

Rapportering første tertial risikostyring av styringsmål HFD 2017:

Styringsmål 1		Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018.
Delmål 1		Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i linja og i resten av organisasjonen.
Kritisk suksessfaktor 1.1A		Det er etablert plan for implementering frå prosjekt til linje/drift. Planen vert følgd opp av leiarane.
Risikoelement 1.1A		Det er ikkje etablert plan for implementering frå prosjekt til linje/drift. Planen vert ikkje følgd opp av leiarane.
Tertial 1	No-situasjon	For dei innsatsområda som er i prosjekt, er det laga ein plan for korleis dette skal takast vidare i drift etter ferdig prosjektperiode. Styringsgruppe (med sentrale leiarar) for prosjekta følgjer opp i prosjektperioden. Arbeidet skal vere forankra i leiargruppene og følgje linja i oppfølging.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Stor
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Prosjektoppfølgning, og sikre god forankring i leiing før, under og etter prosjektarbeid.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar kvalitet og pasienttryggleik/leiar pasienttryggleiksprogrammet Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Framdrift og styring av prosjekt i perioden. Oppfølging av målingar og indikatorar, og rapportering frå leiarar internt i klinikken og til programleiing.
Delmål 2		Tiltak i programmet blir innarbeidd i linja så snart dei blir overleverte frå prosjekt.
Kritisk suksessfaktor 1.2A		100 prosent av dei relevante einingane skal ha implementert tiltakspakkane i program for pasienttryggleik.
Risikoelement 1.2A		Færre enn 100 prosent av dei relevante einingane skal ha implementert tiltakspakkane i program for pasienttryggleik.
Tertial 1	No-situasjon	Dei fleste relevante einingar arbeider med aktuelle tiltakspakkar, men det er framleis variasjon i graden av implementering. Det er framleis behov for tett oppfølging av fleire einingar på gjennomføring – dvs. oppfølging av tiltakspakkane, måling på den einskilde eining og det å følgje sine egne målingar til forbetring.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar KIR/MED/PHV
	Tiltak	Tett oppfølging av einingane og på tiltaka og resultat, samt kompetansebygging på forbetningsmetodikk for å sikre at dei er rusta til å drive arbeidet meir sjølvstending på egne einingar.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar kvalitet og pasienttryggleik/leiar pasienttryggleiksprogrammet
	Kontrollaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Rapportere på framdrift implementering av programmet - Driftsrapportere implementering av dei ulike tiltaka - Rapport på kvalitetsindikatorar i styringsportalen

Styringsmål 2	Uønskt variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduserast.	
Delmål 1	Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).	
Kritisk suksessfaktor 2.1A	Prosentdelen nye kreftpasientar som inngår i eit pakkeforløp, skal vere på minst 70 prosent, og det er implementert pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helsevern og TSB.	
Risikoelement 2.1A	Prosentdelen nye kreftpasientar som inngår i eit pakkeforløp er på under 70 prosent, og det er ikkje implementert pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helsevern og TSB.	
justeringar. Tertial 1	No-situasjon	<p>Pakkeforløp kreft: Helse Førde ligg på 88 prosent når det gjeld nye pasientar i pakkeforløp (landet 74 prosent, Helse Vest 82 prosent). Det er forbetningspotensiale når det gjeld oppstart stråleterapi og medikamentell behandling.</p> <p>Pakkeforløp hjerneslag: Helse Førde er ikkje begynt med implementering av pakkeforløp, men har jobba med å implementere eit strukturert behandlingsforløp. Plan er å starte dette i løpet av 2017.</p> <p>Pakkeforløp PHV og TSB: I møte arrangert av Helsedirektoratet 19. april vart det lagt fram ein framdriftsplan som tilsier at det i løpet av våren 2017 vil bli etablerert ei nasjonal ressursgruppe for implementering. Denne skal utarbeide utkast til overordna implementeringsplan som til hausten skal sendast til tenesta som eit hjelpemiddel til regionalt og lokalt implementeringsarbeid.</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	I juni skal pakkeforløpkoordinatorar, fagdirektør og relevante klinikarar ha første samarbeid-/statusmøte for å evaluere og finne forbetningsområde når det gjeld pakkeforløp kreft i Helse Førde. Når det gjeld pakkeforløp hjerneslag og PHV/TSB følgjer vi med arbeidet som skjer i Helsedirektoratet. Implementeringsfase for PHV/TSB er no sett til 1.1.2018 – 1.7.2018.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør/koordinatorar Prosjekteigar og (del) prosjektleiar (ar) «Alle møter» Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportering frå Helsedirektoratet sine sider for pakkeforløp.
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 2.2A	Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom sjukehusa, jfr. andre oppgåver, skal reduserast.	
Risikoelement 2.2A	Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom sjukehusa, jfr. andre oppgåver, vert ikkje redusert.	

Tertial 1	No-situasjon	<p>Ventetid: Helse Førde fyller alt krav til ventetider. Samla ventetid for ventande var i mars 37 dagar (PHV 17 dagar, med. 34 dagar, kir. 40 dagar). Dei som fekk oppstart av helsehjelp i perioden hadde venta i 48 dagar (PHV 28, med. 47, kir. 51, alle avdelingar er under 60 dagar).</p> <p>Fristbrot: Mål i 2017 er at det ikkje skal vere fristbrot. Fristbrot har svinga mellom 6-19 per månad siste året, som svarar til 0 prosent.</p> <p>Variasjon: Helse Førde arbeider med fleire delelement knytt til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting; KAPP, bemanningsmodell, Alle møter, kvalitetssikring av talgrunnlag til Pasientens helseteneste .</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar /VAD
	Tiltak	God planlegging på poliklinikk og fleire element knytt til variasjon.
	Tiltaksansvarleg	FAU v/fagdirektør/ prosjektleiar Helseatlas, medlemmer i forum for nasjonalt og regionalt arbeid, t.d. utvikling av kvalitetsindikatorar.
	Kontrollaktivitet	
Delmål 3		Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.
Kritisk suksessfaktor 2.3A		Planlegginga i <i>avansert oppgaveplanlegging</i> er vidareutvikla og forbetra og <i>samskapt planlegging</i> er innført. Operasjonskapasiteten er godt nytta.
Risikoelement 2.3A		Planlegginga i <i>avansert oppgaveplanlegging</i> er ikkje vidareutvikla og forbetra og <i>samskapt planlegging</i> er ikkje innført. Operasjonskapasiteten er for dårleg nytta.
Tertial 1	No-situasjon	<p>Tiltaka i «Alle Møter» er forankra i leing og organisasjon. Avansert oppgaveplanlegging har gjennomført opplæring og er implementert i alle aktuelle avdelingar etter plan. Regionalt prosjektet vert avslutta og overført til drift mai 2017. Det vert utarbeidd lokal plan i samarbeid med seksjon for ressurs og bemanning, for vidare oppfølging og sikre bruk av avansert oppgaveplanlegging i drift. Framover vil delprosjekta «Open linje», «Vel møtt», «Vestlandspasienten» - «Min pasientjournal» med innsynslogg og «Mitt timeval» få auka fokus. Innføring av «Samskapt planlegging» er under planlegging.</p> <p>Helse Førde har dei sist 8-9 åra hatt ein strykprosent under 4 prosent. Ventetida til operasjon varierer noko, men er i dag under tre månader innan dei fleste fagfelt. Pasientane som skal ha kneprotese og bariatrisk kirurgi, ventar noko lenger. Kreftkirurgi vert utført innan ei veke etter at pasientane er ferdig utgreidde. Ved Førde sentralsjukehus har operasjonsaktiviteten samla gått noko ned siste månader, difor er operasjonskapasiteten ikkje fullt ut samstemt med behovet per mai 2017.</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar /VAD

Tiltak	<p>Ta i bruk tiltaka i programmet «Alle møter»: Fokus framover: «Open linje», «Vel møtt», «Min pasientjournal» med innsynslogg på helsenorge.no, «Mitt timeval» og «Samskapt planlegging». Utarbeide plan for å sikre bruk av avansert oppgaveplanlegging i drift.</p> <p>Operasjonsaktiviteten ved dei tre sjukehusa vert samordna av ein felles operasjonskoordinator. Avdelingssjefsmøtet i kirurgisk klinikk fordeler operasjonsstoveressursane mellom fagfelta. Fordelinga vert evaluert og vurdert to gonger per år for å sikre rett prioritering av pasientar, og at ventetidene ikkje skal auke. Behandlarane har difor langtidsplanlegging av operasjonsdagar. Det er sett av ressursar til ØH-operasjonar 24/7 heile året, slik at dette i minimal grad påverkar planlegging og gjennomføring av det elektive programmet.</p>
Tiltaksansvarleg	Prosjekteigar og -leiar «Alle møter»/delprosjekleiarar for delprosjekt Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
Kontrollaktivitet	Rapportering på framdrift implementering av tiltaka i prosjekt «Alle møter». Måle grad utnytting av operasjonsstover / operasjonskapasitet.

Styringsmål 3	HMS er ein sjølvstendig del av arbeidsdagen.	
Delmål 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.	
Kritisk suksessfaktor 3.1A	Helse, miljø og sikkerheit (HMS) er ein integrert del av kvalitets- og pasienttryggleiksarbeidet.	
Risikoelement 3.1A	Helse, miljø og sikkerheit (HMS) er ikkje ein integrert del av kvalitets- og pasienttryggleiksarbeidet.	
Tertial 1	No-situasjon	Det vert framleis arbeidd med implementering og forankring i kvardagen, og prosjekt vern mot vald og truslar skal etter planen ferdigstillast til sommaren.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	Informasjon om regional HMS-strategi ut til leiarar, medarbeidarar, vernetenesta, samt gjerast tilgjengeleg på intranett. Implementere hovudtiltaka i overordna HMS-plan for Helse Førde 2015 – 2018, herunder prioritere å utføre tiltak for å førebygge vald og truslar. Involvere BHT i førebyggjande arbeid. Bruke HMS-rådgjevar til å koordinere vidare systematisk HMS-arbeid. Gjennomføre prosjekt «Vern mot vald og truslar»
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør/HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar Avdelingssjefar / seksjonsleiarar einingsleiarar
Kontrollaktivitet	Rapportere framdrift i informasjonsarbeid og førebyggjande arbeid i klinikkvise AMU, FAMU i føretaket samt månadlege driftsrapportar og framdrift HMS-handlingsplanar på alle i nivå i helseføretaket.	
Delmål 2	Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønska hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjende for alle leiarar og medarbeidarar.	
Kritisk suksessfaktor 3.2A	Det blir arbeidd målretta med å utvikle ein god meldekultur.	

Risikoelement 3.2A	Det blir ikkje arbeidd med å utvikle ein god meldekultur.																																	
Tertial 1	No-situasjon	E-læringskurset om meldekultur ligg tilgjengeleg i Læringsportalen som obligatorisk kurs. Nokre leiarar oppmodar sine tilsette om å ta kurset. Systemansvarleg møter etter invitasjon i avdelingsmøte og underviser tilsette om kva dei kan melde og korleis dei kan melde saker i Synergi. Melde saker i Synergi er fast tema i avdelingsmøte i mange avdelingar. Med jamn utskifting av tilsette er det vanskeleg å nå over alle med klasseromsundervisning.																																
	Sannsynlegheit	Moderat																																
	Konsekvens	Alvorleg																																
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD																																
	Tiltak	Synergi vert oppgradert til ny versjon den 9. mai. Då vil meldarar automatisk få opp liste over saker dei sjølv har meldt. Det kan kanskje inspirere til auka meldekultur. Leiarar vil få opp statistikkar frå eiga avdeling/eining. Det kan inspirere leiarane til å be tilsette om å melde fleire saker i Synergi. Det blir og utarbeidd nye e-læringskurs for tilsette og leiarar, der tilsette får enkel undervisning i korleis dei skal melde. Det vil gjere det enklare for tilsette å melde avvik i Synergi.																																
	Tiltaksansvarleg	Systemansvarleg for Synergi i Helse Førde																																
Kontrollaktivitet	Statistikkar frå Synergi																																	
Delmål 3	Talet på tilsetteskadar er redusert.																																	
Kritisk suksessfaktor 3.3A	Tal tilsetteskadar er redusert med 10 prosent i høve 2016.																																	
Risikoelement 3.3A	Tal tilsetteskadar er ikkje redusert i tråd med forventa nedgang.																																	
Tertial 1	No-situasjon	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HMS/ansattskade med konsekvens</td> <td>173</td> <td>159</td> <td>114</td> <td>62</td> <td>74</td> <td>92</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>HMS/ansattskade utan konsekvens</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>84</td> <td>87</td> <td>70</td> <td>139</td> <td>156</td> </tr> <tr> <td>Trussel om vold/vold</td> <td>51</td> <td>29</td> <td>75</td> <td>43</td> <td>24</td> <td>66</td> <td>83</td> </tr> </tbody> </table> <p>Det vert ikkje oppdatert tal før ved slutten av året. Vi prøver å få halvårstal og estimere måloppnåing basert på dei.</p>		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	HMS/ansattskade med konsekvens	173	159	114	62	74	92	94	HMS/ansattskade utan konsekvens	6	2	84	87	70	139	156	Trussel om vold/vold	51	29	75	43	24	66	83
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016																										
	HMS/ansattskade med konsekvens	173	159	114	62	74	92	94																										
	HMS/ansattskade utan konsekvens	6	2	84	87	70	139	156																										
	Trussel om vold/vold	51	29	75	43	24	66	83																										
	Sannsynlegheit	Moderat																																
	Konsekvens	Alvorleg																																
Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD																																	
Tiltak	Utføre førebyggjande tiltak innanfor risikoområde, blant anna førebygging av vald og truslar mot tilsette Gjennomføre HMS-opplæring for leiarar/tilsette Implementere HMS-handlingsplanen ut i avdelingane Prosjekt «Vern mot vald og truslar»																																	
Tiltaksansvarleg	HR-direktør/Senior HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar Avdelingssjefar/ seksjonsleiarar/einingsleiarar																																	
Kontrollaktivitet	Synergirapport HMS-saker, inkl. tilsettskadar og saker om vald/truslar Statusrapport tiltak i HMS-handlingsplanar																																	

Styringsmål 4		Det er høgare vekst i kvart einskild føretak innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk.
Delmål 1		Det skal vere høgare kostnadsvekst i psykisk helsevern enn i somatikk.
Kritisk suksessfaktor 4.1A		Utviklinga innan gjennomsnittleg ventetid, kostnader årsverk og aktivitet er betre i PHV enn i somatikken.
Risikoelement 4.1A		Utviklinga innan gjennomsnittleg ventetid, kostnader årsverk og aktivitet er dårlegare i PHV enn i somatikken.
Tertial 1	No-situasjon	Helse Førde er i ein situasjon at føretaket må gjennomføre kostnadsreduksjon. Det er i budsjett 2017 lagt opp til marginalt mindre kostnadsreduksjon i psykisk helsevern enn i somatikk. Rekneskapen syner lågare inntekt enn budsjettert i somatikken, og derfor overforbruk. Psykisk helsevern har per første tertial underforbruk i høve budsjett. Prognose for året tilseier at det vil verte vanskeleg å nå denne målsetjinga. Aktivitet har tilnærma lik vekst i somatikk og psykisk helsevern. Det er marginal vekst i aktivitet.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar og økonomidirektør
	Tiltak	Tett økonomi og aktivitetsoppfølging
	Tiltaksansvarlig	Klinikkdirektørar og økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rekneskapsoppfølging
Delmål 2		Det skal vere høgare vekst i årsverk i psykisk helsevern enn i somatikk.
Kritisk suksessfaktor 4.2A		Tiltak som skal gje kostnadsreduksjon i somatikken og dermed reduksjon i tal årsverk i budsjett 2017, vert gjennomført som planlagt.
Risikoelement 4.2A		Tiltak som skal gje kostnadsreduksjon i somatikken og dermed reduksjon i tal årsverk i budsjett 2017, vert ikkje gjennomført som planlagt.
Tertial 1	No-situasjon	Utviklinga i brutto månadsverk er per første tertial tilnærma lik i somatikk og psykisk helsevern. Det er nedgang i tal brutto månadsverk på begge område i samsvar med planlagt budsjett.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar og økonomidirektør
	Tiltak	Tett økonomi og aktivitetsoppfølging
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar og økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rekneskapsoppfølging

Styringsmål 5		Helse Førde utviklar «pasientens helseteneste» med god kvalitet, brukarmedverknad og heilskapelege pasientforløp.
Delmål 1		Forprosjektet «Nye Førde sjukehus» er etablert med sterk forankring og kunnskap om driftsorganisasjonen, i kombinasjon med spisskompetanse frå Sjukehusbygg.
Kritisk suksessfaktor 5.1A		Forprosjektet klarer å levere det dei skal innanfor fastsett framdriftsplan og økonomiske rammer.
Risikoelement 5.1A		Forprosjektet klarer ikkje å levere det dei skal innanfor fastsett

		framdriftsplan og økonomiske rammer.
Tertial 1	No-situasjon	Framdriftsplan i forprosjektet er justert i samsvar med den utvikling ein har i tenesteutviklingsprosjekta. Det er knapp tid for å få fram den evaluering som ein treng frå tenesteutviklingsprosjektet innanfor kirurgi, anestesi og oppvaking før ein skal starte med detaljering i forprosjektet. Detaljering i forprosjekt vil kunne avdekke feil i kostnadsestimat og løysingar, med påfølgande kostnadsauke utover den ramme som er etablert.
	Sannsynlegheit	Stor på framdrift, moderat på økonomi, samla sett moderat
	Konsekvens	Liten på framdrift, alvorleg på økonomi, samla sett moderat
	Risikoeigar	Prosjektdirektør «Nye Førde sjukehus»
	Tiltak	Følgje opp etablerte milepelar på framdrift Kostnadsstyrt arbeid mot etablert ramme i forprosjektet
	Tiltaksansvarleg	Prosjektdirektør «Nye Førde sjukehus»
	Kontrollaktivitet	Rapportering til styringsgruppe, programleing og programstyre
Delmål 2		Program «Pasientens helseteneste» sine tenesteutviklingsprosjekt leverer avgjerdsgrunnlag innan fristane som sikrar rett fokus og gjev konkrete føringar for utbyggingsprosjektet «Nye Førde sjukehus».
Kritisk suksessfaktor 4.2A		A. Dei aktuelle tenesteutviklingsprosjekta er etablerte og leverer på bestillinga innan fristen. B. Prosjekta bidreg til å utvikle tenester som er i samsvar med programmåla og bestillinga frå forprosjekt «Nye Førde sjukehus».
Risikoelement 4.2A		A. Tenesteutviklingsprosjekta vert ikkje etablerte i tide til å levere innan fristen B. Prosjekta arbeider ikkje med dei rette måla og leverer ikkje inn til bestillinga til «Nye Førde sjukehus» som planlagt.
Tertial 1	No-situasjon	Etablering av tenesteutviklingsprosjekta er forseinka/har teke lenger tid enn planlagt, men alle som er relevante for byggeprosjektet er no etablerte eller under etablering. Det siste, kirurgi, anestesi og oppvaking, vil bli etablert i løpet av mai. Prosjekta har korte fristar på leveranse til forprosjektet. Det pågår kvalitetssikring av talgrunnlaget, som er forseinka. Sykehusbygg bidreg i arbeidet i lag med interne ressursar. Prosjekta bidreg også inn i arbeidet med alternative skisseprosjekt, som følgje av meir usikker økonomi.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Programleinga v/utviklingsdirektør
	Tiltak	Etablere alle prosjekta innan 20. mars (forseinka – utsett til 1. juni)
	Tiltaksansvarleg	Programleiar/utviklingsdirektør
	Kontrollaktivitet	Rapportering til programleing og programstyre