

Risikostyring av styringsmål HFD 2016 - tabell:

Styringsmål 1		Talet på skader som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2018.
Delmål 1		Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2017 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.
Kritisk suksessfaktor 1.1A		Leiarar i Helse Førde har god kunnskap om og forståing for program for pasienttryggleik m/bakgrunn, innhald og samanhengar. Tilsette er kjende med programmet og forbetringstiltaka.
Risikoelement 1.1A		Mange leiarar i Helse Førde har ikkje god kunnskap om og forståing for program for pasienttryggleik med bakgrunn, innhald og samanhengar. Mange tilsette er ikkje kjende med programmet og forbetringstiltaka.
Tertial 1	No-situasjon	Programmet er godt kjent. Alle avdelingar i Helse Førde er i gang med fleire aktuelle tiltak. Det har frå programmet vore gjennomført leiarmøte både i fellesarrangement og med kvar einskild eining.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	Følgje plan for implementering av tiltaka i programmet i avdelingane.
	Tiltaksansvarleg	Leiar program for pasienttryggleik (FAU) Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Driftsrapportar og indikatorar i styringsportalen (kvalitet)
Tertial 2	Nosituasjon	Programmet har jamlege møte og kontakt med alle avdelingar i føretaket. Dei ulike tiltaka er anten under implementering eller sett i drift.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar /VAD
	Tiltak	Følgje plan for implementering av tiltaka i programmet i avdelingane.
	Tiltaksansvarleg	Leiar program for pasienttryggleik (FAU) Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Driftsrapportar og indikatorar i styringsportalen (kvalitet)
Tertial 3		

Vurdering av tiltak	
---------------------	--

Delmål 2		Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseføretaka så snart dei blir overleverte frå prosjekt til linje.
Kritisk suksessfaktor 1.2A		Det er etablert plan for implementering frå prosjekt til linje/drift. Planen vert følgd opp av leiarane.
Risikoelement 1.2A		Det er ikkje etablert plan for implementering frå prosjekt til linje/drift. Planen vert ikkje følgd opp av leiarane.
Tertial 1	No-situasjon	Implementering skjer etter avdelingane sine handlingsplaner, og dette vert i tillegg følgd opp av programmet. Nokre område er programleiinga framleis pådrivarar på saman med avdelingane.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar KIR/MED/PHV
	Tiltak	Programmet og avdelingane har plan for implementering av dei ulike tiltaka i programmet, med prioritert rekkjefølgje.
	Tiltaksansvarleg	Program for pasienttryggleik (FAU) Avdelingssjefar / seksjonsleiarar / einingsleiarar
	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	Nosituasjon	Implementering skjer etter avdelingane sine handlingsplanar, og dette vert i tillegg følgd opp av programmet. Nokre område er programleiinga framleis pådrivarar på saman med avdelingane.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar KIR/MED/PHV
	Tiltak	Programmet og avdelingane har plan for implementering av dei ulike tiltaka i programmet, med prioritert rekkjefølgje.
	Tiltaksansvarleg	Program for pasienttryggleik (FAU) Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	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 3	Situasjon ved årsslutt	
Tertial 3		Risikomatrise Styringsmål 1 delmål 1 & 2
Tertial 3	Vurdering av tiltak	1. tertial

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten			1.2.A/1.1.A		
	Svært liten					
Risikomatrise Styringsmål 1, delmål 1 & 2 2. tertial						
		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten			1.2.A/1.1.A		
	Svært liten					
Risikomatrise Styringsmål 1, delmål 1 & 2 3. tertial						
		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Samsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 2	Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest skal reduserast.
Delmål 1	Halde fram med prosjektet «Alle møter», faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).
Kritisk suksessfaktor 2.1A	Avdelingar fortset arbeidet med dei ulike delane av «Alle møter», held fram med arbeidstidsplanlegging med lang tidshorisont. Kjenner til og nyttar eksisterande og nye faglege retningslinjer, inkludert prioriteringsretteleiarar og pakkeforløp. Overvaking av kvalitet fortset.
risikoelement 2.1A	Arbeidstidsplanlegging har for kort horisont, og blir ikkje gjennomført som føreset i «Alle Møter». Avdelingar kjenner ikkje nok til og nyttar ikkje i stor nok grad eksisterande og nye faglege retningslinjer, inkludert prioriteringsretteleiarar og prosedyrar i høve pakkeforløp.

justeringar.Tertial 1	No-situasjon	<p>Avdelingane utfører i jamnt auka grad langtidsplanlegging i tråd med delprosjekta i «Alle Møter» med gode/betra resultat for m.a. ventetider.</p> <p>Det vert teke ut månadlege rapportar timetildeling i avd. for oppfølging.</p> <p>Nasjonale fagprosedyrer, prioriteringsretteleiarar, aktuelle pakkeforløp mv. vert implementerte løpande i dei ulike fagområda. T.d. er alle nye prioriteringsretteleiarar innan PHV implementert, og samtlege kreftpakkeforløp. Prio 2 er undervist om.</p>
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	<p>Set krav til langtidsplanlegging/oppgåveplanlegging for alle avdelingar.</p> <p>E-læringskurs for prioriteringsansvarlege fagpersonar og merkantile. Arbeidet med dei ulike tiltaka i «Alle møter».</p>
	Tiltaksansvarleg	<p>Fagdirektør/Koordinatorar</p> <p>Prosjekteigar og (del) prosjektleiar (ar) «Alle møter»</p> <p>Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar</p>
	Kontrollaktivitet	Rapportering på kreftpakkeforløp, rettleiarar, overvaking av ventelister mv. Rapport frå utval og Kvalitetshandbok implementerte prosedyrer.
Tertial 2	Nosituasjon	<p>Ventetider for utgreiing og behandling har tilfredsstillande utvikling i Helse Førde. Avdelingane utfører i jamnt aukande grad langtidsplanlegging i tråd med delprosjekta i «Alle Møter» med gode/betra resultat for m.a. ventetider.</p> <p>Det vert teke ut månadlege rapportar timetildeling i avd. for oppfølging.</p> <p>Nasjonale fagprosedyrer, prioriteringsretteleiarar, aktuelle pakkeforløp mv. vert implementerte løpande i dei ulike fagområda. T.d. er alle nye prioriteringsretteleiarar innan PHV implementert, og samtlege kreftpakkeforløp. prio 2 er undervist om.</p>
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	<p>Set krav til langtidsplanlegging/oppgåveplanlegging for alle avdelingar.</p> <p>E-læringskurs for prioriteringsansvarlege fagpersonar og merkantile. Arbeidet med dei ulike tiltaka i «Alle møter».</p>
	Tiltaksansvarleg	<p>Fagdirektør/Koordinatorar</p> <p>Prosjekteigar og (del) prosjektleiar (ar) «Alle møter»</p> <p>Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar</p>
	Kontrollaktivitet	Overvaking og jamleg rapportering.
Tert	Situasjon ved årsslutt	

	Vurdering av tiltak	
--	----------------------------	--

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		Helse Førde har starta opp arbeid med å få kunnskap om variasjonar i m.a. ventetid og kvalitet, og nyttar kunnskapen.
Risikoelement 2.2A		Helse Førde har ikkje starta opp arbeid med å få kunnskap om variasjonar m.a. ventetid og kvalitet, og nyttar ikkje kunnskapen.
Tertial 1	Nosituasjon	Helse Førde har identifisert svake område og jobbar med tiltak». Helse Førde utviklar Helseatlas. Helseatlas skal gje datagrunnlag for å analysere og få kunnskap om variasjonar i bruk av helsetenester. Det her no gjeve konsesjon frå Datatilsynet for innhenting NPR-data. Helse Førde skårar høgt på målingar nasjonale kvalitetsindikatorar.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	Utvikle Helseatlas for kunnskap om variasjonar, for kvalitetstiltak. Dei ulike fagmiljøa ute i klinikkane/avdelingane kartlegg variasjonar samanlikna med andre helseføretak, og nyttar kunnskapen til kvalitetsforbetring. Helse Førde bidreg i nasjonalt og regionalt arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorar for måling og kvalitetsutvikling.
	Tiltaksansvarleg	FAU v/fagdirektør/prosjektleder «Helseatlas», medlemmer i forum for nasjonalt og regionalt arbeid t.d. utvikling av kvalitetsindikatorar.
	Kontrollaktivitet	Framdrift Helseatlas og nasjonalt/regionalt arbeid kvalitetsindikatorar Månadlege kvalitetsrapportar, inkl. ventetider
Tertial 2	No-situasjon	Helse Førde har identifisert svake område og jobbar med tiltak. Helse Førde utviklar Helseatlas på oppdrag frå Helse Vest, noko som skal gje datagrunnlag for å analysere og få kunnskap om variasjonar i bruk av helsetenester. Datatilgang frå NPR er enno uløyst problem. Ein har og Samhandlingsbarometeret som også vert brukt av Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Helse Førde skårar gjennomgåande høgt på målingar i nasjonale kvalitetsindikatorar, medan det er nokre utfordringar på utfallsindikatorar/kvalitetsregister.
	Sannsynlegheit	Liten

	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	Utvikle Helseatlas og Samhandlingsbarometeret vidare for kunnskap om variasjonar, og for ulike kvalitetstiltak. Dei ulike fagmiljøa ute i klinikkane/avdelingane hentar kunnskap om variasjonar samanlikna med andre helseføretak, og nyttar kunnskapen til kvalitetsforbetring. Helse Førde bidreg i nasjonalt og regionalt arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorar for måling og kvalitetsutvikling.
	Tiltaksansvarleg	FAU v/fagdirektør/prosjektleiari Helseatlas, medlemmer i forum for nasjonalt og regionalt arbeid t.d. utvikling av kvalitetsindikatorar.
	Kontrollaktivitet	Framdrift Helseatlas og nasjonalt/regionalt arbeid kvalitetsindikatorar Månadlege kvalitetsrapportar, inkl. ventetider
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 3		Tiltaka i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnytting av operasjonsstovene.
Kritisk suksessfaktor 2.3A		Tiltaka i prosjekt «Alle møter» er godt forankra i leiinga og har tilslutnad i fagmiljøet. Der er god oversikt over operasjonskapasitet og denne vert godt nytta.
Risikoelement 2.3A		Tiltaka i prosjekt «Alle møter» er ikkje godt forankra i leiinga og har ikkje tilslutnad i fagmiljøet. Det er ikkje tilstrekkeleg oversikt over operasjonskapasitet og denne vert ikkje godt utnytta. Planlegging og logistikk er for dårleg.
Tertial 1	Nositasjon	Tiltaka i «Alle Møter» er godt forankra i leiing og organisasjon. Det er særlig fokus på oppgøveplanlegging og fråværsplanlegging. Framover vil delprosjekta «Open linje» og «Samskapt planlegging» få auka fokus. Det er starta opp kartlegging av bruk av operasjonskapasitet og operasjonsstover, og identifisert forbetningsområde der tiltak er under utvikling.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar / VAD

	Tiltak	Ta i bruk tiltaka i prosjekt «Alle møter»: Elektronisk brukardialog, avansert oppgaveplanlegging, betra gjennomføring av poliklinikk, Open linje, samskapt planlegging mv. Få oversyn over faktisk bruk av operasjonsstovene og sjå dette i samanheng med operasjonskapasitet. Planlegge tilstrekkeleg og gjennomføre tiltaka som er naudsynt for meir effektiv utnytting.
	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	Nosituasjon	Tiltaka i «Alle Møter» er godt forankra i leiing og organisasjon. Det er særleg fokus på oppgaveplanlegging og fråværsplanlegging. Framover vil delprosjekta «Open linje» og «Samskapt planlegging» få auka fokus. Vi har kartlagt aktiviteten på alle operasjonsstover. Det er gjort korrigeringar av operasjonstider for dei ulike fagområda med målsetjing om å optimalisere drifta. Nokre fag har fått komprimert operasjonstid og krav til høgare effektivitet. Det er innarbeidd i operasjonsprogrammet ei betre utnytting ved å styre korte inngrep og store inngrep på ein betre måte. (Operere eit kort inngrep medan pasient for eit stort inngrep vert klargjort). Starttidspunktet om morgonen er sett likt for alle stover og alle fag.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	Betre planlegging av feriar og haustmøteveker. Tilpasse operasjonskapasitet til tilgjengelige operatørar. Jamlege gjennomgangar av status og eventuelle problemområde.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Måle grad utnytting av operasjonsstover/operasjonskapasitet. Statusmøte.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Risikomatrikse Styringsmål 2						
delmål 1 til 3						
1. tertial						
Konsekvens						
Sannsyn høghet		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					

	Stor					
	Moderat				2.3 A	
	Liten			2.2. A	2.1 A	
	Svært liten					
Risikomatrix Styringsmål 2 delmål 1 til 3 Risikomatrix 2.tertial						
Konsekvens						
Samsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			2.3 A		
	Liten			2.2. A	2.1 A	
	Svært liten					
Risikomatrix Styringsmål 2 delmål 1 til 3 Risikomatrix 3.tertial						
Konsekvens						
Samsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 3		HMS er ein sjølvsgatt 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		Regional HMS-strategi er godt kjent og tilgjengeleg for leiarar og tilsette. Tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette er sett i verk.
Risikoelement 3.1A		HMS-strategi er ikkje kjent eller lagt tilgjengeleg for leiarar og tilsette. Tiltak for å førebygge vald/ truslar mot tilsette er ikkje sett i verk.
Tertial 1	No-situasjon	HMS-strategi er lite kjent og ikkje lagt tilgjengeleg. Det er ikkje utført tilstrekkelege tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoegar	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 førebyggande arbeid. Bruke HMS-rådgjevar til å koordinere vidare systematisk HMS-arbeid.</p>
	Tiltaksansvarleg	<p>HR Direktør /HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar</p> <p>Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar</p>
	Kontrollaktivitet	<p>Rapportere framdrift i informasjonsarbeid og førebyggande arbeid i klinikkvise AMU, føretakets FAMU, samt månadlege driftsrapportar og framdrift HMS-handlingsplanar på alle i nivå i helseføretaket.</p>
Tertial 2	Nositasjon	<p>HMS-strategi er betre kjent og lagt tilgjengelig, og vil få auka fokus. Det er ikkje utført tilstrekkelege tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette.</p>
	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 hovudtiltak i overordna HMS-plan for Helse Førde 2015 – 2018, herunder prioritere tiltak for å førebygge vald og truslar</p> <p>Involvere BHT i førebyggande arbeid. Bruke HMS-rådgjevar til å koordinere vidare systematisk HMS-arbeid.</p>
	Tiltaksansvarleg	<p>HR Direktør /HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar</p> <p>Avdelingssjefar / seksjonsleiarar /einingsleiarar</p>
	Kontrollaktivitet	<p>Rapportere framdrift i informasjonsarbeid og førebyggande arbeid i klinikkvise AMU, føretakets FAMU, samt månadlege driftsrapportar. Få framdrift i HMS-handlingsplanar på alle i nivå i helseføretaket.</p>
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 2	<p>Det blir 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.</p>
Kritisk suksessfaktor 3.2A	<p>Leiarar/tilsette har god kunnskap om avviksmelding og føretaket har brukarvenleg system for avvikshandtering (Synergi).</p>

		<p>Auka bruk av meldesystemet, der skade- og faresituasjonar vert melde.</p> <p>Leiarar /tilsette gjev positive tilbakemeldingar for melde avvik.</p> <p>Vi lærer av feil (førebyggande tiltak).</p>
	Risikoelement 3.2A	<p>Leiarar/tilsette har ikkje nok kunnskap om avviksmelding og føremål med avvikssystem. System for melding av avvik (Synergi) er ikkje brukarvenleg nok.</p> <p>Leiarar/tilsette gjev negative tilbakemeldingar for melde avvik.</p> <p>Vi lærer ikkje av feil (førebyggande tiltak).</p>
Tertial 1	No-situasjon	<p>Leiarar/tilsette formidlar behov for å få auka kunnskap om avvik. Meldesystemet Synergi kan opplevast litt for lite brukarvenleg, slik at det ikkje alltid vert nytta til å melde avvik i ein travel kvardag. Rapportar frå Synergi viser ein auke/stabilitet i tal melde avvik i HF.</p> <p>Det vert formidla at meldarar ikkje alltid får tilbakemelding på saka.</p>
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar / VAD
	Tiltak	<p>Opplæringstiltak for å auke kunnskap om avvikshandtering. Regionalt e-læringskurs under utvikling. Vurdere som obligatorisk kurs.</p> <p>Avvik og meldesystem som tema i FAMU og KAMU.</p> <p>Systematisk bruk av kvalitetsrapportar frå HMS-området (Synergi). Nytte regionale Synergi-fora for å auke brukarvenlegheit av systemet.</p>
	Tiltaksansvarleg	<p>HR-direktør/ HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar</p> <p>Lokal systemeigar og systemansvarleg Synergi i Helse Førde</p> <p>Avdelingssjefar/seksjonsleiarar /einingsleiarar</p>
Kontrollaktivitet	<p>Rapportar dokumentert gjennomføring av e-læringskurs avvik</p> <p>Rapportar frå Synergi om tal melde saker, snitt saker per tilsett</p> <p>Rapportar frå Synergi HMS-saker, herunder vald og truslar</p>	
Tertial 2	No-situasjon	<p>Det er satt i verk ytterlegare opplæring i systembruk. Leiarar/tilsette formidlar fortsatt noko behov for å få auka kunnskap om avvik.</p> <p>Rapportar frå Synergi viser ei auke/stabilitet i tal melde avvik i HF.</p> <p>Det vert formidla at meldarar ikkje alltid får tilbakemelding på saka.</p>
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar / VAD

	Tiltak	Opplæringstiltak for å auke kunnskap om avvikshandtering. Revidert kurs i avvikshandtering vert gjennomført for leiarar hausten 2016. Regionalt e-læringskurs under utvikling. Vurdere som obligatorisk kurs. Avvik og meldesystem som tema i FAMU og KAMU. Systematisk bruk av kvalitetsrapportar frå HMS-området (Synergi) Nytte regionale Synergi-fora for å auke brukarvenlegheit av systemet
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør/ HMS-rådgjevar, HR-rådgjevarar Lokal systemeigar og systemansvarleg Synergi i Helse Førde Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportar dokumentert gjennomføring av e-læringskurs avvik Rapportar frå Synergi om tal melde saker, snitt saker per tilsett Rapportar frå Synergi HMS-saker, herunder vald og truslar
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 3		Talet på tilsetteskadar er redusert						
Kritisk suksessfaktor 3.3A		Tal tilsetteskadar er redusert med 10 % i høve 2015.						
Risikoelement 3.3A		Tal tilsetteskadar er ikkje redusert i tråd med forventa nedgang.						
Tertial 1	No-situasjon		2010	2011	2012	2013	2014	2015
		HMS/ansattskade med konsekvens	173	159	114	62	74	92
		HMS/ansattskade utan konsekvens	6	2	84	87	70	139
		Trussel om vald/vold	51	29	75	43	24	66
	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						
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	Nosituasjon	Ikkje fått samanliknbare tal pt, vert tatt ut ved årsslutt
	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.
	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 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

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

Risikomatrikse styringsmål 3 delmål 1 til 3 Risikomatrikse 3. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 4		Helse Førde utviklar «pasientens helseteneste», med god kvalitet, brukarmedverknad og heilskaplege pasientforløp.
Delmål 1		Program for pasientens helseteneste er etablert, forankra i heile organisasjonen, og har fått rett bemanning og prioritet.
Kritisk suksessfaktor 4.1A		Det er sett inn nok ressursar til å kunne handtere dei mange oppgåvene som er lagt til Pasientens helseteneste, inkludert forankring og kommunikasjon.
Risikoelement 4.1A		Det er ikkje sett inn nok ressursar til å kunne handtere dei mange oppgåvene som er lagt til Pasientens helseteneste, inkludert forankring og kommunikasjon.
Tertial 1	No-situasjon	Det er tilsett fire prosjektleiarar som vil starte i løpet av 2016. Programmet er etablert, og er i ferd med å finne si form.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Å halde fram med å bygge opp organisasjonen slik at den kan handtere oppgåvene.
	Tiltaksansvarlig	VAD
	Kontrollaktivitet	Rapportering på kommunikasjons- og milepælsplan
Tertial 2	No-situasjon	Det er tilsett fire prosjektleiarar/-tilretteleggarar som vil starte i løpet av 2016. Programmet er etablert, og prosjekta Døgn, PHV, Lærdal og delprosjekt Båtambulansse har kome i gang. Det er førebels ikkje prosjektleiar på plass i viktige prosjekt som poliklinikk og medisinsk støtte.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Rekruttere dei siste prosjektleiarane
	Tiltaksansvarleg	VAD
	Kontrollaktivitet	Rapportering på kommunikasjons- og milepælsplan

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 2		Strategiske retningar og overordna prinsipp er tydeleggjort og forankra i organisasjonen
Kritisk suksessfaktor 4.2A		Faggruppa er sett saman av nok sentrale ressursar med nok tid til å gjere oppgåva med tydeleggjering av prinsipp og strategiar.
Risikoelement 4.2A		Faggruppa er ikkje sett saman av nok sentrale ressursar med nok tid til å gjere oppgåva med tydeleggjering av prinsipp og strategiar.
Tertial 1	No-situasjon	Faggruppa er sett saman av sentrale ressursar i føretaket. Kapasiteten i gruppa er avgrensa grunna andre presserande oppgåver.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Levere resultatdokument 15. mai for første fase
	Tiltaksansvarleg	VAD
	Kontrollaktivitet	Resultatdokument er levert
Tertial 2	No-situasjon	Faggruppa har levert sitt arbeid med å konkretisere strategiane. Den har ikkje vore nytta til kvalitetssikring av volum, og behovet for det er til vurdering.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Resultatdokument er levert og handsama i styret.
	Kontrollaktivitet	Resultatdokument behandla i styret
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 3		Volum, kapasitetsbehov, teknologiske løysingar og tal tilsette for planperioden er detaljert nok til at forprosjekt ut-/ombygging FSS kan starte oktober 2016.

Kritisk suksessfaktor 4.3A		Det er sett av nok ressursar, både i stab og støtte og i klinikkane, til at arbeidet kan gjennomførast mellom mai og oktober.
Risikoelement 4.3A		Det er ikkje sett av nok ressursar, både i stab og støtte og i klinikkane, til at arbeidet kan gjennomførast mellom mai og oktober.
Tertial 1	Nositasjon	Det er planlagt inn/organisert ressursar for utføring av arbeidet
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Starte detaljplanlegginga av gjennomføringa straks. Milepælsplan innan 1. tertial
	Tiltaksansvarleg	VAD/direktør drift og eigedom
	Kontrollaktivitet	Milepælsplan og TEAM er på plass.
Tertial 2	Nositasjon	Start forprosjekt vil først bli våren 2017. Det er dedikert ressursar, og starta arbeid med kvalitetssikring av aktivitetstal for nokre prosjekt (døgn, PHV). Det vert arbeidd med å få på plass ressursar til å arbeide med teknologiske løysingar. Dei siste prosjekta skal kome i gang i løpet av hausten/vinteren.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Det vert arbeidd med å etablere dei prosjekta som skal bestille data for kvalitetssikring.
	Tiltaksansvarleg	VAD
Kontrollaktivitet	Utarbeide statusnotat og forprosjekt – mandat	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 4	Brukarmedverknad er etablert med ein tydeleg funksjon i program for pasientens helsetjeneste.
Kritisk suksessfaktor 4.4A	Brukarane er representert i program og prosjekt, og brukarutvalet er nytta som referansegruppe.
Risikoelement 4.4A	Brukarane er ikkje representert i program og prosjekt, og brukarutvalet er ikkje nytta som referansegruppe.

Tertial 1	No-situasjon	Brukarane er representerte i programmet og nokre prosjekt, og brukarutvalet har vore halde løpande orientert om programmet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Halde fram med å ha brukarane i fokus i programetableringa
	Tiltaksansvarleg	VAD/utviklingsdirektør
	Kontrollaktivitet	Rapportering til programstyret og gjennomførte samarbeidsmøte og representasjon oppretta.
Tertial 2	No-situasjon	Brukarrepresentantar er oppnemnde i program og prosjekt og det vert fortløpande oppnemnt/etterspurt ved nye prosjekt .
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Sende førespurnader til brukarutvalet ved behov for representantar.
	Tiltaksansvarleg	VAD
	Kontrollaktivitet	Prosjektmandata og referat frå møte
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

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

Liten			4.4.A	4.2.A	
Svært liten					

Risikomatrix Styringsmål 4 delmål 1 - 4 3. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 5	Helse Førde har ein god og effektiv bruk av personal og økonomiske ressursar.	
Delmål 1	Helse Førde har rett og høg kompetanse for å ivareta pasientforløp med god kvalitet, heilskapleg tilnærming og effektiv ressursbruk.	
Kritisk suksessfaktor 5.1A	Heilskapleg plan for bemanning og rekruttering, tilgang på kompetanse.	
Risikoelement 5.1A	Får ikkje rekruttert eller stabilisert rett kompetanse, og må t.d. leige inn etterspurt fagkompetanse til for høg kostnad. Manglar kompetanse ift. kvalitetskrav og utviklingsbehov.	
Tertial 1	No-situasjon	Har oversyn over kompetanse, og arbeider utifrå gjeldande behov. Manglar heilskapleg kompetansestrategi, den blir arbeidd med. Står framfor stor utskifting pga. pensjonering i viktige yrke (lege, sjukepleiar). Sårbart, rekrutteringsutfordring ift. sentrale yrkesgrupper: (bioingeniør, legespesialist, sjukepleiar m/spesialisering, psykolog mfl.).
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD

	Tiltak	Oversyn over bemanning og kompetansebehov. Kartlagt rekrutteringsbehov. Etablert bemanningssenter (bruke egne vikarar, breiddekompetanse, fleksibilitet). Utarbeide rekrutterings- og kompetansestrategi. Bevare og utvikle eigen kompetanse.
	Tiltaksansvarleg	Fag og utviklingsavdelinga (FAU) v/utviklingsdirektør/ seksjonsleiar for undervisning Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Bruk av IKT-verktøy/styringsdata til jamleg rapportering
Tertial 2	Nosituasjon	I gang med revisjon av legeplan, kompetanseplan under arbeid, bemanningssenter etablert. Sett i verk rekrutteringstiltak for sjukepleiestudentar. Det vert arbeidd målretta med mottak opplæring av turnuslegar, sjukepleiarar. LIS-legeopplæring under utarbeiding.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Vidare arbeid med rekrutterings/stabiliseringstiltak, fullføre legeplan, utarbeide kompetansestrategi.
	Tiltaksansvarleg	VAD
	Kontrollaktivitet	Legeplan første fase ferdig. Kompetansestrategi – arbeid starta opp. Status framdriftsplanar.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 2	Helse Førde tek ut kvalitetsmessige, økonomiske og ressursmessige nytteverdiar i utviklinga.
Kritisk suksessfaktor 5.2A	Held samla stabilitet i tal månadsverk over tid (svak stigning, behov for å følgje med). Har klar plan for omstillingar for å møte nye utfordringar og kompetanseplan. Får auka rekruttering til faste stillingar, og har lite kostnader knytt til innleige av vikarar.
Risikoelement 5.2A	Halde ikkje samla stabilitet i tal månadsverk over tid (svak stigning, behov for å følgje med). Manglar klar plan for omstillingar for å møte nye utfordringar og kompetanseplan . For høge kostnader med innleige av vikarar pga. manglande rekruttering til faste stillingar.

Tertial 1	No-situasjon	Det har vore ein vekst i brutto månadsverk så langt i år. Noko av veksten kan forklarast statistisk, men ikkje heile auken. Det er fare for at Helse Førde får ein kostnadsauke som ikkje er planlagt på dette området. Tidligere år har nivået på månadsverk vore høgare etter sommarferien, og veksten har då blitt verande på det auka nivået resten av året. Det er per i dag for lite oversikt over bemanningsområdet. Rapportane gjev lite meining for leiarar og controllarane. Det er og fare for at låg forventa lønsauke fører til større bruk av innleigde vikarar.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	Betre bemanningsrapportar og betre registrering i GAT
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør/HR-direktør Økonomiske rådgjevarar/HR-rådgjevarar, leiar bemanningssenter Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Monitorere, månadlege rapportar frå Styringsportalen mv.
Tertial 2	Nosituasjon	Det har vore ein høgare vekst enn planlagt i tal årsverk i medisinsk og kirurgisk klinikk. Gjeld særleg legar og i ambulansetenesta, og handlar om å sikre nok personell til vaktordningar og å oppfylle faglege retningslinjer. Tidligere år har nivået på månadsverk vore høgare etter sommarferien. Det kan sjå ut til at dette ikkje skjer i 2016, men likevel har det vore ein vekst i brutto månadsverk så langt i år. Noko av veksten kan forklarast statistisk, men ikkje heile auken. Vi arbeider med korleis vi skal bli flinkare til nytte HR-data til å følgje kostnadsdrivarar. Det er fare for at Helse Førde får eit meirforbruk ift. budsjett for 2016. Det er lagt opp til å få ein effektivisering av IKT-prosjekt, men så langt er lite konkretisert.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	Langtidsbudsjett og budsjett for 2017 som gjev lågare kostnader til løn.
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør/HR-direktør Økonomiske rådgjevarar/HR-rådgjevarar, leiar bemanningssenter Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Budsjettdokument, verksemdsrapportar månadleg
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Delmål 3	Helse Førde behandlar fleire pasientar innan rammene.
-----------------	---

Kritisk suksessfaktor 5.3A		Tiltak for effektivisering blir implementert.
Risikoelement 5.3A		Tiltak for effektivisering blir ikkje implementert.
Tertial 1	No-situasjon	Det har vore ein lågare aktivitet i første tertial enn venta. Sjølv om aktiviteten i poliklinikkane er høg, er det færre inneliggjande pasientar og dagopphald enn budsjettert og i fjor. Problema med særleg låg aktivitet er knyta til få avdelingar, samstundes som mange avdelingar her litt lågare aktivitet enn forventa.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar
	Tiltak	I dei få avdelingane som særleg har problem må det arbeidast særskilt med (risikostyring). Samstundes må heile føretaket arbeide med aktivitetsstyrt bemanning. Ta i bruk verktøy for planlegging, etablere velfungerande planleggingsteam, ta i bruk rutine for planlegging, gjennomføre langtidsplanlegging for legar mv.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Styringsinformasjon planleggingsgrad, etc. Oppfølging etter gjennomgang av faste rapportar
Tertial 2	Nosituasjon	Det har vore ein høgare aktivitet på poliklinikken enn planlagt, men tal døgnopphald har vore lågare enn planlagt og i fjor. Vi veit lite om det har vore ei vridning i ressursbruk frå døgnpostar til poliklinisk verksemd. Lågare aktivitetsbaserte inntekter forklarar i stor grad budsjettavviket i år. Samstundes har det vore ein vekst i tal månadsverk. Overordna kan vi difor si at effektiviteten har gått ned, men det krev grundigare analysar for å stadfeste dette. Det er forventa ein effektiviseringseffekt av IKT-prosjekt som er i ferd med å implementerast. Det er så langt lite synleg korleis vi skal få til effektivisering som følge av prosjekta.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	AD v/Klinikkdirektørar
	Tiltak	Ta i bruk verktøy for planlegging, etablere velfungerande planleggingsteam, ta i bruk rutine for planlegging, gjennomføre langtidsplanlegging for legar mv.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar/avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Fokus på drift/budsjettarbeid
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

Vurdering av tiltak	
----------------------------	--

Delmål 4		Helse Førde skal implementere verktøya i prosjekt klinisk IKT og lage plan for uttak av styringsinformasjon.
Kritisk suksessfaktor 5.4A		Helse Førde tek i bruk kliniske nye IKT-verktøy etter kvart som desse vert tilgjengelege.
Risikoelement 5.4 A		Helse Førde er ikkje førebudd for/utset å ta i bruk nye kliniske IKT-verktøy.
Tertial 1	No-situasjon	Det er planlagt implementering av tre større kliniske IKT-verktøy i løpet av 2016 – 2018; KULE, DMA og Dips Arena. Det er noko forseinking i implementeringa frå regionalt hald. Helse Førde er organisert for å ta dei i bruk straks dei ligg føre.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD v/klinikkdirektørar/VAD
	Tiltak	God organisering av intern opplæring: Planlegge og organisere opplæring og implementering lokalt, i kvar avdeling. Bidra til at regionale prosjekt går etter planen.
	Tiltaksansvarleg	Prosjekteigarar/prosjektleiarar Avdelingssjefar/seksjonsleiarar/einingsleiarar
	Kontrollaktivitet	Rapportering i styringsgruppemøte
Tertial 2	Nosituasjon	Prosjektorganisasjon er på plass, aktivitetar planlagt og implementering av kliniske IKT-prosjekt går som planlagt. Vil bli behov for meir ressursar til vedlikehald og systemeigarskap på sikt.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Oppretthalde framdrift
	Tiltaksansvarleg	Prosjektleiar Olav Hesjedal/utviklingsdirektør Anne Kristin Kleiven
	Kontrollaktivitet	Styringsgruppemøte kvar mnd. Rapportering til styret.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Risikomatrise Styringsmål 5						
delmål 1 til 4						
1. tertial						
Konsekvens						
Sannsynl.		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
	Svært stor					

Stor			5.2.A	5.3.A	
Moderat				5.1.A	
Liten				5.4.A	
Svært liten					

Risikomatrise Styringsmål 5						
delmål 1 til 4						
2. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					5.2.A 5.3.A
	Moderat				5.1.A	
	Liten				5.4.A	
	Svært liten					

Risikomatrise Styringsmål 5						
delmål 1 til 4						
3. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					