

Rapportering 2.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 leing 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 programleing
Tertial 2	No-situasjon	Nye innsatsområde er organisert i prosjekt, og tiltak vert implementert i drift undervegs i prosjektperioden. Leiarar i linja følgjer arbeidet.
	Sannsynlegheit	moderat
	Konsekvens	Stor
	Risikoeigar	klinikkdirektør
	Tiltak	Prosjektoppfølgning og tilrettelegging slik at prosjekta har framdrift
	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 programleing
Delmål 2		Tiltak i programmet blir innarbeida 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 einingane på gjennomføring – dvs oppfølging av tiltakspakkane, måling på den enskilde eining og det å følgje sine egne målingar til forbetring.
	Sannsynlegheit	moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	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 eigne 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
Tertial 2	No-situasjon	Det er framleis variasjon på oppfølging og implementering av ein del innsatsområder, og desse einingane må følgjast tett både med omsyn til implementering av tiltakspakkar og målingar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar KIR/MED/PHV
	Tiltak	Tett oppfølging av einingane. Sikre god samhandling med nøkkelpersonell som til dømes fagutviklarar. Tre deltakarar på kull 1 på Helse Vest sin forbetningsutdanning.
	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% når det gjeld nye pasientar i pakkeforløp (landet 74%, Helse Vest 82%). Det er forbettringspotensiale 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 ei 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 pakkeforløp-koordinatorer, fagdirektør og relevante kliniskarar ha første samarbeid/statusmøte for å evaluere og finne forbettringsområder 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.
Tertial 2	No-situasjon	<p>Pakkeforløp kreft: Nye indikatorar publisert 31.08.2017 viser at Helse Førde ligg på 89% når det gjeld nye pasientar i pakkeforløp (landet 78%, Helse Vest 86 %). Det er forbettringspotensiale når det gjeld oppstart stråleterapi og medikamentell behandling.</p> <p>Pakkeforløp hjerneslag: Helse Førde er ikkje begynt med implementering av dette pakkeforløp. I påvente av innføring av eit nasjonalt pakkeforløp jobbar Helse Førde for å kvalitetssikre gjeldande rutinar, t.d. regelmessig trombolysedrift samt etablere systematisk undervisning internt og ved lokalsjukehusa. Dei nasjonale retningslinjene har vore ute på høyring. I høyringsutkastet er nemnt at nytten av standardiserte pasientforløp ved hjerneslag ikkje er heilt avklara, ettersom pasientar med hjerneslag er ei heterogen gruppe.</p> <p>Pakkeforløp PHV og TSB: Dei første 3 av 8 nasjonale pakkeforløp, som forventast implementert frå januar 2018, er sendt på høring (utredning av psykiske lidingar hos barn og unge, vaksne, og somatisk helse i pakkeforløp for psykisk helse og rus). Helse Førde følgjer med i det vidare arbeid og vil komme med eventuelle høyringsinnspel innan frist 1. oktober.</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Nytt møte med kreftpakkeforløp-koordinatorer og klinikkdirektørar/avdelingssjefar som oppfølging frå forsommarens møte.

	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør/Koordinatorar Prosjekteigar og (del) prosjektleiar (ar) «Alle møter» Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportering frå Helseledningskontoret 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	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). Fristbrot: Mål i 2017 er at det ikkje skal vere nokon fristbrot. Fristbrot har svinget mellom 6-19 stk per månad det siste år, som svar til 0 %. Variasjon: Helse Førde arbeider med fleire delelement knytt til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting; KAPP, bemanningsmodell, Alle møter, kvalitetssikring av talgrunnlag til Pasientens helseteneste .
	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 fora for nasjonalt og regionalt arbeid td utvikling av kvalitetsindikatorar
Tertial 2	No-situasjon	Ventetid: Helse Førde har ei auke i samla ventetid for ventande på 56 dagar (mot 37 dagar i mars). (PHV 30 dagar, med 50 dagar, kir 61 dagar). Helse Førde følgjer nøye med på denne utviklinga, og noko skuldast vanlege auke grunna ferieavvikling. Det er enkelte fagområde som drar opp samla ventetid (t.d. innan kirurgi er det grunna mangel på kjevekirurgi, og innan medisin er det nevrofysiologi og infeksjonssjukdommar). Fristbrot: Mål i 2017 er at det ikkje skal vere nokon fristbrot. Fristbrot er uendra mellom 1-2 %, det kan synast ei muleg liten auke. Variasjon: Helse Førde arbeider med fleire delelement knytt til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting; KAPP, bemanningsmodell, Alle møter, kvalitetssikring av talgrunnlag til Pasientens helseteneste . Det er eit uutnytta potensial for å jobbe meir systematisk når det gjeld analyse av nasjonale kvalitetsindikatorar og -registre, for å finne risikoområder og tiltak.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	Fagdirektør/leiar for Helseatlas/seksjon for kvalitet og pasienttryggleik/controller vil vurdere mulege arbeidsmåtar for å iverksette meir systematisk bruk av data frå registre og kvalitetsindikatorar.
	Tiltaksansvarleg	FAU v/ Fagdirektør/ Prosjektleiar Helseatlas, medlemmer i fora for nasjonalt og regionalt arbeid t.d. utvikling av kvalitetsindikatorar/seksjon for kvalitet og pasienttryggleik/FoU – senter for helseforskning
	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 oppgåveplanlegging</i> er vidareutvikla og forbetra og <i>samskapt planlegging</i> er innført. Operasjonskapasiteten er godt nytta.
	Risikoelement 2.3A	Planlegginga i <i>Avansert oppgåveplanlegging</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 leiing og organisasjon. Avansert oppgåveplanlegging har gjennomført opplæring og er implementert i alle aktuelle avdelingar etter plan. Regionalt prosjektet vert avslutta og overført til drift mai 2017. Det vert utarbeida lokal plan i samarbeid med seksjon for Ressurs og bemanning, for vidare oppfølging og sikre bruk av avansert oppgåveplanlegging 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%. Ventetida til operasjon varierer noko, men er i dag under tre månadar 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 utgreia. Ved Førde sjukehus 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 oppgåveplanlegging i drift.</p> <p>Operasjonsaktiviteten ved dei tre sjukehusa vert koordinert av ein felles operasjons-koordinator. Avdelingssjefsmøtet i kirurgisk klinikk fordeler operasjonsstove-ressursane mellom fagfelte. 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»/delprosjektleiarar for delprosjekt Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportering på framdrift implementering av tiltaka i prosjekt A.M. Måle grad utnytting av operasjonsstover / operasjonskapasitet

Tertial 2	No-situasjon	<p>Tiltaka i «Alle Møter» er forankra i leing og organisasjon. Avansert oppgaveplanlegging er overført til drift/forvaltning. Seksjon for ressurs- og bemanning innehar kompetanse og vil gjennom brukarstøtte bistå avdelingane ved praktiske og tekniske utfordringar knytta til oppgaveplanlegging.</p> <p>Samskapt rapport er tilgjengeleg i styringsportal og er tatt i bruk som del av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for alle avdelingar i Helse Førde. Ressurs i Økonomiavd har ekstra ansvar for å bidra til vidareutvikling av rapport.</p> <p>Framover vil delprosjekta «Open linje», «Vel møtt» og «Mitt timeval» ha størst fokus. Oppstart av forprosjekt – «Vel heim» ila hausten.</p>
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	Samskapt planlegging – det er beslutta at samskapt rapport skal takast i bruk som del av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for alle avdelingar. Vi skal bidra med ressursar til vidareutvikling av verktøy – samskapt rapport. Avansert oppgaveplanlegging er overlevert drift/forvaltning og seksjon for ressurs- og bemanning har eit ansvar til å bistå avdelingane. Workshop i haust for dei som driv planlegginga ute i avdelingane; avdelingssjefar, seksjonsleiarar, merkantilt personale (praktisk tilnærming og rutinar). Elles ha fokus på framdrift i delprosjekta og gjennomføre tiltaka i programmet.
	Tiltaksansvarleg	Prosjekteigar og -leiar «Alle møter»/delprosjekleiarar for delprosjekt Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
Kontrollaktivitet	Rapportering på framdrift implementering av tiltaka i prosjekt A.M. Måle grad utnytting av operasjonsstover / operasjonskapasitet	

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvstøtt 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 pasientsikkerheitsarbeidet.
Risikoelement 3.1A		Helse, miljø og sikkerheit (HMS) er ikkje ein integrert del av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet.
Tertial 1	No-situasjon	Det arbeides fortsatt med implementering og forankring i kvardagen, og prosjekt vern mot vald og truslar skal etter plan ferdigstillast til sommaren.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	<p>Informasjon om regional HMS-strategi ut til leiarar, medarbeidarar, vernetenesta, samt gjerast tilgjengeleg på intranett.</p> <p>Implementere hovudtiltaka i overordna HMS-plan for Helse Førde 2015 – 2018, herunder prioritere å utføre tiltak for å førebygge vald og truslar</p> <p>Involvere BHT i førebyggjande arbeid. Bruke HMS-rådgevar til å koordinere vidare systematisk HMS-arbeid.</p> <p>Gjennomføreprosjekt «Vern mot vald og truslar»</p>

	Tiltaksansvarleg	HR Direktør /HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportere framdrift i informasjonsarbeid og førebyggjande arbeid i klinikkvise AMU, føretakets FAMU, samt månadlege driftsrapportar og framdrift HMS-handlingsplanar på alle i nivå i helseføretaket
Tertial 2	No-situasjon	Kontinuerleg arbeid med implementering og forankring i kvardagen, og prosjekt vern mot vald og truslar skal etter plan ferdigstillast i oktober – nokre månadar bak skjema. Det er jamnleg fokus på tema i både leiinga og FAMU.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	Informasjon om regional HMS-strategi ut til leiarar, medarbeidarar, vernetenesta, samt tilgjenge 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, føretakets FAMU, 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 kjent 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 avdelingsmøter og underviser tilsette om kva dei kan melde og korleis dei kan melde saker i Synergi. Melde saker i Synergi er fast tema i avdelingsmøter 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 sjølve 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	

Tertial 2	No-situasjon	E-læringskurset om Meldekultur ligg tilgjengeleg som obligatorisk kurs i Læringsportalen. Nokre leiarar oppmodar sine tilsette om å ta kurset. Systemansvarleg møter etter invitasjon i avdelingsmøter og underviser tilsette om kva dei kan melde og korleis dei kan melde saker i Synergi. Melde saker i Synergi er fast tema i avdelingsmøter i mange avdelingar. Med jamn utskifting av tilsette er det vanskeleg å nå over alle med klasseroms-undervisning.																																
	Sannsynlegheit	Moderat																																
	Konsekvens	Alvorleg																																
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD																																
	Tiltak	Synergi vart oppgradert til ny versjon 9. mai. No får meldarar automatisk opp liste over saker dei sjølve har meldt. Det kan kanskje inspirere til auka meldekultur. Leiarar får 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, og leiarar får undervisning i saksbehandling. Det vil gjere det enklare for tilsette å melde avvik i Synergi. Det blir og laga eit kurs som omhandlar rapportar og statistikkar for saksbehandlarar.																																
	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% 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 halvårstall og estimere måloppnåing basert på dem</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 forbebyggande 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. tilsettskader og saker om vald/truslar Statusrapport tiltak i HMS-handlingsplanar.																																	

Tertial 2	No-situasjon		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	
	Det vert ikkje oppdatert tal før ved slutten av året.									
	Sannsynlegheit	Moderat								
	Konsekvens	Alvorleg								
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD								
Tiltak	Utføre førebyggjande tiltak innanfor risikoområde, blant anna i høve til vald og truslar mot tilsette. Gjennomføre HMS-opplæring for leiarar / tilsette. Implementere HMS-handlingsplanen i avdelingane. Prosjekt «Vern mot vald og truslar»									
Tiltaksansvarleg	HR Direktør / Senior HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar Avdelingssjefar / seksjonsleiarar / einingsleiarar									
Kontrollaktivitet	Synergirapport HMS-saker, inkl. tilsettskader 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 pr 1. tertial underforbruk i høve budsjett. Prognose for året tilseier at det vil verte vanskeleg å nå denne målsettinga 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

Tertial 2	No-situasjon	Helse Førde er i ein situasjon at føretaket må gjennomføre kostnadsreduksjon. Budsjett 2017 har marginalt mindre kostnadsreduksjon i psykisk helsevern enn i somatikk. Rekneskapen syner negative avvik i høve til budsjett for ISF-inntekter, løn og varekostnadar i somatikken, medan psykisk helsevern pr 2. tertial har underforbruk i høve budsjett. Prognose for året tilseier at det ikkje er mogeleg å nå målsettinga om høgare kostnadsreduksjon i somatikken. Når det gjeld aktivitet er det så langt ein vekst i somatikken. Psykisk helsevern har ei litt ulik utvikling på sine område, men vurderinga er at veksten ikkje er like sterk som i somatikken.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektører og økonomidirektør
	Tiltak	Tett økonomi og aktivitetsoppfølging, arbeid med driftsendringar.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektører 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 planlagd
Risikoelement 4.2A		Tiltak som skal gje kostnadsreduksjon i somatikken og dermed reduksjon i tal årsverk i budsjett 2017 vert ikkje gjennomført som planlagd
Tertial 1	No-situasjon	Utviklinga i brutto månadsverk er pr. 1 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	Klinikkdirektører og økonomidirektør
	Tiltak	Tett økonomi og aktivitetsoppfølging
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektører og økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rekneskapsoppfølging
Tertial 2	No-situasjon	Det er lik prosentvis vekst (reduksjon) i årsverk i somatikk og i psykisk helsevern
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektører og økonomidirektør
	Tiltak	Tett økonomi og aktivitetsoppfølging
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektører og økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rekneskapsoppfølging

Styringsmål 5	Helse Førde utviklar «pasientens helseteneste» med god kvalitet, brukarmedverknad og heilskaplege pasientforløp.
Delmål 1	Forprosjektet til Nye Førde sjukehus er etablert med sterk forankring og kunnskap om driftsorganisasjonen, i kombinasjon med spisskompetanse frå Sykehusbygg.
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, alvorlig på økonomi, samla sett moderat
	Risikoeigar	ProsjektdirektørNye Førde sjukehus
	Tiltak	Følgje opp etablerte milepelar på framdrift Kostnadsstyrt arbeid mot etablert ramme i forprosjektet
	Tiltaksansvarleg	ProsjektdirektørNye Førde sjukehus
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Rapportering til styringsgruppe, programleiing og programstyre
	No-situasjon	Viktige avklaringspunkt er klarifisert inn mot kreativ prosess som skal gjennomførast den 14/9. Det er usikkerheit knytt til konklusjonar som kan komme av denne prosessen og om det eventuelt oppstår utgreiingsbehov som krev omfattande forankringsprosessar.
	Sannsynlegheit	Stor på framdrift, moderat på økonomi, samla sett moderat
	Konsekvens	Liten på framdrift, alvorlig på økonomi, samla sett moderat
	Risikoeigar	ProsjektdirektørNye Førde sjukehus
	Tiltak	Følgje opp etablerte milepelar på framdrift Kostnadsstyrt arbeid mot etablert ramme i forprosjektet
Tertial 1	Tiltaksansvarleg	ProsjektdirektørNye Førde sjukehus
	Kontrollaktivitet	Rapportering til styringsgruppe, programleiing 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
	No-situasjon	Etablering av tenesteutviklingsprosjekta er forsinka/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 forsinka. Sykehusbygg bidreg i arbeidet i lag med interne ressursar. Prosjekta bidrag også inn i arbeidet med alternative skisseprosjekt, som følgje av meir usikker økonomi.
Tertial 1	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Programleiinga v/Utviklingsdirektør
	Tiltak	Etablere alle prosjekta innan 20. mars (forsinka – utsett til 1. juni)
	Tiltaksansvarleg	Programleiar/Utviklingsdirektør
	Kontrollaktivitet	Rapportering til programleiing og programstyre

Tertial 2	No-situasjon	Tenesteutviklingsprosjekta er etablerte og vil i løpet av hausten levere tilrådingar til justering ift konseptfasen til forprosjekt Nye Førde sjukehus. Det er litt seinare enn føresett, men tidsfristane har vorte justert noko utan at dette har alvorlege konsekvensar for framdrifta i arealprosjektet. Helse Førde har ein dårlegare økonomi enn føresett. Tenesteutviklingsprosjekta må ta omsyn til dette, samstundes som dei skal planlegge framtidas tenester. Det gir ein vanskeleg balansegang mellom prosjekt og drift. Prosjekta må handtere usemje om tilrådingar under stress. Det er meldt om til dels høgt konfliktnivå, og leiinga har sett i verk tiltak for å betre internkommunikasjonen og gje ryddige prosessar utan at det går ut over arbeidsmiljø. Det er på denne bakgrunn etablert tettare samarbeid mellom prosjekt og linje for å oppnå god forankring gitt at ein har knapp tid til arbeidet. Programleiinga har møte annankvar veke for å sikre oversyn og tilstrekkelig forankring og informasjonsflyt når det gjeld tilrådingar og prosess.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Programleiinga v/Utviklingsdirektør
	Tiltak	Følgje tett opp prosjeta for å sikre leveransar hausten 2017
	Tiltaksansvarleg	Programleiar Anne Kristin Kleiven
	Kontrollaktivitet	Rapportering til programleiing annankvar veke, og til programstyret 10.10.2017