

Risikostyring av styringsmål HFD 1. tertial 2022:

Styringsmål 1		Legemiddelområdet Helse Førde har rutinar som sikrar trygg legemiddelhandtering gjennom heile pasientforløpet. Det er etablert og tatt i bruk rutinar og nye tekniske løysingar som understøttar prosessen kring all legemiddelhandtering , ved innskriving, under sjukehusopphaldet og ved utskriving i Helse Førde
Delmål 1		Innan utgangen av 2022 skal 100% av pasientane med meir enn fire medikament ha samstemt legemiddelliste ved innlegging
Kritisk suksessfaktor 1.1A		Det er god kjennskap til rutinar og praktisk gjennomføring av samstemming ved innlegging i sjukehuset.
Risikoelement 1.1A		Det er manglande kjennskap og varierende praktisk gjennomføring av samstemming
Tertial 1	No-situasjon	Det vert gjort jamlege manuelle målingar på samstemmingsprosessen, slik den er mulig å få ut data på gjennom meona. Samla for Helse Førde viste målinga for mars -22 at fpr aktuelle pasientar var berre 61% av legemiddellistene samstemte. Dette er ein nedgang frå målingar gjort i 2021. Innan utgangen av 2022 skal 100% av alle pasientar med meir enn 4 medikament ha samstemt legemiddelliste ved utskriving, og denne lista skal vere tilgjengeleg for pasient digitalt eller via utskrift når pasienten reiser frå sjukehuset. Meldte avvik både i føretaket og frå kommunane viser at innan legemiddelavvik er mangelfulle, eller feil i, medisinalister ofte ei av årsakene. Det er i hovudsak legane som gjennomfører legemiddelsamstemming, men det vil og kunne vere tverfagleg samarbeid med t.d sjukepleiar på sengepost
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Asle Kjølraug
	Tiltak	Følgje opp opplæring i både rutinar og praktisk metode for samstemming, og sikre at dette vert følgd opp av legar og dei med leiaransvar for legar <ul style="list-style-type: none"> a) Nytilsette legar b) Vedlikehald og reopplæring av legar/andre tilsette i samstemmingsprosessen i meona og som metode
	Tiltaksansvarleg	Kari Furevik – tiltaksansvarleg som leiar for legemiddelhandteringsprosjektet i Helse Førde <ul style="list-style-type: none"> - Systemegar Meona har ansvaret for opplæringsmateriell og tilrettelegging for opplæring og reopplæring Klinikkleining og næraste leiar for legane har gjennomføringsansvaret og etterlevingsansvar

	Kontrollaktivitet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forbetra resultat for kvar eining på gjennomført samstemming målt ved kontroll/stikkprøver i Meona ca x 1pr mnd 2. Gjennomført obligatorisk opplæring ved oppstart i Helse Førde for alle nytilsette legar 3. Gjennomført undervisning og praktisk gjennomgang samstemming i alle einingar 4. Redusert tal avvik som indikerer manglande legemiddelsamstemming som årsak til feilmedisinering eller skade som del av legemiddelbehandling
	Delmål 2	Innan utgangen av 2022 skal 100% av alle pasientar med meir enn 4 medikament ha samstemt legemiddelliste ved utskriving, og denne lista skal vere tilgjengeleg for pasient digitalt eller via utskrift når pasienten reiser frå sjukehuset.
	Kritisk suksessfaktor 1.2A	Det er god kjennskap til rutinar og praktisk gjennomføring av samstemming av legemiddellista ved utskriving frå sjukehuset. Det er praksis at pasient (og/eller neste omsorgsnivå) får tilgang til legemiddellista same dag som pasienten reiser fra sjukehuset
	Risikoelement 1.2A	Det er ikkje god kjennskap til rutinar og praksis for gjennomføring av samstemming av legemiddelliste ved utskriving. Det er ikkje praksis at pasient får med oppdatert legemiddelliste ved utreise
Tertial 1	No-situasjon	<p>Avvik internt i føretaket og samhandlingsavvik syner at samstemming av legemiddel ved utskriving ofte ikkje vert gjort , eller ikkje gjort korrekt, og at pasienten (eller anna omsorgsnivå) ikkje får oppdatert legemiddelliste same dag som pasienten reiser frå sjukehuset. Resultat kan bli feilmedisinering og/eller forseinkingar i vidare behandling.</p> <p>Rutinar for samstemming av legemiddel ved utreise er mangelfullt implementert og manglande gjennomført</p> <p>Spørjeundersøking gjort blant legar (alle nivå) mars/april 2022 syner stor variasjon i om det vert gjort samstemming og korleis det vert gjort. Undersøkinga syner at mange legar finn eigne måtar å gjere det på i EPJ systemet, og ikkje følgjer rutine slik det er beskrive då det verkar tungvint. Det vert og meldt attende at systemet (Meona) ikkje er godt nok.</p>
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Asle Kjørlaug
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gjennomgå opplæring og undervisning som finnast og lage opplæring som sikrar at nye funksjonar i Meona vert tatt i bruk slik dei er tenkt 2. Gjennomgå rutiner slik at tiltak for å kompensere for evt manglar i eit elektronisk verktøy vert tatt i bruk for å redusere risiko for legemiddelfeil, og redusere risiko for feil i liste til pasient ved utskriving 3. Gjennomført obligatorisk opplæring ved oppstart i Helse Førde for alle nytilsette legar 4. Gjennomført undervisning og praktisk gjennomgang samstemming i alle einingar

	Tiltaksansvarleg	Kari Furevik – tiltaksansvarleg som leiar for legemiddelhandteringsprosjektet i Helse Førde <ul style="list-style-type: none"> - Systemeigar Meona har ansvaret for opplæringsmateriell og tilrettelegging for opplæring og reopplæring - Klinikkleiing og næraste leiar for legane har gjennomføringsansvaret og etterlevingsansvar
	Kontrollaktivitet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gjennomført obligatorisk opplæring ved oppstart i Helse Førde for alle nytilsette legar 2. Gjennomført undervisning og praktisk gjennomgang samstemming i alle einingar 3. Manuelle målingar i Meona for samstemming ved utskriving 4. Færre skader/feil/manglar som følge av manglande samstemming ved utreise 5. Færre avvik frå kommunane etter utskriving som omhandlar manglande legemiddelsamstemming

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

Styringsmål 2	Vald og trugslar Helse Førde har ansvar for at medarbeidarar så langt det er mogleg ikkje blir utsett for vald og trugslar på arbeidsplassen. Helse Førde skal ivareta trygge og gode arbeidsvilkår for alle medarbeidarar gjennom eit godt førebyggjande arbeid og god tryggleikskultur.
Delmål 1	Vald og trugsmål mot medarbeidarar i Helse Førde skal førebyggjast ved å gjennomføre eit systematisk HMS-forbetringsarbeid, herunder ROS-analyse, på alle nivå i organisasjonen
Kritisk suksessfaktor 2.1.A	Heile organisasjonen gjennomfører eit systematisk HMS-forbetringsarbeid i samsvar med myndigheitskrav og interne rutinar.
Risikoelement 2.1.A	Det blir ikkje gjennomført systematisk HMS-forbetringsarbeid i samsvar med det som er bestemt.

Tertial 1	No-situasjon	Resultata i forbetningsundersøkinga, internrevisjon og tilsyn viser at det systematisk HMS-forbetningsarbeid knytt til området vald og trugsmål mot medarbeidar ikkje alltid har ei tilstrekkeleg gjennomføring. Viktige områder i det systematiske HMS-forbetningsarbeidet blir ikkje gjennomført (t.d. ros-analyse)
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arne Skjelten
	Tiltak	<p>Utvikle ei felles forståing i organisasjonen for innhaldet i det systematisk HMS-forbetningsarbeidet og kva god tryggleikskultur knytt til vold og truslar inneber (= summen av medarbeidarane sin kunnskap, motivasjon, haldningar og åtferd)</p> <p>– Sjå tiltak under delmål 2</p> <p>Opprette HMS-mapper i Elements for lagring av HMS-dokument</p> <p>Oppdatere og tydeleggjere Helse Førde si prosedyre for førebygging, handtering og oppfølging av vald og truslar (med tydligare kopling til Arbeidstilsynet sin rettleiar på området, samt at tilsette skal medverke i kartlegging og risikovurdering)</p> <p>Oppdatere og utvikle HMS-handbok samt relevante prosedyrar</p> <p>Oppdatere og utvikle temasider på intranett (HMS- og forbetring)</p> <p>Oppdatere og utvikle rettleiar for HMS-forbetningsarbeidet</p>
	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 2.1.B	Organisasjonen har oversikt over potensielle farar knytt til vold og trugsmål mot medarbeidarar (systematisk kartlegging). Farane må risikovurderast. ROS-analysane må vere tilstrekkeleg «spissa» for å fange opp nyansene/risikoane i dei ulike einingane	
Risikoelement 2.1.B	Det er ikkje tilstrekkeleg oversikt over potensielle farar knytt til vald og trugsmål mot medarbeidarane i organisasjonen. For generelle ROS-analysar klarer ikkje å fange opp risikoane ved den enkelte eining.	
justeringar: Tertial 1	No-situasjon	Internrevisjon og eksternt tilsyn har avdekka at føretaket ikkje har tilstrekkeleg oversikt over potensielle farar knytt til vald og trugsmål mot medarbeidarane då det ikkje er gjennomført systematisk kartlegging og risikovurdering på området verken overordna eller på einingsnivå. Når ein ikkje har ei oversikt over det totale risikobiletet, vert det utfordrande å gjere gode prioriteringar og setje i verk målretta tiltak
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arne Skjelten

	Tiltak	<p>Oppdatere og tydeleggjere Helse Førde si overordna prosedyre for førebygging, handtering og oppfølging av vald og truslar</p> <p>Innføring av nye prinsipp og retningslinjer for risikostyring i HV Innføring av nytt verktøy for risikovurdering/-styring? (viktig med tilgangar for dei som skal medverke i arbeidet)</p> <p>Gjennomføre prosjektet med risikostyringa av topp 5 risikoområdet - vold og truslar mot medarbeidarar.</p> <p>Få oversikt over det totale risikobildet for vald og trugsmål mot helsepersonell i Helse Førde ved å gjennomføre overordna risikovurdering i føretaket.</p> <p>Alle avdelingar, seksjonar/einingar i Helse Førde får oversikt over potensielle farar knytt til vald og truslar mot helsepersonell ved å gjennomføre jamleg og systematisk kartlegging, risikovurdering og vidare oppfølging og evaluering på området. (jamf. prosedyre). Ros-analyser skal dokumenterast og jamleg oppdaterast.</p> <p>Utarbeide døme for korleis ROS-analysar for området vold og trugsmål kan gjennomførast i Helse Førde</p> <p>Handlingsplanar og ROS-analysar skal utarbeidast og dokumenterast i HMS-mappe i Elements.</p> <p>Tiltaka i handlingsplanen skal følgjast opp i jamlege møter /driftsrapport</p> <p>Sikre tilgang til HMS-dokumentasjon for alle som skal medverke og følgje opp i HMS-forbetringsarbeidet.</p>
	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke
	Kontrollaktivitet	
	Kritisk suksessfaktor 2.1.C	Risiko for at medarbeidarane blir utsett for vald og trugsmål skal følgjast opp ved å prioritere og setje i verk målretta tiltak som reduserer risikoen for vald og trugsmål i arbeidssituasjonen. Handlingsplan med tiltak blir utarbeida.
Risikoelement 2.1.C	Handlingsplan m/målretta tiltak blir ikkje utarbeidd og tiltak for å redusere risikoen for vald og truslar i arbeidssituasjonen for tilsette blir ikkje sett inn. Risiko for å bli utsett for vald og trugsmål blir ikkje følgt opp	
justeringar. Tertial 1	No-situasjon	Internrevisjon og eksternt tilsyn har avdekka manglande risikovurderingar av vald og truslar. Dette medfører manglande oversikt av risikobildet. Handlingsplanar er utarbeidde på området, men truleg utfordrande å gjere gode prioriteringar og setje i verk målretta førebyggjande tiltak når ein manglar oversikt over risikobildet.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arne Skjelten
	Tiltak	Alle avdelingar/seksjonar/einingar skal utarbeide handlingsplan med bakgrunn i ROS-analyse. Følgje opp handlingsplanen i trå med det som er bestemt

	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke
	Kontrollaktivitet	

	Kritisk suksessfaktor 2.1.D	Medarbeidarar medverkar i det systematiske HMS-forbetringsarbeidet, herunder ROS-analyse av vald og trugsmål og utarbeiding av handlingsplan.
	Risikoelement 2.1.D	Medarbeidarar medverkar ikkje i det systematiske HMS-forbetringsarbeidet og i arbeidet med vald og trugsmål. Verdifull informasjon og kunnskap går tapt i forbetringsarbeidet.
justeringar. Tertial 1	No-situasjon	Det følgjer av Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 7-1 femte ledd at «Risikovurdering skal foretas i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter». Vidare er det presisert i Arbeidstilsynet sin rettleiar «Vold og trusler i forbindelse med arbeidet – Forebygging, håndtering og oppfølging» at medverknad er nøkkelen til ei god kartlegging og risikovurdering av forhold knytt til vald og truslar. Helse Førde si prosedyre for å førebygge, handtere og følgje opp vald og truslar viser til at arbeidsgjevar/ansvarshavande og verneombod skal delta i kartlegging og risikovurdering av vald og truslar, samt at BHT skal gje støtte i dette arbeidet. tilsette skal først medverke i utforming og gjennomføring av førebyggande tiltak på bakgrunn av gjennomført kartlegging og risikovurdering.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Arne Skjelten
	Tiltak	Oppdatere og tydeleggjere medverknad frå medarbeidarane vedr. kartlegging og risikovurdering knytt til Helse Førde si prosedyre for førebygging, handtering og oppfølging av vald og truslar. Sjå elles tiltak under delmål 2 – informasjon og opplæring
	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke
	Kontrollaktivitet	

	Kritisk suksessfaktor 2.1.E	Planlagde og målretta HMS-forbetrings tiltak blir iverksette og følgt tett opp for å sjå at dei gjev ynskjeleg effekt. Evaluere og korrigerer undervegs.
	Risikoelement 2.1.E	Planlagde HMS-forbetrings tiltak blir ikkje iverksette eller tiltak som blir sett i gang blir ikkje følgt tett opp. Evaluering og korrigeringar av tiltak blir ikkje gjennomført.
justeringar. Tertial 1	No-situasjon	Manglar i det systematisk HMS-forbetringsarbeidet gjer at ein ikkje har fullstendig oversikt over risikobildet for vald og trugsmål mot medarb. Dette tilhøvet gjer det utfordrande å gjere gode prioriteringar og setje i verk målretta tiltak på området. Internrevisjon har avdekka at det er eit stort fokus på korrigerande tiltak og for lite på førebyggande tiltak. Truleg blir igangsette tiltak i mindre grad følgt opp i org. Dvs. manglande evaluering av måloppnåing og med evt påflg. korrigerande aktivitet i mindre grad blir gjennomført.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Arne Skjelten
	Tiltak	Sjå tiltak under 2.1.C.
	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke

	Kontrollaktivitet	
	Delmål 2	Medarbeidarar og leiarar skal ha god kompetanse på å førebygge og følgje opp hendingar knytt til vald- og trugsmål.
	Kritisk suksessfaktor 2.2 A	Leiarar og tilsette har god kompetanse på å førebygge og følgje opp hendingar knytt til vald og trugslar. God kompetanse er med på å byggje opp om ein sterk tryggleiksskultur.
	Risikoelement 2.2A	Leiarar og tilsette manglar kompetanse på å førebygge og følgje opp vald og trugsmål mot medarbeidarar. Tilhøvet gjev ein svak tryggleiksskultur.
justeringar. Tertial 1	No-situasjon	<p>Revisjonsrapport 1/2020 «Revisjon av vald og truslar mot helsepersonell» i Helse Førde peikar på at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - det føreligg ei risiko for at nytilsette og vikarar /ekstravakter ikkje får tilstrekkeleg opplæring og informasjon om det systematiske HMS-forbetningsarbeidet og arbeidet med å førebygge vald og trugsmål. - at det er eit ønskje blant tilsette om meir opplæring om korleis førebygge og handtere vald og trugslar - at det kan vere litt tilfeldig kva informasjon og opplæring som gjevast i den enkelte eining. - at det i avgrensa grad er oversikt over kva informasjon, opplæring og øving den enkelte tilsette hadde fått og/eller gjennomført.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arne Skjelten

	Tiltak	<p>Leiarar , VO og FAMU-medlemmar gjennomfører obligatorisk HMS-grunnopplæring (40 timars kurs)</p> <p>Nytilsette, vikarar og andre – Informasjon/opplæring i systematisk HMS-forbetringsarbeid (alle medarbeidarar skal ha nok kompetanse til å medverke i HMS-forbetringsarbeidet)</p> <p>Utvikling av graderte undervisningar som brukas ved forskjellige risikobilde.(3-4 forskjellige) Styrking av tryggleikskulturen må vere i fokus i undervisninga</p> <p>Tilpassa informasjon og opplæring i den einskilde eining ut i frå risikobilde vedr. vald og trugsmål. Vekt på både førebygging, handtering og oppfølging i opplæringa. Årleg repetisjon der det er nødvendig – system som sikrar at opplæringa ikkje blir tilfeldig</p> <p>Opplæring/undervisning dokumenterast i kompetanseportalen</p> <p>Risikoanalyse presenterast til nytilsette</p> <p>Hendingar og avvik knytt til vold og trugslar blir tatt opp i den daglege rapporten/personalmøter for å sikre læring og førebygge gjentakande hendingar</p> <p>Hendingar og avvik knytt til vold og trugslar blir teke opp i klinikken og på tvers av klinikkar der dette er vurdert til å ha eit læringspotensiale</p> <p>Lokale prosedyrar for å få støtte i en situasjon med vald og trugsmål skal utarbeidast der det er nødvendig</p> <p>Leiar skal følge rutine og dei skal jamleg takast opp på leiarmøte eller liknande aktuelle fora.</p> <p>Tema på fagdagar</p> <p>Utvikle E-læringskurs på området (Saman med dei andre føretaka?)</p>
	Tiltaksansvarleg	Halvard Brekke
	Kontrollaktivitet	

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

Styringsmål 3		IKT og informasjonssikkerheit: Helse Førde har ansvar for å ivareta informasjonssikkerheit og personvern. Helse Førde har ein god sikkerheitskultur som deles av alle tilsette, som saman gjer at pasientar og andre sine rettar med omsyn på personlege opplysningar vert ivareteke.
Delmål 1		Helse Førde skal stille krav om informasjonssikkerheit og personvern ved anskaffing og innføring av nye løysingar og ein skal ha oversikt og kontroll på eksisterande løysingar.
Kritisk suksessfaktor 3.1A		Lovpålagte krav er oppfylt ved anskaffing av nye løysingar.
Risikoelement 3.1A		Lovpålagte krav er ikkje oppfylt ved anskaffing av nye løysingar.
Tertial 1	No-situasjon	Det er ikkje alltid tilstrekkeleg kompetanse med på anskaffingar av nye løysingar. I nokon av desse prosessane er vi ikkje tydeleg nok på krava til informasjonssikkerheit og personvern.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Sikre at regional mal for anskaffing av MU inneheld relevante og naudsynte krav om informasjonssikkerheit og personvern. Avklare kven som kan anskaffe IKT/MU løysingar og gje naudsynt opplæring knytt til informasjonssikkerheit og personvern.
	Tiltaksansvarleg	Per Arne Flølo og Frode Schanke
	Kontrollaktivitet	Nye system takast i bruk utan raude risiko.
Kritisk suksessfaktor 3.1B		Integrasjonar er på plass før nye løysingar takast i bruk.
Risikoelement 3.1B		Integrasjonar er ikkje på plass før nye løysingar takast i bruk.
Tertial 1	No-situasjon	Mange av våre løysingar manglar integrasjonar. Døme er kritisk informasjon som må registrerast i 4 system. Helse Vest IKT har ein stor backlogg på innmeldte behov.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Kartlegge behov og stille krav om kritiske integrasjonar ved anskaffing av nye system og i eksisterande system. Lage ei prioritert liste med integrasjonsbehov og nytte denne i regionale fora.
	Tiltaksansvarleg	Gudny Bukve og Frode Schanke
	Kontrollaktivitet	Færre avvik som skyldast manglande integrasjonar.
Kritisk suksessfaktor 3.1C		Vi har tydelege arbeidsprosessar som sikrar riktig bruk av løysingar.
Risikoelement 3.1C		Vi har ikkje tydelege arbeidsprosessar som sikrar riktig bruk av løysingar.
Tertial 1	No-situasjon	Løysingane er ikkje alltid like brukarvennlege og riktig bruk krev tydelege arbeidsprosessar. Men sjølv om arbeidsprosessar er laga, er det vanskeleg for helsepersonell å ha kontroll på alle rutinar og prosedyrar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden

	Tiltak	Sikre at nye og reviderte rutinar og prosedyrar blir utarbeida, gjeve opplæring og teke i bruk. Sikre at vikarar gjennomfører tilstrekkeleg opplæring i bruk av rutinar og prosedyrar før dei nyttar systema.
	Tiltaksansvarleg	Alle leiarar
	Kontrollaktivitet	Færre avvik som skyldast feil bruk av system.
	Kritisk suksessfaktor 3.1D	Vi har sikre løysingar gjennom kontinuerlig evaluering og korrigering.
	Risikoelement 3.1D	Vi gjer ikkje kontinuerlig evaluering og korrigering, som aukar risikoen for usikre løysingar.
Tertial 1	No-situasjon	Vi har mangelfull internkontroll og få revisjonar innanfor dette området, noko som gjer at vi ikkje har god nok kontroll på sikkerheitstilstanden. Vi har liten kontroll på innmeldte problem og feil hjå Helse Vest IKT, noko som vanskeleggjer systematisk forbetningsarbeid lokalt.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Gjennomføre internrevisjon årleg innanfor området informasjonssikkerheit og personvern.
	Tiltaksansvarleg	Kari Furevik
	Kontrollaktivitet	Tal internrevisjonar.
	Kritisk suksessfaktor 3.1E	Vi risikovurderer alle løysingar, føl opp identifiserte risikoar og fastset kva som er akseptabel risiko før bruk.
	Risikoelement 3.1E	Vi risikovurderer ikkje løysingane, føl ikkje opp identifiserte risikoar og fastset ikkje akseptabel risiko før bruk.
Tertial 1	No-situasjon	Vi manglar rutinar for å initiere ROS-analyser. Det er ofte uklart kven som skal følge opp risikoen gjennom forbetringstiltak. Nokon løysingar er i drift med raude risikoar, og det er uklart kven som har teke avgjerda om akseptabel risiko. Vi er ikkje flinke nok til å ROS-vurdere heile arbeidsprosessen som løysinga er ein del av.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Lage ei rutine for lokal ROS-analyse, vurdere og gjennomføre ROS-analyser på eksisterande løysingar som ikkje tidlegare har vore ROS-analysert. Få på plass systemeigarsskap for alle system.
	Tiltaksansvarleg	Frode Schanke
	Kontrollaktivitet	Tal lokale ROS-analyser.
	Risikoelement 3.1F	Vi har ikkje klare ansvarsforhold for IKT-sikkerheit for medisinsk utstyr og teknisk utstyr
Tertial 1	No-situasjon	Ansvarsforhold er utydeleg ved kjøp av nytt MU. Ansvarsforhold er utydeleg ved overgang mellom prosjekt og drift.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Delta i regionalt prosjekt: "5) Felles tiltak for økt IKT-sikkerhet for MU/TU"
	Tiltaksansvarleg	Lars-Inge Eikefjord
	Kontrollaktivitet	Status regionalt prosjekt.
	Risikoelement 3.1G	Vi etterlever ikkje Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipp for IKT-sikkerheit

Tertial 1	No-situasjon	Vi er ikkje i mål med alt knytt til dette.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Delta i regionalt prosjekt: "1) Felles tilnærming til NSM 2.0"
	Tiltaksansvarleg	Lars-Inge Eikefjord
	Kontrollaktivitet	Status regionalt prosjekt.
Delmål 2		Helse Førde skal skape ein god sikkerheitskultur gjennom å motivere dei tilsette til å opptre på ein måte som ivareteke informasjonssikkerheit og personvern.
Kritisk suksessfaktor 3.2A		Vi har hjelpemiddel for kompetansebygging innanfor informasjonssikkerheit og personvern.
Risikoelement 3.2A		Vi har mangelfulle hjelpemidlar for kompetansebygging innanfor informasjonssikkerheit og personvern.
Tertial 1	No-situasjon	Vi tilbyr obligatorisk e-Læringskurs og har sporadisk informasjon på intranett som tek opp relevante tema. Det finnes ei rekke prosedyrar og rutinar innanfor dette området.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Delta i regionalt prosjekt: "3) Videreutvikling av Sikkerhetskultur"
	Tiltaksansvarleg	Terje Ulvedal
	Kontrollaktivitet	Status regionalt prosjekt.
Kritisk suksessfaktor 3.2B		Våre leiarar går framfor som gode førebilete som støttar opp under ein god sikkerheitskultur.
Risikoelement 3.2B		Våre leiarar opptre ikkje som gode førebilete og bidreg ikkje til ein god sikkerheitskultur.
Tertial 1	No-situasjon	Vi ser at obligatoriske kurs ikkje blir gjennomført. Og avvik som meldast kunne vore forhindra gjennom ein betre sikkerheitskultur.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Delta i regionalt prosjekt: "3) Videreutvikling av Sikkerhetskultur"
	Tiltaksansvarleg	Terje Ulvedal
	Kontrollaktivitet	Status regionalt prosjekt.
Delmål 3		Tilsette i Helse Førde skal ha kompetanse om informasjonssikkerhet og personvern som byggjer opp om ein god sikkerheitskultur.
Kritisk suksessfaktor 3.3A		Våre tilsette har tilstrekkelig kompetanse innanfor informasjonssikkerheit og personvern, og nyttar denne i arbeidet.
Risikoelement 3.3A		Våre tilsette har ikkje tilstrekkelig kompetanse innanfor informasjonssikkerheit og personvern, eller nyttar ikkje denne i arbeidet.
Tertial 1	No-situasjon	Ikkje alle gjennomfører obligatorisk kurs. Anbefalte prosedyrar følges ikkje. Ein slurvar med å logge av og delar tilgangar. Sensitiv informasjon lagrast på feil plass. Papir med sensitiv informasjon kjem ofte på avvege.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg

Risikoeigar	Arve Varden
Tiltak	Delta i regionalt prosjekt: "3) Videreutvikling av Sikkerhetskultur"
Tiltaksansvarleg	Terje Ulvedal
Kontrollaktivitet	Status regionalt prosjekt.

Risikomatrise styringsmål 3 delmål 1 til 4 1.tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor				3.1.A, 3.1.B, 3.3.A	
	Moderat				3.1.C, 3.1.D, 3.1.E, 3.1.F, 3.1.G, 3.2.A, 3.2.B	
	Liten					
	Svært liten					

Styringsmål 4	Ekstern turnover (Omtalt i styresak)
----------------------	---

Styringsmål 5	Uønskt variasjon
Delmål 1	Radiologi
Kritisk suksessfaktor 5.1A	Innbyggerane skal ha eit rett nivå på tilgang til bildediagnostikk i samband med utredning ved mistanke om tjukktarmskreft.

	Risikoelement 5.1A	Innbyggjarar(poliklinisk) i Helse Førde HF sitt buområde får i mindre grad enn andre gjennomført diagnostikk i form av CT Colon ved utredning av mistanke om tjukktarmskreft.
Tertial 1	No-situasjon	Forbruksrate av CT Colon HFD er 8 per 10000. Snitt 37(2012-2015). Dersom ein legg tal for radiologi aleine til grunn er situasjonen bekymringsverdig. Samstundes er det spekulert i at årsak til svært ulike voluma mellom HF`a kan skuldast ulik tilgang til koloskopi, som er den primære metoden for å utgreie denne pasientgruppa(mistanke om tjukktarmskreft).
	Sannsynlegheit	Liten (Justert ned i tråd med funn)
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Asle Kjørlaug
	Tiltak (gjennomførte)	1) Gjennomføre ny måling vår 2021(Snitt HV som referanse) 2) Avklare kapasitet til Koloskopi ved HF`a 3) Framskaffe tal for avviste undersøkingar/henvisningsrate
	Tiltaksansvarlig	Børge Stavland
	Kontrollaktivitet	<p>Diverre er det ikkje tilgjengeleg nasjonale styringsdata på dette området innan radiologi(konsesjonsdata), det har difor ikkje lukkast RHF å framskaffe dei ynskte data. Samstundes er det tilgjengeleg andre datakjelder som gir eit godt bilete av dei faktiske tilhøva. I dialog med det medisinske miljøet i Helse Førde kjem det fram at der er relativt god tilgang på koloskopi og at ein opplever at relativt få har behov for vidare oppfølging med CT. Dette er aktuelt i dei tilfelle der ein ikkje lukkast i å få gjennomført koloskopi eller at denne vert ufullstendig. Typisk vil om lag 10% av pasientane måtte gå vidare til CT, for Helse Førde er talet noko lågare, 6%. Det kan vere eit resultat av erfarne operatørar.</p> <p>Vidare har gruppa sett på i kva grad tilvisingar til CT tjukktarm vert avvisa. Gjennomgang av perioden 2018-2021 syner at mellom 4-8% av tilvisingane vert avvisa. Utelukkande skjer dette der pasienten vert tilvist <u>utan</u> at det først er gjennomført koloskopi. Samtlege har vore sett opp til koloskopi som primærundersøking før eventuell CT har blitt gjennomført.</p> <p>Oppsummert tyder det meste på at pasientane i Helse Førde har tilgang på utgreiing av tjukktarmskreft som er godt i samsvar med det som er skissert i høve diagnostikk i Nasjonalt handlingsprogram for denne kreftforma. Den låge forbruksraten av CT heng saman med den store andelen som får gjennomført vellukka koloskopi som primærutgreiing.</p>
	Kritisk suksessfaktor 5.1B	Rett bruk av ressursane og forhindre overforbruk av MR for tilstandar og problemstillingar der det ikkje har behandlingmessig betydning
	Risikoelement 5.1B	Signifikant høgare forbruk enn nasjonalt snitt for MR av totalcolumna (heile ryggen)- Overdiagnostikk?
Tertial 1	No-situasjon	Innbyggjarar i Helse Førde sitt buområde har ei forbruksrate på 44 av 10000, snitt 13 av 10000 (Tal 2012-2015)
	Sannsynlegheit	Liten (Justert ned)
	Konsekvens	Moderat(overdiagnostikk og høg kostnad)
	Risikoeigar	Asle Kjørlaug

	Tiltak (gjennomførte)	1) Avklare nosituasjon 2) Avklare tilhøve rundt moglege registreringsavvik/kodepraksis
	Tiltaksansvarlig	Børge Stavland
	Kontrollaktivitet	Heller ikkje på dette området er det tilgjengeleg nasjonale tal. Gjennomgang av kodepraksis syner at denne samsvarar med regelverk og prosedyrekodeverket for radiologi. Kodeverket innan radiologi er slik at ein skal kode det enkelte organ, eller dersom ein har undersøkt fleire organ, skal ein kode med ein felleskode dersom slik kode er tilgjengeleg i kodeverket. MR Totalkolumna er ein slik felleskode. Dersom ein summera forbruk av underliggande kodar ser ein at Helse Førde ikkje skil seg frå andre føretak på dette området. Men ein nyttar hyppigare denne samlekode. Forklaringa ligg i ei faglig vurdering der ein i samråd med ortoped har kome til at ein slik praksis, der ein for pasientar som er aktuelle til operasjon, avbildar heile ryggraden. Dette er ein metode for å sikre at operasjon skjer på rett nivå i ryggen. Enkelte pasientar vil kunne ha fleire eller færre ryggvirvlar enn andre(anatomiske variantar), dette er relevant i samband med operasjon og er informasjon ein berre får fram gjennom å avbilde heile ryggen.
Delmål 2		Helse Førde skal unngå unødvendig variasjon innan ortopedi.
	Kritisk suksessfaktor 5.2A	At det vert etablert velfungerande dialog og kompetansedeling mellom fastlegar og ortopedar, og system for å avklare rett behandlingsnivå.
	Risikoelement 5.2A	At det ikkje vert etablert velfungerande dialog og kompetansedeling mellom fastlegar og ortopedar, og system for å avklare rett behandlingsnivå.
Tertial 1	No-situasjon	Tidlegare analyser viser at Helse Førde har hatt for mange inngrep innan nokre diagnosegrupper (Helseatlas fram til 2016). Helse Førde deltek no i eit arbeid i Helse Vest for å kvalitetssikre nyare tal, noko som er nødvendig for å kartlegge no-situasjonen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Asle Kjørlaus
	Tiltak	Kurs i ortopedi for fastlegar i veke 13 og 14 i 2022. Skal følgjast opp med nye kurs i samarbeid praksiskonsulentane i veke 44. Førebels plan er å arrangere slikt kurs kvart 2. år. Innføring av pasientutfylte skårskjema som skal brukast både før(elektive) og etter operasjon(både elektive og ØH). Målet er å ha skjema som både gir svar på kven som bør inn til utgreiing, og som kven som har behov for kontrollar. Avdelinga har planlagt å starte med brukarstyrt poliklinikk for pasientar operert for handleddsbrot i haust. Det er også etablert samarbeid med Helse Bergen for å sikre lik oppfølging av desse pasientane.
	Tiltaksansvarleg	Kari Anne Indrebø
	Kontrollaktivitet	Helse Vest sine nye tal

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

Styringsmål 6	Pasientane - Helse Førde skal ha rett kompetanse og rett bemanning. Helse Førde skal vere ein attraktiv arbeidsgjevar.	
Delmål 1	Helse Førde skal ha nok klinisk personell til å dekke behovet.	
Kritisk suksessfaktor 6.1A	Arbeide for å gjennomføre og implementere tiltak knytt til vår Rekrutteringsstrategi, Lærlingstrategi, Utdanningsstrategi og tiltak mot ekstern turnover.	
Risikoelement 6.1A	Det blir ikkje arbeida godt nok for å gjennomføre og implementere tiltak knytt til vår Rekrutteringsstrategi, Lærlingstrategi, Utdanningsstrategi og tiltak mot ekstern turnover.	
Tertial 1	No-situasjon	Helse Førde har generelt ein låg ekstern turnover. Samtidig manglar føretaket spesialistar innanfor enkelte fagområde, og har utfordringar knytt til å rekruttere og behalde grupper som psykologar, LIS – legar og bioingeniørar. Det vil i framtida verte større konkurranse om arbeidskraft innanfor spesialisthelsetenesta, og lågare tilgang på eksterne vikarar og helsepersonell frå utlandet
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Føretaket set i verk vedtekne tiltak i rekrutteringsstrategien for 2022. Det vert også arbeid vidare med tiltak knytt til lærlingar, utdanning og kompetanseheving.
	Tiltaksansvarlig	Arne Skjelten
	Kontrollaktivitet	Utvikling i ekstern turnover Ledige stillingar
Delmål 2	Helse Førde har nok tilgang på intensivsjukepleiarar.	
Kritisk suksessfaktor 6.2A	Eit godt samarbeid med høgskulen om inntak av studentar. Ein god plan internt i Helse Førde om kor mange utdanningsstillingar og studentar, og kvar dei skal jobbe.	
Risikoelement 6.2A	Føretaket har ikkje nok utdanningsstillingar til å dekke behovet for intensivsjukepleiarar, har ikkje avklart intern prioritering av utdanningskandidatane, og får ikkje plass for sine kandidatar ved inntak i HVL	

Tertial 1	No-situasjon	Helse Førde må sikre nok og kontinuerleg tilgang på intensivsjukepleiarar til å erstatte ved turnover / pensjonering, samt at det er forventa at føretaka skal auke kompetanse og kapasitet/beredskap innan intensiv (styringsdokumentet 2022). Føretaket har auka tal utdanningsstillingar frå 6 til 8 i 2021. Det er etablert eit eige OU-prosjekt som omfattar intensivverksemda, som mellom anna skal arbeide med å implementere tilrådde tiltak frå regional kompetansestrategi.
	Sannsynlegheit	Alvorleg
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Tom Guldhav
	Tiltak	Etablere plan for kor mange intensivsjukepleiarar Helse Førde skal ha, kor mange som må vere under utdanning, og kvar dei skal jobbe. Bidra i regionalt samarbeid om rutiner for inntak og lokalt med HVL få på plass ein prosess saman med høgskulen om opptak og utdanningsstillingar, slik at vi blir trygge på rekruttering av nok lokale intensivsjukepleiarar.
	Tiltaksansvarleg	Anne Kristin Kleiven
Kontrollaktivitet	Rapportering til HOD halvårleg og til Helse Vest	

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

Styringsmål 7		Drifta skal vere innanfor rammene vi får
Delmål 1		Ha kontroll og styring på veksten innan medikament og medisinsk heimebehandling
Kritisk suksessfaktor 7.1A		Skape handlingsrom til å handtere auka kostnader på medikament og medisinsk heimebehandling, og styre dei best mogeleg.
Risikoelement 7.1A		Vi klarer ikkje å skape handlingsrom til å handtere auka kostnader på medikament og medisinsk heimebehandling, eller å styre kostnadene.
Tertial 1	No-situasjon	Eksterne faktorar påverkar veksten slik at vi brukar meir enn budsjettet. Medikament; beslutningsforum og tilfeldige variasjonar i pasientsamansetnad. Medisinsk heimebehandling; Teknologisk utvikling i leverandørindustrien.
	Sannsynlegheit	Stor

	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Følgje avtalar om kva medikament og teknisk utstyr som skal nyttast. 2. Gjennomgå avtalar med leverandørar og sikre best mogeleg avtalar i framtida 3. Ta ned drifta i andre delar av verksemda, for å makte auka kostnader på desse områda, gjennom budsjettprosessen
	Tiltaksansvarlig	Øystein Hellesest
	Kontrollaktivitet	Følgje kostnadsutviklinga innan medikament og utstyr til medisinsk heimebehandling. Følgje tiltaksgjennomføringa i budsjettet.
Delmål 2		Å få på plass tiltak som gjer det mogeleg å halde personalkostnader slik det er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan.
Kritisk suksessfaktor 7.2A		Det blir semje om kva nivå drifta skal vere på, og kva tiltak som skal til for å nå målet i økonomisk langtidsplan.
Risikoelement 7.2A		Det blir ikkje mogeleg å semjast om kva nivå drifta skal vere på, og kva tiltak som skal til for å nå målet i økonomisk langtidsplan.
Tertial 1	No-situasjon	Det blir brukt meir på personalkostnader enn det som er budsjettert, og i økonomisk langtidsplan er det ikkje identifisert tiltak med nok effekt. På sikt kan det gå ut over handlingsrommet for investeringar.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Arve Varden
	Tiltak	Å ta inn over seg utfordringane som ligg i ØLP og identifisere tiltak som skal konkretiserast i årlege budsjett. Forankre og få felles forståing for utfordringar og prioritere tiltak.
	Tiltaksansvarleg	Øystein Hellesest
	Kontrollaktivitet	Konkrete tiltak som blir følgt opp i økonomiforum og innarbeidde i budsjettet.

Risikomatrise Styringsmål 7						
delmål 1 - 2						
1. tertial						
Konsekvens						
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Moderat	Alvorleg	Svært alv./kritisk
Sannsynlegheit	Svært stor				7.2.A	
	Stor				7.1.A	
	Moderat					
	Liten					
	Svært liten					