevern held ikkje fram med å halde ventetidene låge
Tertial 1	No-situasjon	PHV har lågare ventetider enn somatikken. Det har vore tendens til litt lengre ventetider i første tertial i 2019, men tilsvarande tendens gjer seg også gjeldande i somatikken.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Vekentleg rapportering på ventetid. Månadleg oppfølging i avdelingsmøte.
	Tiltaksansvarleg	Direktør PHV

	Kontrollaktivitet	Ventetider i PHV vs somatikk
Tertial 2	No-situasjon	PHV har lågare ventetider enn somatikken. Det har vore tendens til litt lengre ventetider i første tertial i 2019, særleg i psykisk helsevern for born og unge, men tilsvarende tendens gjer seg også gjeldande i somatikken. Det er frå veke 38 sterkt redusert ventetid i Psykisk helsevern for born og unge
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Vekentleg rapportering på ventetid. Månadleg oppfølging i avdelingsmøte.
	Tiltaksansvarleg	Direktør PHV
	Kontrollaktivitet	Ventetider i PHV vs somatikk. Vekentleg rapportering i ventelistebarometer, samt månadleg oppfølging i avdelingsmøte og økonomiforum.
Delmål 3		Det er høgare vekst i aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
Kritisk suksessfaktor 4.3A		Aktiviteten i somatikken og psykisk helsevern er i samsvar med plan.
Risikoelement 4.3A		Aktiviteten i somatikken og psykisk helsevern er ikkje i samsvar med plan.
Tertial 1	No-situasjon	Psykisk helsevern har ein samla vekst i tal polikliniske konsultasjonar på 1,8% i høve til fjoråret etter første tertial. Tilsvarende tal i somatikken er ein vekst på 3,4 prosent.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Månadleg aktivitetsrapportering. Aktiv rekruttering av fagfolk.
	Tiltaksansvarleg	Direktør PHV
	Kontrollaktivitet	Aktivitetstal PHV-somatikk
Tertial 2	No-situasjon	Psykisk helsevern har vekst på 1,5% i tal polikliniske konsultasjonar per 2 tertial i 2019 samanlikna med fjoråret. Tilsvarende tal i somatikken er ein vekst på 4,6%.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Månadleg aktivitetsrapportering. Aktiv rekruttering av fagfolk.
	Tiltaksansvarleg	Direktør PHV
	Kontrollaktivitet	Aktivitetstal PHV-somatikk

Risikomatrise Styringsmål 4					
delmål 1 - 3					
2. tertial					
Konsekvens					
	Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor		4.1A, 4.3A		
	Stor				
	Moderat				
	Liten		4.2A		
	Svært liten				

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 sett for prosjektet.
Kritisk suksessfaktor 5.1A		Nye Førde sjukehus har god økonomioppfølging og jamnleg rapportering
Risikoelement 5.1A		Nye Førde sjukehus har ikkje god økonomioppfølging og jamnleg rapportering
Tertial 1	No-situasjon	Nye Førde sjukehus rapporterer på økonomioppfølging etter plan.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Etablert målstyring pr. delprosjekt i tråd med vedteken gjennomføringsstrategi for Nye Førde sjukehus.
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør Nye Førde sjukehus
	Kontrollaktivitet	Månadleg driftsrapportering.
Tertial 2	No-situasjon	Nye Førde sjukehus rapporterer på økonomioppfølging etter plan.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Etablert målstyring pr. delprosjekt i tråd med vedteken gjennomføringsstrategi for Nye Førde sjukehus.
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør Nye Førde sjukehus
	Kontrollaktivitet	Månadleg driftsrapportering.
Delmål 2		Det skal ikkje vere brot på reglane om sosial dumping eller anna arbeidslivskriminalitet.
Kritisk suksessfaktor 5.2A		Utbyggingsprosjektet Nye Førde sjukehus føl opp entreprenørar jamnleg for å sikre at sosial dumping og arbeidslivskriminalitet ikkje skjer.
Risikoelement 5.2A		Utbyggingsprosjektet Nye Førde sjukehus føl ikkje opp entreprenørar jamnleg for å sikre at sosial dumping og arbeidslivskriminalitet ikkje skjer.
Tertial 1	No-situasjon	Kontraktgrunnlag med Åsen og Øverlid inneheld kontrollfunksjon som gjer at Skatt Vest kan overvåke prosjektgjennomføring. Det har vore gjennomført innleiande møteverksmed med LO, for erfaringsoverføring i høve temaet «forhindre sosial dumping».
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	I kontrakten som no vert etablert med Åsen og Øverlid på nybygg PHV (første delprosjekt), vil det bli oppretta ei fullmaktserklæring som gjer at Skatt Vest kan overvåke aktørane som direkte/indirekte har kontrakt med HF.
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør Nye Førde sjukehus
	Kontrollaktivitet	Kontrollaktivitet gjennom Skatt Vest sine system.

Tertial 2	No-situasjon	Det er gjennomført oppstartsmøte med Skatt Vest, og kontrollaktivitet for Nybygg Psykisk helsevern skal startast opp i samsvar med dialogen i dette møtet.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Følgje opp og overvake at metodikk mot Skatt Vest fungerer
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør Nye Førde sjukehus
	Kontrollaktivitet	Kontrollaktivitet gjennom Skatt Vest sine system.

Risikomatrikse Styringsmål 5 delmål 1 - 2 2. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten				5.1A, 5.2A	
	Svært liten					

Styringsmål 6		Innleggingar og fysiske konsultasjonar skal unngåast, dersom tenesta kan ytast virtuelt med like godt eller betre resultat
Delmål 1		Det vert teke i bruk medisinsk avstandsoppfølging på fleire områder/fleire pasientgrupper.
Kritisk suksessfaktor 6.1A		Helse Førde organiserer arbeidet med å utvikle medisinsk avstandsoppfølging slik at det gir auka bruk av virtuelle helsetenester.
Risikoelement 6.1A		Helse Førde organiserer ikkje arbeidet med å utvikle medisinsk avstandsoppfølging slik at det gir auka bruk av virtuelle helsetenester.
Tertial 1	No-situasjon	Arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging er organisert gjennom telemedisingruppa i føretaket. Eit eige arbeidsutval føl også opp det regionale prosjektet medisinsk avstandsoppfølging. Utvalet har kontakt med alle kliniske avdelingar, og det er lagt opp til ein omfattande møteserie med avdelingane før sommaren. Målet er mellom anna å få fram potensialet, og stimulere til utvida bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Det blir også gjennomført eit miniseminar for å få fram mogelegheiter og bruk elles i landet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Utviklingsdirektør
	Tiltak	Tett samarbeid med avdelingane for å utvide bruken av medisinsk avstandsoppfølging.
	Tiltaksansvarlig	Telemedisinansvarleg
	Kontrollaktivitet	Målingar av grad medisinsk avstandsoppfølging.

Tertial 2	No-situasjon	Det er jamnlege møter mellom telemedisinansvarleg, innleigd konsulent og avdelingane, om å ta i bruk video i konsultasjonar. Alle rutinar er i ferd med å bli gjennomgått for å gjere retningslinjene tydelegare. Målingane syner at video, telefoni og fjernmonitorering ligg om lag på same nivå som 1. tertial, medan det er ein vekst i registrert sjølvrapportering. Det siste har truleg si årsak i betre registrering. Det burde vere eit godt grunnlag for vekst i bruk av video i løpet av 2020.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Utviklingsdirektør
	Tiltak	Tett samarbeid med avdelingane for å utvide bruken av medisinsk avstandsoppfølging.
	Tiltaksansvarleg	Telemedisinansvarleg
	Kontrollaktivitet	Målingar av grad medisinsk avstandsoppfølging.
Delmål 2		Helse Førde har god oversikt når det gjeld bruk av medisinsk avstandsoppfølging og område der slik bruk har størst potensiale.
Kritisk suksessfaktor 6.2A		Det vert henta ut tal for bruk av medisinsk avstandsoppfølging
Risikoelement 6.2A		Det vert ikkje henta ut tal for bruk av medisinsk avstandsoppfølging
Tertial 1	No-situasjon	Helse Førde er i ferd med å skaffe seg oversikt på kva som blir gjort av medisinsk avstandsoppfølging. Særlege telefoni innan psykisk helsevern har eit omfattande volum. Likeeins video innanfor hudfeltet. Førebels tal tyder på at det er noko underrapportering på området. Takstsystemet legg i stadig større grad til rette for medisinsk avstandsoppfølging og det vil truleg hjelpe på rapporteringa. Målet er å få automatisert uthenting av avstandsoppfølging, slik at det skal vere mogeleg å følgje utviklinga framover.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Utviklingsdirektør
	Tiltak	Automatisere uthenting av data
	Tiltaksansvarleg	Telemedisinansvarleg
	Kontrollaktivitet	Oppdaterte aktivitetsrapportar.
Tertial 2	No-situasjon	Helse Førde har god oversikt når det gjeld medisinsk avstandsoppfølging. Rapporteringa i pasientjournalssystemet har betra seg monaleg gjennom året. Siste tertialet har særskilt registreringa av sjølvrapportering med elektronisk verktøy betra seg. Framleis er hudfeltet dominerande når det gjeld bruk av video til konsultasjonar, men det er registrert videokonsultasjonar i alle avdelingar i Medisinsk klinikk. Det har framleis ikkje lukkast å lage ein automatisert versjon av uttrekt data, men dette blir gjort manuelt.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Utviklingsdirektør
	Tiltak	Automatisere uthenting av data
	Tiltaksansvarleg	Telemedisinansvarleg
	Kontrollaktivitet	Oppdaterte aktivitetsrapportar.

Risikomatrix Styringsmål 6 delmål 1 - 2 2. tertial						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			6.1A, 6.2A		
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 7	Fråver og oppgåver er godt planlagde slik at pasientar og tilsette opplever føreseielege tenester og drift	
Delmål 1	Leiarane har nødvendig opplæring og støtte i GAT slik at dei vert trygge nok på at systematikken med avansert oppgåveplanlegging fungerer til å 1) gjennomføre implementeringa av systematikken, 2) motivere eigne behandlarar til å sjå at avansert oppgåveplanlegging er eit verktøy til beste for fellesskapet, 3) møte eventuelle faglege og/eller kulturelle motargument frå skeptiske behandlarar i eiga eining.	
Kritisk suksessfaktor 7.1A	Føretaksleiinga formidlar tydeleg viktigheita av at alle einingar i heile føretaket implementerer og gjennomfører avansert oppgåveplanlegging til alle måla er nådd.	
Risikoelement 7.1A	Føretaksleiinga formidlar ikkje tydeleg viktigheita av at alle einingar i heile føretaket implementerer og gjennomfører avansert oppgåveplanlegging til alle måla er nådd.	
Tertial 1	No-situasjon	Kompetansen i ressurs og bemanningsseksjonen er heva for å kunne støtte leiarane betre. Det er gjennomført kurs for avdelingssjefar, seksjonsleiarar og sekretærar. Det er planlagt start for tre pilotar; ortopedi, indre Sogn psykiatrisenter og Barne og unge. Det er førebels ikkje mogeleg å sjå ei positiv utvikling på området. For å oppnå resultat er det viktig at leiinga i føretaket motiverer organisasjonen til å arbeide med avansert oppgåveplanlegging.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Gjennomføre prosjektet Vel planlagt i samsvar med plan.
	Tiltaksansvarlig	Prosjektleiar Vel planlagt
Kontrollaktivitet	Oversikt som viser langtidsplanlegging.	

Tertial 2	No-situasjon	<p>Vel planlagt er godt i gang. Vert jobba med tiltak i saman med utvalde pilotavdelingar – ortopedisk poliklinikk, Barn og unge og Indre Sogn Psykiatrisenter. Viktig suksessfaktor er at avdelingane driv endringane og identifiserer tiltak, med prosjekt som støtte. Faste statusmøter, for å sikre god framdrift, og fokus på oppnåing av målsetting om langtidsplanlegging og tildeling av direkte time. Vi ser resultat av systematisk arbeid og god utvikling i reduksjon av tentative timar:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Avdeling</th> <th colspan="2">Tal <u>tenativ</u> timar passert</th> <th colspan="2">Tal <u>tentativ</u> timar 6 mnd. fram</th> <th rowspan="2">Kommentar</th> </tr> <tr> <th>Mai</th> <th>Sept</th> <th>Mai</th> <th>Sept</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Ort.pol FSS</u></td> <td>94</td> <td>0</td> <td>1045</td> <td>661</td> <td>Tentativ timar fram i tid redusert frå 40 % til 17 %. Veldig god framgang, og har gjennomført mange tiltak for å redusere tal tentative timar. Venter på godkjenning av turnusplan, for å få på plass oppgaveplan 6-9 mnd. fram i tid.</td> </tr> <tr> <td>Barn og unge</td> <td>257</td> <td>61</td> <td>769</td> <td>581</td> <td>Tentativ timar fram i tid redusert frå 63 % til 36 %. Var den avdelinga som hadde størst % - andel tentative timar fram i tid med 71 % i mars og 88 % i nov 2018. Veldig god framgang. Fortsatt ein del å gå på når det gjeld langtidsplanlegging 6 – 9 mnd. fram i tid.</td> </tr> <tr> <td><u>Indre Sogn Psyk.</u></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>81</td> <td>10</td> <td>Tentativ timar fram i tid redusert frå 16 % til 2 %. Veldig god framgang, og jobba godt med bl.a å rydde opp i tentative timar.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Framdrift ihht. plan.</p>	Avdeling	Tal <u>tenativ</u> timar passert		Tal <u>tentativ</u> timar 6 mnd. fram		Kommentar	Mai	Sept	Mai	Sept	<u>Ort.pol FSS</u>	94	0	1045	661	Tentativ timar fram i tid redusert frå 40 % til 17 %. Veldig god framgang, og har gjennomført mange tiltak for å redusere tal tentative timar. Venter på godkjenning av turnusplan, for å få på plass oppgaveplan 6-9 mnd. fram i tid.	Barn og unge	257	61	769	581	Tentativ timar fram i tid redusert frå 63 % til 36 %. Var den avdelinga som hadde størst % - andel tentative timar fram i tid med 71 % i mars og 88 % i nov 2018. Veldig god framgang. Fortsatt ein del å gå på når det gjeld langtidsplanlegging 6 – 9 mnd. fram i tid.	<u>Indre Sogn Psyk.</u>	0	0	81	10	Tentativ timar fram i tid redusert frå 16 % til 2 %. Veldig god framgang, og jobba godt med bl.a å rydde opp i tentative timar.
	Avdeling	Tal <u>tenativ</u> timar passert		Tal <u>tentativ</u> timar 6 mnd. fram		Kommentar																								
		Mai	Sept	Mai	Sept																									
	<u>Ort.pol FSS</u>	94	0	1045	661	Tentativ timar fram i tid redusert frå 40 % til 17 %. Veldig god framgang, og har gjennomført mange tiltak for å redusere tal tentative timar. Venter på godkjenning av turnusplan, for å få på plass oppgaveplan 6-9 mnd. fram i tid.																								
	Barn og unge	257	61	769	581	Tentativ timar fram i tid redusert frå 63 % til 36 %. Var den avdelinga som hadde størst % - andel tentative timar fram i tid med 71 % i mars og 88 % i nov 2018. Veldig god framgang. Fortsatt ein del å gå på når det gjeld langtidsplanlegging 6 – 9 mnd. fram i tid.																								
	<u>Indre Sogn Psyk.</u>	0	0	81	10	Tentativ timar fram i tid redusert frå 16 % til 2 %. Veldig god framgang, og jobba godt med bl.a å rydde opp i tentative timar.																								
	Sannsynlegheit	Moderat																												
	Konsekvens	Alvorleg																												
Risikoeigar	AD																													
Tiltak	Gjennomføre prosjektet Vel planlagt i samsvar med plan.																													
Tiltaksansvarleg	Lokal programleiar Vel planlagt																													
Kontrollaktivitet	Oversikt som viser langtidsplanlegging																													

Risikomatrikse Styringsmål 7						
delmål 1						
2. tertial						
Konsekvens						
Sannsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				7.1A	
	Liten					
	Svært liten					