

Vedlegg 1 til styresak: Overordna risikorapportering per 1. tertial 2010

Helse Stavanger:	2
Helse Fonna	21
Helse Bergen.....	33
Helse Førde	48
Helse Vest IKT	56
Apoteka Vest.....	57

Dei følgjande sidene inneheld rapportar for dei utvalde styringsmåla og dei verksemdsspesifikke måla. Rapportane følgjer mal gitt i retningsliner for risikostyring i Helse Vest. Måla med styringsvariablar, suksesskriterier, og tilhøyrande risiko og tiltaksvurdering for desse er først lista i tabellform. Til sist er kvart risikoelement plassert i ei risikomatrise. Helse Stavanger listar svært mange suksesskriterier i sine risikovurderingar av dei to første måla. I rapporten frå Helse Stavanger blir det derfor for desse to måla presentert ei matrise per styringsvariabel. For dei andre måla og føretaka blir det presentert ei risikomatrise per styringsmål.

Følgjande skalaer er nytta i risikovurderingane:

Sannsynlegheit	
Svært liten	Skjer tilnærma ikkje/ er sjeldan tilfelle
Liten	Vil skje sjeldan/ er sjeldan tilfelle
Moderat	Kan skje/ vere tilfelle
Stor	Vil med stor sannsynlighet skje/ vere tilfelle
Svært stor	Vil skje/ vere tilfelle

Konsekvens	
Ikkje alvorleg	Ingen betyding for måloppnåinga
Mindre alvorleg	Liten betyding for måloppnåinga
Alvorleg	Vil ha innverknad på måloppnåinga
Svært alvorleg	Betydelig innverknad på måloppnåinga
Kritisk/ katastrofal	Svært stor innverknad på måloppnåinga

HELSE STAVANGER¹:

Styringsmål nr. 1	Helse Stavanger skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010	
Styringsvariabel 1	Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkelig omfang i forhold til de økonomiske utfordringene – og være realiserbare	
Kritisk suksessfaktor 1A	Alle divisjonene har et lønnsforbruk i tråd med lønnsbudsjettene	
Risikoelement 1A	Planlagt turnusomlegging gir ikke forventet økonomisk effekt og/eller medfører økte innleiekostnader.	
Tertial 1	No-situasjon	De fleste divisjoner og svært mange enheter oppfylder budsjettkravet på lønn og styrer dette godt. Et fåtall divisjoner har utfordringer og disse har et ekstra fokus for å finne tilfredsstillende løsninger som harmonerer med budsjettkravet. Flere tiltak er iverksatt for å redusere innleie og variabel lønnsforbruk. Turnus omlegging og andre nødvendige tiltak for å oppnå budsjettbalanse, blir vurdert og utføres fortløpende. Spesiell fokus og vurdering blir gjort i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom AD og div.dir og sammen med ansvarlige ledere. Stor bistand blir ytt frå kontrollere og bemanningskoordinatorer i dette arbeidet. En del av avviket hittil skyldes økt ressursbruk grunnet økt aktivitet, økande del ø-hjelp og virus internt (Noro Virus og MRSA).
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at beregnet økonomisk gevinst av årets vedatta tiltak blir realisert i alle divisjoner. • Streng kontroll av forbruket på variabel lønn • Tett oppfølging av ekstern innleie • Månedlige oppfølgingsmøter med ansvarlige ledere for å vurdere nye tiltak • Etablering av internt bemanningssenter i foretaket.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
Kontrollaktivitet	Controllere i økonomiavdelingen, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler effekten av tiltaka månedlig og vurderer eventuelle korrigeringer.	
Kritisk suksessfaktor 1B	Gjestepasientstrømmen blir som planlagt	
Risikoelement 1B	Vi lykkes ikke i tilstrekkelig omfang å snu gjestepasientstrømmen mot egen region/eget foretak.	

¹ Rapporten frå Helse Stavanger er på bokmål, då foretaket bruker bokmål som tenestespråk.

Tertial 1	No-situasjon	Ny abonnementsordning for gjestepasienter er innført i regionen. Pr mars har vi ikke tilstrekkelig oversikt på om behandla antall gjestepasienter mot Bergen er i tråd med beregninger i budsjettet. Dette vil bli bekreftet pr utgangen av 1 tertial. Hittil har underlaga for behandla pasienter i andre regioner, vært mangelfulle slik at vi har usikkerhet i forhold til volum og kroner. Avstemming vil bli gjort pr 1.teritial. Analyser har avdekket at det blir sendt ut pasienter med diagnoser som kan og bør behandles i egen foretak. Det gjelder for både somatikk og psykiatri. Det arbeides aktivt med å styre ventelistestrømmen mot maksimal utnyttning av egen kapasitet. Nytt rustilbud etablert i Ryfylke DPS med 6 senger som alle er i bruk pr. april.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Det er satt ned egen analysegruppe for å arbeide med gjestepasienter • Nytt dagkirurgisk senter blir vurdert. • Kvartalsvise kontrollrutiner mht kapasitetsutnyttning av abonnementsordning i egen region. • Etablering av nye rustilbud. Terapeutisk samfunn er vedtatt og planlegg oppstart i oktober.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Analysegruppen, kontrollere i økonomiavdelinga, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler månedlig resultatene av omstillingstiltaket for gjestepasienter
Kritisk suksessfaktor 1C Aktivitetsøken er i tråd med årets bestilling og budsjett		
Risikoelement 1C <ul style="list-style-type: none"> • Andel ø-hjelp øker grunnet generell aktivitetsøke og fortrenger elektiv virksomhet. • Planlagte produksjonsmål samsvarer ikke med planene for god utnyttelse av personal- og utstyrsressursene og slik ivaretar en god og forutsigbar pasientlogistikk. 		
Tertial 1	No-situasjon	SUS viser godt resultat pr mars. Aktiviteten har vært i tråd med budsjettkravet. Det er særlig innenfor somatikk vi registrerer aktivitetsøke. Dette fører til økt øyeblikkelig hjelp som igjen har gitt utfordringer for planlagt elektiv drift. Iverksatte tiltak innafor økt poliklinisk virksomhet viser god effekt. Ekstra operativt beredskapsteam, iverksatt høsten 2009, har bidratt til å ivareta noe av utfordringene til ø-hjelpsøken.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette og ivareta en bedre pasientflyt på alle divisjoner • Øke kapasitetsutnyttningen av alle behandlingsareal. • Overvåke og ivareta en god balanse mellom øyeblikkelig og elektiv drift • Arbeide med å redusere ventelistene
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Controllere i økonomiavdelingen, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler dette månedlig og vurderer eventuelle korrigerende tiltak

Kritisk suksessfaktor 1D		Varekostnadskontroll og eierskap til budsjettet på laveste nivå må være sikret og fungere.
Risikoelement 1E		<ul style="list-style-type: none"> - Produktpriser kan auke mer enn føresett i budsjetta - Antall kontraktsinngåelser og varesortimentet i e-butikken blir mindre enn planlagt og det oppstår manglende budsjettdisiplin.
Tertial 1	No-situasjon	<p>Det er økende oppmerksomhet i avdelingene mht varebestilling og budsjettkontroll. Controllerfunksjonen er forbedret, og linjeledelsen er blitt flinkere til å følge opp vareforbruk og budsjett. Vi har ikke optimal styring på bestilling og logistikkjeden for vareforbruk. Det blir arbeidet med forbedring av systemene knyttet til dette.</p> <p>Avviket hittil på varekostnadene er i stor grad relatert til biologiske legemidler knytt til pasienter behandla av Haugesund Revmatismesykehus. Disse kan vi lite påvirke og styre. Noe avvik hittil er relatert til de somatiske divisjonene og har årsak i økt aktivitet.</p>
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektør og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsette med fokus på varekostnadsbesparelser (bruke billigste alternativ) • Bedre varelagerkontroll. • Inngå flere avtaler som favner om de produktene med størst volum. • Forbedre systemene for varebestilling og kontroll • Vurdere om flere ressurser kan dedikeres til oppfølging av avtaler og leverandører.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektør og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
Kontrollaktivitet	Controllere, innkjøpere, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå sørger for månedlig måling og oppfølging. Korrigerende tiltak blir vurdert.	
Kritisk suksessfaktor 1E		Utskrivningsklare pasienter får fortløpende tilbud i kommunene
Risikoelement 1E		Kommunene mangler behandlingstilbud til disse pasientene og/eller samhandlingen med kommunene fungerer ikke godt nok.
Tertial 1	No-situasjon	SUS har kontinuerlig minimum 15 pasienter som er utskrivningsklare og som har liggetid på mer enn 10 dager etter ferdig behandling (gjelder somatikk). Psykiatrien har tilsvarende utskrivningsklare pasienter. Det er løpende kontakt og samhandling med pasientene sine hjemkommuner. Ingen tiltak har hittil gitt tilfredsstillende resultat. Dette er en utfordring for pasientlogistikken og gir en kostbar drift.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	<p>Toppledelsen er i prosess med å utarbeide nye tiltak sammen med kommunene.</p> <p>Utskrivningsklare pasienter vil bli vurdert i egen risikovurdering for Helse Stavanger i 2010</p>
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
Kontrollaktivitet	Månedlig måling og vurdering av risikoelementet.	

Risikomatrix for styringsmål 1, styringsvariabel 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			1A, 1B, 1E, 1D		
	Moderat			1C		
	Liten					
	Svært liten					

- Risikoelement 1A: Planlagt turnusomlegging gir ikke forventet økonomisk effekt og/eller medfører økte innleiekostnader.
- Risikoelement 1B: Vi lykkes ikke i tilstrekkelig omfang å snu gjestepasientstrømmen mot egen region/eget foretak.
- Risikoelement 1C: Andel ø-hjelp øker grunnet generell aktivitetsøke og fortrenger elektiv virksomhet. Planlagte produksjonsmål samsvarer ikke med planene for god utnyttelse av personal- og utstyrsressursene og slik ivaretar en god og forutsigbar pasientlogistikk.
- Risikoelement 1D: Produktpriser kan øke meir enn forutsatt i budsjettene
Antall kontraktsinngåelser og varesortimentet i e-butikken blir mindre enn planlagt og det oppstår manglende budsjettdisiplin.
- Risikoelement 1E: Kommunene mangler behandlingstilbud til disse pasientene og/eller at samhandlingen med kommunene ikke fungerer godt nok.

Styringsmål nr. 1		Helse Vest skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse 2010
Styringsvariabel 2		Økonomirapporteringa må avdekke budsjettavvik tidsnok til å sette i verk kompensierende tiltak.
Kritisk suksessfaktor 2A		Periodevise kostnader må reflekteres i regnskapet i samme periode som aktiviteten skjer. Det vil si at inntekter og kostnader innenfor alle perioder skal harmonere.
Risikoelement 2A		Alle kostnader blir ikke regnskapsført i rett periode i forhold til utført aktivitet.
Tertial 1	No-situasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Enkelte direkte kostnader blir registrert for seint, og kommer ikke med før i etterfølgende perioder. Gjelder særlig for vikarinneleie, varekostnader og deler av vedlikeholdskostnadene. - Refusjoner fra NAV kan bli forsinket når sykekemeldinger ikke blir levert personalavdelingen i den perioden de oppstår. - De fleste kostnader blir ikke registrert i regnskapet før faktura er mottatt. - Periodisering av fakturaer som vedrører framtidige produksjonsperioder kan være mangelfull.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoegar	Økonomi- & Personalavdelinga

	Tiltak	På kort sikt å estimere etterslep i kostnader, og gjere avsetningar på føretaksnivå. Innføre faste purrerutinar for å få inn sjukemeldingar frå divisjonane. På lang sikt å ha system som gjer det mulig å innføre mottaksregistrering av teneste- og varekjøp.
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør og Personaldirektør.
	Kontrollaktivitet	Evaluere budsjettavvik og slik ha fullstendig oversikt over kostnader som skal periodiseres. Personal må ha kontroll med at innleveringen av sykemeldinger og at registrering av disse skjer i riktig periode.
Kritisk suksessfaktor 2B		
Risikoelement 2B		Må ha oversikt (systematisk informasjon) over alle eksterne innkjøp av varer og tjenester som er levert, men ikke kostnadsført, slik at kostnader blir registrert i regnskapet i rett periode.
Risikoelement 2B		Alle kostnader blir ikke henført til rett periode. Reelt avvik blir ikke oppdaget til rett tid.
Tertial 1	No-situasjon	Har ikke oversikt over alle kostnader som hører hjemme i relevant periode. Innkjøpssystem med registrering av innkjøpsordrer og varemottak integrert med faktura mottak i økonomisystemet mangler. Vi mangler system som sikrer at varer er mottatt. Varekjøp, lagerføring og uttak fra lager av varer er ikke organisert og systematisert på en måte som reflekterer rett kostnad i tilhørende periode. Kostnader kan bli for lave eller for høye i forhold til aktivitet i samme periode, men rettes opp i etterfølgende perioder.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Økonomidirektør, divisjonsdirektører
	Tiltak	På kort sikt, analysere budsjettavvik og få oversikt over hva som bør periodiseres. Avdelingsledere må gi kontrollere input om store anskaffelses mottak der faktura ikke er mottatt. (På lang sikt få anskaffet system som gir oss oversikt over mottatte varer og tjenester, samt systematisk løpende lager og uttaksregistrering av alle varetransaksjoner.)
	Tiltaksansvarleg	Alle avdelingsledere og kontrollere, samt økonomidirektør.
	Kontrollaktivitet	Kontinuerlig budsjettavviks oppfølging, og at kontrollere før periodeavslutning retter forespørsel til avdelingsledere om vesentlig anskaffelses mottak uten tilsvarende faktura mottak.
Kritisk suksessfaktor 2C		Standardiserte, systematiserte og brukervennlige aktivitets data må være à jour for hver periode, og tilgjengelig tidnok slik at disse kan sammenstilles med tilhørende økonomiske data for kostnader og inntekter. Dette for å verifisere eller avdekke avvik vedrørende rett periodisering. Dette gjelder både aktivitetsdata som representerer ISF inntekter og polikliniske inntekter.
Risikoelement 2C		Manglende bruk og sammenstilling av økonomiske og volummessige, ajourførte og representative aktivitetsdata kan medføre at avvik ikke oppdages i rett periode.
Tertial 1	No-situasjon	Oppdateringen av aktivitetsdata kan være mangelfull og derfor ikke løpende à jour i DIPS innenfor hver periode. Dataene er ikke samlet, og er vanskelig tilgjengelige for sammenstilling og tolking. Dataene er spredd i forskjellige systemer og applikasjoner.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektørene i operativ drift. FFU-direktør

	Tiltak	Prioritering av ajourhold av koding, opplæring og veiledning og analyse av avviksrapporter som viser hva som ikke er à jour. Fokus på ferdigstilling av ufullstendig data registrering.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektørene i operativ drift.
	Kontrollaktivitet	Detaljert budsjettavviks analyser. Løpende analyse og sammenstilling av relevante volum- og økonomiske data. Sammenligning av volum- og økonomiske data over tid.

Risikomatrix for styringsmål 1, styringsvariabel 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat		2B	2C		
	Liten		2A			
	Svært liten					

Risikoelement 2 A: Alle kostnader blir ikke regnskapsført i rett periode i forhold til utført aktivitet.

Risikoelement 2 B: Alle kostnader blir ikke henført til rett periode. Reelt avvik blir ikke oppdaget til rett tid.

Risikoelement 2 C: Manglende bruk og sammenstilling av økonomiske og volummessige, ajourførte og representative aktivitetsdata kan medføre at avvik ikke oppdages i rett periode.

Styringsmål nr. 1		Helse Vest skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010
Styringsvariabel 3		Arbeidsplanene (inkl. innleie) skal være håndtert på en måte som sikrer at avvik mellom tilgjengelig kronebudsjett og planlagt arbeid blir avdekket tidnok til at korrigerende tiltak kan settes i verk
Kritisk suksessfaktor 3		Bemanningsressursene styres i tråd med tildelt EFO budsjett
Risikoelement 3A		Arbeidsplanene overskrider vedtatt budsjett.
Tertial 1	No-situasjon	For 2010 har de aller fleste enheter arbeidsplaner som er innenfor budsjettmålet. I noen grad er det ikke innført for alle legeplanene
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Ledere på alle nivå
	Tiltak	Tiltakene som er iverksatt er i tråd med planene i budsjettet og tiltaksplanen for SUS. Ingen tiltak utover dette er iverksatt foreløpig.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og alle linjeledere
	Kontrollaktivitet	Linjeledere, kontrollere og bemanningskoordinatorer etter hver månedsavslutning
Kritisk suksessfaktor 3B		Realisert aktivitet pr måned blir som budsjettet
Risikoelement 3B		Aktivitet (antall og pleietyngde) blir høyere enn forutsatt

Tertial 1	No-situasjon	Aktiviteten er noe høyere enn forutsatt i budsjettet og det er dokumentert at sykehuset har en økning i ressurskrevende pasienter.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og linjeledere
	Tiltak	Fordele senger og pasienter optimalt på hele sykehuset
	Tiltaksansvarleg	Toppledergruppen
	Kontrollaktivitet	Måling av aktivitet og liggetider samt utnyttelsen av MOBA-konseptet
	Kritisk suksessfaktor 3C	Sykefraværet blir lik historikk og plan
	Risikoelement 3C	Sykefraværet blir høyere enn beregnet
Tertial 1	No-situasjon	Til tross for Norovirus og høyere aktivitet har vi hittil i år hatt lavere sykefravær enn i fjor i samme periode. For å hindre at sykefraværet øker pga høy aktivitet og forestående ferie må divisjonene sikre gode planer for drift og ferieavvikling
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Ledere på alle nivå, HMS, Personalavd.
	Tiltak	Ingen ekstra tiltak iverksatt foreløpig, siden vi ikke har vurdert dette som kritisk.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektør og linjeledere
	Kontrollaktivitet	Kontinuerlig oppfølging av fravær i alle enheter
	Kritisk suksessfaktor 3D	Turnover og rekruttering er stabil
	Risikoelement 3D	Det oppstår høy turnover og det blir vanskelig å rekruttere
Tertial 1	No-situasjon	Spesialkompetanse er vanskelig å rekruttere. Verste perioden å rekruttere nye spesialsykepleiere og annet nyutdannet personell er våren. Dette fører til dyre innleieløsninger. Høy turnover påvirker inntjening samt kostnader pga dobbel bemanning i opplæringsperioder (leger, jordmødre, bioingeniører, spesialsykepleiere). Hittil i år har vi hatt mer innleie enn planlagt både på leger og sykepleiere
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Ledere der det er behov for spesialkompetanse. Personalavdelingen og toppledergruppen.
	Tiltak	Rekrutteringstiltak både på kort og lang sikt, Studentavtaler m.m.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og linjeledere, samt Personalavdelingen
	Kontrollaktivitet	Oppfølging vakante stillinger
	Kritisk suksessfaktor 3E	EFO-budsjett må lages for alle faggrupper
	Risikoelement 3E	Det er ikke laget korrekte EFO-budsjett for legegruppen
Tertial 1	No-situasjon	Det er flere arbeidsplaner innenfor legegruppen som ikke er i tråd med budsjettforutsetningene. Dette gir et EFO-budsjett som det blir vanskelig å styre etter. I tillegg bruker legegruppen styringsmulighetene i GAT i liten grad.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektørene og linjelederne
	Tiltak	Gjennomgang av arbeidsplaner
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektør, bemanningskoordinator
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av EFO budsjettet kontinuerlig
	Kritisk suksessfaktor 3F	Kostnad for ferie blir i samsvar med budsjettforutsetningene
	Risikoelement 3F	Ferieavviklingen blir dyrere enn forutsatt.

Tertial 1	No-situasjon	Ferieplanleggingen for 2010 har kommet tidligere i gang enn tidligere år, men det er utfordrende å skaffe ferievikarer i alle divisjoner. Pr. dd er det mange udekkede vakter. Det satses til dels på innleie fra vikarbyrå og på at egne ansatte ønsker å ta ledige vakter. Legene dekker ledige vakter selv, og lager generelt sett ikke egne ferieplaner. Dette er under kontroll.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Toppledergruppen
	Tiltak	Jobbe aktivt for å få inn flest mulig ferievikarer
	Tiltaksansvarleg	Toppledelsen, Divisjonsdirektører, linjeledere
	Kontrollaktivitet	Tett oppfølging av planene for ferieavviklingen
Kritisk suksessfaktor 3G		EFO-budsjett og regnskap skal harmonere månedlig
Risikoelement 3G		Uoverensstemmelse mellom EFO-status og regnskap blir så stor at den ikke gir styringsgrunnlag.
Tertial 1	No-situasjon	<p>Dette varierer fra avdeling til avdeling og handler om flere ting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vekting vanskelig, bl.a. av vikarbyrå • Manglende periodisering i EFO • Manglende oppdatering EFO, bl.a. vakante stillinger, endring i budsjett, stillinger med mer • Gis ikke negativt tilskudd på EFO ved overlapp ved opplæring, mer fastlønn enn budsjettet • Manglende kompetanse på EFO • Ferievikarer lønnes av fastlønnsbudsjett i stedet for variabel lønnsbudsjett og dette ikke korrigeres for i EFO-oversikten
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Ledere, systemansvarlige GAT, kontrollere.
	Tiltak	Ingen tiltak iverksatt foreløpig, siden vi ikke ender på rødt felt
	Tiltaksansvarleg	Økonomi avdelingen i samarbeid med divisjonsdirektørene
	Kontrollaktivitet	Jevn avstemming av regnskapstall mot GAT

Risikomatrix for styringsmål 1, styringsvariabel 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			3B	3D, 3E	
	Moderat		3F, 3G			
	Liten			3A, 3C		
	Svært liten					

- Risikoelement 3A: Arbeidsplanene overskrider vedtatt budsjett
Risikoelement 3B: Aktivitet (antall og pleietyngde) blir høyere enn forutsatt
Risikoelement 3C: Uforutsett høyt sykefravær
Risikoelement 3D: Høy turnover, vanskelig rekruttering
Risikoelement 3E: Det er ikke laget korrekte EFO-budsjett for legegruppen
Risikoelement 3F: Ferieavviklingen blir dyrere enn forutsatt
Risikoelement 3G: Uoverensstemmelse mellom EFO-status og regnskap blir så stor at den ikke gir styringsgrunnlag

Styringsmål nr. 2		Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.
Styringsvariabel 1		Det skal ikke være fristbrudd
Kritisk suksessfaktor 1A		Bruk av anbefalt henvisning fra fagmiljøene, f. eksempel "Den gode henvisning"
Risikoelement 1A		Mangelfullt utfylt henvisning som kan medføre forsinkelse av vurderingen.
Tertial 1	No-situasjon	En del mangelfulle henvisninger. Likevel oppleves det at henvisningene blir bedre og at dette i stor grad skyldes godt samarbeid med praksiskonsulentene og andre etater som henviser pasienter (leder barneverntjenesten og sosialetaten).
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Medisinsk faglig ledelse i divisjonene
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsatt godt samarbeid med praksiskonsulentene (PKO) - Ved innføring av elektronisk henvisning utvikle og ta ibruk hensiktsmessige maler som ivaretar fagspesifikke opplysninger. og som i større grad styres mot fagmiljøene. - Elektronisk henvisning som vil kunne gi en standardisering av henvisninger og frigi tid.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
Kontrollaktivitet	Økning i antall pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Mindre fristbrudd. Vurdere systematisk forbedringsarbeid, f. eks, ved hjelp av gjennombruddsmetodikk, for å evaluere effekt av tiltak.	
Kritisk suksessfaktor 1B		Optimal behandling og oppfølging med et riktig antall kontroller/ tiltak
Risikoelement 1B		For mange kontroller/ tiltak i Helse Stavanger HF
Tertial 1	No-situasjon	Stor variasjon i antall konsultasjoner/ tiltak ut i fra medisinsk skjønn. Manglende erfaring hos helsepersonell kan gi flere konsultasjoner/ tiltak for å sikre egen behandling.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Medisinsk ledelse i divisjonene
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Avslutte behandlingen og evt la fastlegene overta kontroller. - I større grad utarbeide standardiserte prosedyrer/ behandlingsplaner opp mot ulike diagnoser, hvor veiledende antall kontroller/ oppfølging er beskrevet. - Beskrive pasientforløp for de viktigste diagnosegruppene, hvor også oppfølging og kontroll er beskrevet. Starte med de pasientforløp som HS allerede bestemt skal utarbeides i 2010.
	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
Kontrollaktivitet	Målinger/ tall fra Helsefagkuben	
Kritisk suksessfaktor 1C		Samsvar mellom oppgaver og ressurser
Risikoelement 1C		Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser
Tertial 1	No-situasjon	Manglende ressurser i forhold til mottatte henvisninger. Enkelte fagområder synes ikke å ha god nok oversikt over ventende pasienter. For mange pasienter har ventet mer enn et halvt år etter at fristen er brutt.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Linjeledelsen

	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere åpningstidene i HS, f.eks kveldspoliklinikk i større grad. Det vil også kunne gi bedre utnyttelse av arealer. - Organisere pasientlistene slik at det alltid er rom for noe ø. hjelp. - Gjennomgå lister systematisk, der det er misforhold mellom oppgaver og ressurser, for å avdekke årsaker og iverksette tiltak. I HS vil det nå spesielt være innen lungemedisin, gastromedisin og nevropsykologiske undersøkelser. - Øke kapasitet ved f. eks. innleie av fagpersonell og ved å henvise pasienter videre.
	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
	Kontrollaktivitet	Antall fristbrudd
Kritisk suksessfaktor 1D		
Kritisk suksessfaktor 1D		Riktig bruk av Helsedirektoratet sine prioriteringsveiledere
Risikoelement 1D		Ulik forståelse av prioriteringsveilederne
Tertial 1	No-situasjon	Det kan synes som om det i varierende grad er en felles forståelse av veilederen inne fagområdene. Det gjelder både tolkning og anvendelse.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Linjeledelsen
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Systematisk arbeid for en felles forståelse og bruk av veilederne i fagmiljøene. - Konsensumøter i fagmiljøene, gjerne regionalt der fagmiljøene er små. - Tilby "kurspakker" - Revisjoner/ verifikasjoner inne fagmiljøene
	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
	Kontrollaktivitet	Interne revisjoner i HS (planlagt høsten 2010)
Kritisk suksessfaktor 1E		
Kritisk suksessfaktor 1E		Riktig registrering av henvisninger i DIPS
Risikoelement 1E		Feil registrering av henvisninger i DIPS
Tertial 1	No-situasjon	Alle eksterne henvisninger registreres ved felles henvisningskontor. Alle interne henvisninger registreres ved aktuell avdeling. Mange interne henvisninger blir registrert feil, det benyttes ny primærhenvisning i stedet for sekundærhenvisninger/ tilsyn/ konsultasjon. Det blir noen ganger registrert ny primærhenvisning fra poliklinisk konsultasjon/ tiltak til innleggelser og tilbake til poliklinisk konsultasjon.
	Sannsynlighet	Svært stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Den medisinske faglige ledelse
	Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Mer opplæring på å registrere riktig i DIPS (Ansvar: fagdir) - Arbeide for å tilpasse DIPS i større grad etter brukerbehov (Ansvar: fagdir) - Systematisk rydding og kvalitetskontroll i henvisningslistene. (Ansvar: medisinsk faglig ledelse/ den enkelte behandler)
	Tiltaksansvarleg	Den enkelte behandler/ Medisinsk faglig ledelse/fagdirektør
	Kontrollaktivitet	Systematiske rapporter

Risikomatrix for styringsmål 2, styringsvariabel 1

		Konsekvens				
Sannsynlighet		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor			1E		
	Stor				1C /1D	
	Moderat		1B	1A		
	Liten					

- Risikoelement 1 A: Mangelfullt utfylt henvisning som kan medføre forsinkelse av vurderingen
 Risikoelement 1 B: For mange kontroller/ tiltak i Helse Stavanger HF
 Risikoelement 1 C: Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser
 Risikoelement 1 D: Ulik forståelse av prioriteringsveilederne
 Risikoelement 1 E: Feil registrering av henvisninger i DIPS

Styringsmål nr. 2		Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet
Styringsvariabel 2		Gjennomsnittlig ventetid skal ikke overstige 65 dager verken for poliklinisk behandlingstilbud eller døgntilbud innen psykisk helsevern og/eller tverrfaglig rusbehandling for personer under 23 år.
Kritisk suksessfaktor 2A		Tilstrekkelig behandlerkapasitet
Risikoelement 2A		Ikke tilstrekkelig behandlerkapasitet
Tertial 1	No-situasjon	<p>Pr. i dag (uke 17) makter BUPA ikke å overholde ventetidsgarantien for 29 pasienter. Det er tilstrekkelig antall behandlere i forhold til måltall. Det er imidlertid et uheldig forhold mellom antall overlegestillinger og LIS-legestillinger (1:2). Fristbrud i psykisk helsevern voksne/rus under 23 år pr. dd 15 pasienter. Ventende i psykisk helsevern voksne/rus under 23 år pr. dd 85. Av disse er det 35 pasienter som har ventet lengre enn 65 dager.</p> <p>Det er tilstrekkelig antall stillinger for å kunne ivareta en behandlingsstart innen fristen, men vi har vansker med å rekruttere og beholde ansatte. Det gjelder behandlere innen alle faggrupper. Vi er i en konkurransesituasjon med kommuner og private tjenesteytere. De betaler høyere lønn enn vi kan tilby.</p> <p>Legesituasjonen er særskilt utfordrende innen dette feltet. Her mangler det NR- numre tross for at det finnes lønnsmidler til overleger og LIS-stillinger. Vi har tidligere lyktes med å rekruttere og beholde overleger når de fikk en ordning med privat driftstilskudd under forutsetning av at de i halv stilling jobbet i våre enheter.</p>
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef BUPA og avdelingsdirektør AUV

	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. God ledelse og personalpolitikk for å beholde og rekruttere fagpersoner inkludert å justere lønnsnivå 2. Pasientstyrte avtalebøker som administreres av merkantil personell. 3. Utrednings- og behandlingsplaner 4. God opplæring av nytt personell 5. Bruk av kvalitetshåndboken – behandlermappe i BUPA 6. Bruke alle ressurser i Psykiatrisk divisjon. Dvs. å overføre pasienter fra BUPA til AUV ved ledig kapasitet 7. Endre forholdet antall overleger – LIS-leger som nå er 1:2. Strakstiltak: leie inn spesialister for å veilede LIS-legene. 8. Opprette flere nr numre til AUV og vurdere driftstilskudd 9. opprettholde fokus på fagutvikling og veiledning med særlig fokus familie/ pårørende arbeid
	Tiltaksansvarleg	Ad 1: Avdelingssjef BUPA, avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør Ad 2: Avdelingssjef i samråd med divisjonsdirektør og adm. Direktør Ad 8. Avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør og adm dir. Ad 9. Avdelingsdirektør AUV
	Kontrollaktivitet	Ad 1: Ledermøter, medarbeidersamtaler, fagutviklingsopplegg, HMS-kartlegging og -tiltak. Avklare lønnsnivå med divisjonsdirektør og adm.dir Ad 2: Avklare med divisjonsdirektør og adm. direktør. Ad 8. Avklare med divisjonsdirektør og adm. direktør.
	Kritisk suksessfaktor 2B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfylle produktivitetskravene om: 35 pasienter pr. behandlerårsverk og 450 konsultasjoner pr. behandlerårsverk i BUPA. I AUV krav om 450 konsultasjoner pr. årsverk. 2. God pasientflyt som avhenger av samhandling med alle involverte aktører 3. Flere pasienter som får færre konsultasjoner i BUPA 4. Ulik forståelse av prioriteringsforskriften 5. Riktig Registrering i Dips
	Risikoelement 2B	Ikke å oppfylle produktivitetskravene og opphoping av pasienter
Tertial 1	No-situasjon	Hver behandler har for få pasienter i forhold til standard (standard: 35 pasienter pr. behandlerårsverk og 450 konsultasjoner pr. behandlerårsverk) Mange ikke reelle ventende, og dette gjør det lite oversiktlig
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef og poliklinikklederne
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redusere antall tiltak pr. pasient for å få til bedre pasientgjennomstrømning. 2. Bedre planlegging av pasientkonsultasjoner ("fyller kalenderen"). 3. Ingen nye stillinger søkes opprettet før produktivitetsmålene er nådd. 4. Bedre prioritering av pasienter under 23 år. 5. Opplæring
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef/poliklinikk ledere
	Kontrollaktivitet	Løpende virksomhetsregistrering.
	Kritisk suksessfaktor 2C	Lik behandlerholdning til pasienter i behandling og pasienter på venteliste. Mål: Bedre tilgjengeligheten for alle.
	Risikoelement 2C	Ulik holdning til pasienter i behandling og pasienter på venteliste.
Tertial	No-situasjon	Pasienter i behandling prioriteres foran pasienter som står på venteliste.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig

	Risikoeigar	Avdelingssjef
	Tiltak	Presisere at alle pasienter som er tildelt rett gis lik tilgjengelighet.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Kontrollaktivitet	Virksomhetsregistrering
Kritisk suksessfaktor 2D		
Risikoelement 2D		Gode henvisninger fra fastlege og leder av barnevernstjenesten
Tertial 1	No-situasjon	En del henvisninger er ikke gode nok. Med dagens pasientrettighetslov innebærer imidlertid dette at en del pasienter gis rett til nødvendig helsehjelp
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef BUPA
	Tiltak	Kalle inn til fastlege, leder av barnevernstjenesten og andre henvisende instanser til konsultasjonsmøter for å få mer informasjon til å gjøre kvalifiserte vurderinger for at pasienten skal få riktig prioritering.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Kontrollaktivitet	Registrere avvik fra henvisningsmal.
Kritisk suksessfaktor 2E		
Risikoelement 2E		Optimale behandlingsforløp forutsetter god samhandling med alle involverte aktører
Tertial 1	No-situasjon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opphoping av pasienter i poliklinikker og døgninstitusjoner i påvente bolig og tilrettelagt aktivitetstilbud. Opphoping reduserer kapasiteten til å ta inn nye pasienter. 2. Behandlere må bli flinkere til å planlegge og forplikte pasient og samarbeidspartnere på et helhetlig behandlingsforløp. 3. For få behandlingssplasser for de under 23 år. 4. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med høyt avhengighet og utageringsproblematikk får et utilstrekkelig tilbud om utredning og stabilisering innen psykiatrien. <p>1. Pr. januar 2010 er det 142 bostedsløse pasienter i AUV. Konsekvensen blir opphoping av pasienter i behandlingstiltak, manglende effekt av behandling og fare for tilbakefall.</p> <p>2. Bruken av Individuell plan med kriseplan, sikre kontinuerlig oppfølging av behandlingsforløpet via ansvarsgruppe må bli bedre.</p> <p>3. Institusjonskapasiteten både i antall plasser og raskere forløp (gjennomstrømming) avhenger av samhandlingen, men også reell økning i RHF - et.</p> <p>4. Manglende sengekapasitet og nødvendig kompetanse om utredning og behandling av pasienter med kombinasjonsdiagnoser gjør at denne pasientgruppen enten ikke blir prioritert eller får et tilstrekkelig tilbud i divisjonen</p>
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig

Risikoeigar	Avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør
Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Boligsosialt arbeid og aktivitetstilbud på dagtid og i helger må prioriteres høyere i divisjonen og i samhandling med kommuner. 2. Systematisk bruk av IP, kriseplaner og ansvarsgrupper skal være standard ved planlagte innleggelser, og utarbeides under akuttopphold. Koordineringsansvaret avklares ved behandlingsstart 3. Forholdet er påpekt i lokal plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forventes bedring etter oppstart av TS fra høsten 2010 4. Tiltak er å videreutvikle modellen for samarbeid mellom A3 og AUV til å omfatte andre sengeposter og pasientgrupper.
Tiltaksansvarleg	Ad 1. avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør Ad 2. Avdelingsdirektør og poliklinikkledere Ad 3. avdelingsdirektør, divisjonsdirektør og adm. dir Ad 4. avdelingsdirektør og divisjonsdirektør
Kontrollaktivitet	<ol style="list-style-type: none"> 1. halvårslige kartlegging av antall bostedløse, faste møter med kommuner. Tema for samhandlingsutvalget mellom SUS og kommunene 2. Kvalitetssikring i kliniske møter i enhetene 3. Bidra til å rullere både lokal plan og regional plan for TSB 4. Sikre deltakelse i samarbeidet for å utvikle en slik modell

Risikomatrix for styringsmål 2, styringsvariabel 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			2A, 2E		
	Moderat			2B, 2C 2 D		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 2 A: Ikke tilstrekkelig behandlerkapasitet

Risikoelement 2B: Ikke å oppfylle produktivitetskravene og opphoping av pasienter

Risikoelement 2C: Ulik holdning til pasienter i behandling og pasienter på venteliste.

Risikoelement 2D: Ikke optimale behandlingsforløp med god nok samhandling med alle involverte aktører

Risikoelement 2E: Ikke optimale behandlingsforløp med god nok samhandling mellom involverte aktører

Styringsmål nr. 2	Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.	
Styringsvariabel 3	Det skal ikke være korridorpasienter	
Kritisk suksessfaktor 3A	Pasienter med reelt behov for innleggelse skal innlegges i Helse Stavanger HF.	
Risikoelement 3A	Pasienter som ikke har behov for innleggelse i Helse Stavanger innlegges.	
Tertial 1	No-situasjon	Det jobbes aktivt for å unngå at pasienter legges på korridor i HS. Mange pasienter snus i akuttmottak. I 2009 ble 4380 av 27205 pasienter snudd. I perioden 01.01.10 – 31.03.10, ble 1613 pasienter av totalt 8952 snudd. Akuttmottak har hatt en økning i antall pasienter på ca 1000 pr .år. Flere pasienter innlegges med stort pleiebehov, men ikke nødvendigvis med behov for spesialisthelsetjeneste. Fra mai måned i 2010 vil sykehjemsleger i Stavanger kommune delta i en vaktordning for sykehjemmene. Elektive pasienter blir sendt hjem/ utsatt på grunn av stor pågang av ø- hjelp.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Kritisk/ katastrofalt
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> God samhandling med kommunene: <ul style="list-style-type: none"> Øke antall ambulante tjenester Videreføre hospitering, PKO På ny å vurdere nytten av en dedikert lege som vurderer og styrer innleggelser, forutsatt at det settes av ressurser til dette. Større grad av styring av innleggelsestidspunktet Erfarent team av lege og sykepleier som tar imot pasienter i de mest travle periodene på dagen. Leie ut en sengepost til kommunene for å ivareta utskrivningsklare pasienter. Arbeide mot Stavanger Helsehus på lang sikt. Mulighet for egenhenvvisning til poliklinikkene (Psyk) Utvide tilbudet om ambulante team. Hensiktsmessig tilbud for pasienter med rusproblematikk.
	Tiltaksansvarleg	Sykehusledelsen/ divisjonsledelsen
	Kontrollaktivitet	Følge utviklingen i registreringene. Resultatene diskuteres i samhandlingsutvalg og møter med bestillerkontorene.
Kritisk suksessfaktor 3B	Ledig seng til pasienten	
Risikoelement 3B	Ikke ledige senger	

Tertial 1	No-situasjon	<p>Medianverdiene for ukene 27-53 i 2009 er: Kirurgisk divisjon: 10.0 (spredning 3-14) Medisinsk divisjon: 11,1 (spredning 8-19) <u>Medianverdier for korridorpasienter 2010- uke 1-15:</u> Med. div: 17.4 (spredning 10,1-22,6) Kir. div: 8.3 (3,1-22,6)</p> <p>Det ser ut som om antall korridorpasienter på medisinsk divisjon ligger ca. 50- 60% høyere i første halvdel av 2010 enn det gjorde i siste halvdel av 2009. Tallene for kirurgisk divisjon er sannsynligvis uendret, eller muligens noe lavere.</p> <p>I tallene framkommer ikke antall "uteliggerpasienter"². Medianen i uke 1-15 viser ca. 13 pasienter som er plassert på andre avdelinger. HS har økt sin bruk av pasienthotellet. Pasienter ligger lenger på OBA (observasjonsposten).</p>
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Kritisk / katastrofalt
	Risikoeigar	Adm. dir/ sykehusledelsen
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Følge opp det pågående plan- og strategiarbeidet som pågår i HS. 2. Påse at avdelinger/ poster til enhver tid har ledig seng for ø.hj. 3. Forutsatt frigjøring av lokaler, flytte dagbehandling ut av sykehuset og opprette nye senger i de ledige lokalene. 4. Flere senger på medisinsk avdeling. Tilføre de siste 17 av 30 senger som ble vedtatt i Styret i 2009 (sak 02/09 0) 5. Ta ibruk ledige senger og bemanne disse, eksempelvis på 4H. 6. På ny å vurdere optimal fordeling av senger i sykehuset, samt påse at antall senger stemmer med faktisk bruk. 7. Overlege/ pasientkoordinator må ha styringsrett over hvor pasienten skal plasseres. (psykiatri) 8. Fortsatt god samhandling med kommunene.
	Tiltaksansvarleg	Adm. dir/ sykehusledelsen
	Kontrollaktivitet	Antall senger tilført eller tatt i bruk.
Kritisk suksessfaktor 3C		
Risikoelement 3C		Tilstrekkelig kapasitet fra medisinsk service avdelingene.
Tertial 1	No-situasjon	<p>Ikke tilstrekkelig kapasitet på de medisinske service avdeling</p> <p>Lang ventetid på radiologiske undersøkelser, spesielt MR og CT. Kjøper i dag tjeneste fra private aktører for å redusere ventetid. Årsaken er manglende utstyr, ny MR er budsjettert til slutten av 2010. Ortopedisk MR er bestilt.</p> <p>For få intensivsenger medfører forskyvninger/ blokkering av postoperativ del. Dette medfører noen ganger at elektive operasjoner blir utsatt.</p>
	Sannsynlighet	Svært stor
	Konsekvens	Kritisk/ katastrofalt
	Risikoeigar	Adm. dir/ sykehusledelsen
	Tiltak	Ny MR og ortopedisk MR vil gi betydelig økt kapasitet.
	Tiltaksansvarleg	Adm. dir/ sykehusledelsen
Kontrollaktivitet	Ventetid på MR undersøkelser. Antall undersøkelser pr. døgn.	
Kritisk suksessfaktor		
		Godt definerte pasientforløp for de største medisinske

² "Uteliggerpasienter" er medisinske pasienter som pga manglende sengekapasitet må legges på ikke medisinske poster. De kliniske fagmiljøene påpeker at det til tider er uforsvarlig å legge medisinske pasienter på f. eks. kirurgiske avdelinger, og at dette noen ganger kan gå ut over pasientsikkerheten. Årsaken oppgis til å være ulike kompetanse hos pleiepersonell og begrenset tilgjengelighet til ansvarlig lege.

3D		diagnosegruppene for å unngå forsinkelser og dobbeltarbeid.
Risikoelement 3D		Ikke definerte pasientforløp for de viktigste diagnosegruppene
Tertial 1	No-situasjon	HS har i dag ingen overbyggende definerte pasientforløp. Definerte pasientforløp er et satsningsområde og arbeidet vil bli igangsatt i 2010.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Adm. dir/ sykehusledelsen/ fagmiljøene
	Tiltak	Definere pasientforløp for de viktigste diagnosegruppene.
	Tiltaksansvarleg	Adm. dir/ sykehusledelsen/ fagmiljøene
Kontrollaktivitet		Antall definerte pasientforløp
Kritisk suksessfaktor 3E		Utskrivningsklare pasienter skal skrives ut ³ .
Risikoelement 3E		Utskrivningsklare pasienter blir liggende i HS.
Tertial 1	No-situasjon	HS har daglig i ukene 1-16 i 2010 hatt 16,2 utskrivningsklare pasienter som har ligget mer enn 10 dager (gjelder somatikk) Dette er mediantall med spredning 9,1-27,7).
	Sannsynlighet	Svært stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektørene
	Tiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Starte planlegging for utskrivelse raskt etter innleggelse (jf. egen avtale om inn- og utskrivning av pasienter). SUS må beskrive pasientens behov for helsehjelp, ikke definere omsorgsnivå. 2. Melde og følge opp avvik i forhold til inn- og utskrivningsavtalen. 3. Bedre samhandling med kommunene. 4. Tilstrekkelig/ hensiktsmessig kompetanse hos mottakningsapparatet som pasienter skrives ut til (f. eks er ikke hospitser alltid et godt alternativ).
	Tiltaksansvarleg	Ledere og fagpersoner alle nivå.
Kontrollaktivitet		Antall utskrivningsklare pasienter.

Risikomatrix for styringsmål 2, styringsvariabel 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlighet	Svært stor				3E	3C
	Stor				3D	3B
	Moderat					3A
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 3A: Pasienter som ikke har behov for innleggelse i Helse Stavanger innlegges.

Risikoelement 3B: Ikke ledige senger

Risikoelement 3C: Ikke tilstrekkelig kapasitet på de medisinske service avdeling

Risikoelement 3D: Ikke definerte pasientforløp for de viktigste diagnosegruppene

Risikoelement 3E: Utskrivningsklare pasienter blir liggende i HS.

³ Utskrivningsklare pasienter vil bli vurdert i egen risikovurdering for Helse Stavanger i 2010.

Styringsmål nr. 3		Barn som pårørende skal sikres oppfølging når foreldrene er innlagt på sykehus (jf. Helsepersonelloven § 10a og Ot. Prp. Nr. 84 2008-2009)
Styringsvariabel 1		Ansatte i divisjonene er kjent med den nye lovreguleringen
Kritisk suksessfaktor 1A		Ansatte har fått informasjon om den nye lovreguleringen
Risikoelement 1A		Ansatte har ikke fått informasjon om den nye lovreguleringen
Tertial 1	No-situasjon	Adm. direktør/toppledergruppen i Helse Stavanger vedtok i 2009 at sykehuset skulle etablere et eget prosjekt for å implementere lovreguleringen. Alle ledere og ansatte er gitt informasjon om lovreguleringen på sykehusets intranettsider, i internbladet "På pulsen", og det er avertert kurs via Læringsportalen. Det ble i 2009/2010 avholdt 2x2 undervisningsdager med 3 timer veiledning mellom samlingene. Ledere deltok på første dag. Det har vært 110 deltager fra alle divisjoner. 76 ansatte har fulgt hele opplæringsprogrammet. Det har vært frafall i opplæringen fra 22 ansatte underveis, fordelt med 12 fra de somatiske divisjoner og 10 fra psykiatrisk divisjon. Ledere på den enkelte enhet vil få en tilbakemelding på dette. Det er laget en egen perm "Barn som pårørende" hvor det er lagt inn en minstestandard for informasjon i forhold til følgene inndeling: 1. lover og forskrifter, 2. prosedyrer og rollen som barneansvarlig, 3. informasjon til foreldre og foresatte, 4. informasjon til barn og unge, 5. samarbeidspartnere internt og eksternt og 6. litteratur og lenker. Permen er delt ut til alle sengeposter og poliklinikker av den divisjonsansvarlig barneansvarlige. Det er laget en fargerik button som det står barneansvarlig på slik at de blir synlige både for pasienter, pårørende og andre ansatte
	Sannsynlighet	Svært liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Alle linjeledere – helt ned til avdelingsledernivå.
	Tiltak	Regelmessig informasjon og kurs. Inspirasjonskurs for barneansvarlige 2 ganger pr. år.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingsleder utpeker tiltaksansvarlig.
	Kontrollaktivitet	Ansatte signerer på at de har fått informasjonen og gått på kurs. Det utarbeides et e-læringsprogram sammen med opplæringsenheten i IKT Helse Vest og det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste. Programmet skal være ferdig i løpet av 2010.
Kritisk suksessfaktor 1B		Ved innleggelse å kartlegge og dokumentere i det pasientadministrative systemet (DIPS) at pasienten har barn som pårørende
Risikoelement 1B		Ved innleggelse ikke å kartlegge og dokumentere i DIPS at pasienten har barn som pårørende
Tertial 1	No-situasjon	Slik kartlegging og dokumentasjon er innført i Psykiatrisk divisjon (psykiatri og rusbehandling). Det ventes på godkjenning av slik kartlegging og dokumentasjon i de somatiske divisjoner.
	Sannsynlighet	Svært liten i Psykiatrisk divisjon og moderat i de somatiske divisjoner.
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Adm. direktør/toppledergruppen
	Tiltak	Få etablert nevnte kartlegging og dokumentasjon i DIPS i de somatiske enheter.
Tiltaksansvarleg	Fagdirektør	

Styringsmål nr. 3	Barn som pårørende skal sikres oppfølging når foreldrene er innlagt på sykehus (jf. Helsepersonelloven § 10a og Ot. Prp. Nr. 84 2008-2009)	
Styringsvariabel 2	Barneansvarlig personell er tilgjengelig i alle divisjonene	
Kritisk suksessfaktor 2A	Det er utpekt 2 barneansvarlige personer i hver enhet (poliklinikker og sengeposter)	
Risikoelement 2A	Det er ikke utpekt 2 barneansvarlige personer i hver enhet (poliklinikker og sengeposter)	
Tertial 1	No-situasjon	Det er utpekt 2 barneansvarlige i hver enhet. Begrunnelsen for å utpeke to stykker er å minske sårbarheten og sikre tilgjengeligheten i tilbudet til barn som pårørende. Alderspsykiatriske og geriatriske enheter er gitt unntak fra ordningen.
	Sannsynlighet	Svært liten
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingsleder
	Tiltak	Påse at hver enhet til enhver tid har 2 barneansvarlige personer
	Tiltaksansvarleg	Avdelingsleder
Kontrollaktivitet		

Risikomatrise for styringsmål 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1A	1B somat.	
	Liten				1B Psyk.	
	Svært liten				2A	

Risikoelement 1A: Ansatte har ikke fått informasjon om den nye lovreguleringen

Risikoelement 1B: Ved innleggelse ikke å kartlegge og dokumentere i DIPS at pasienten har barn som pårørende

Risikoelement 2A: Det er ikke utpekt 2 barneansvarlige personer i hver enhet (poliklinikker og sengeposter)

HELSE FONNA

Styringsmål 1:	Helse Fonna skal levere eit rekneskapsmessig resultat i balanse 2010	
Styringsvariabel 1:	Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkeleg omfang i høve til dei økonomiske utfordringane – og vere realiserbare	
Kritisk suksessfaktor 1 A	Realistiske tidsfristar for å gjennomføre omstillingsprosessen på ein god måte	
Risiko 1 A	Urealistiske tidsfristar	
Tertial 1	No-situasjon	Seksjonsleiarane opplever at dei har for kort tid frå vedtak om omstilling vert tatt til vedtaket skal vere gjennomført, vidare opplever dei at gevinsten vert tatt ut i budsjettet før omstillinga er gjennomført. Omstillinga vert periodisert i budsjettet
	Sannsynleg heit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikk/område direktør
	Tiltak	Utarbeide detaljert, realistisk handlingsplan med realistiske tidsfristar
	Tiltaksansvarleg	Klinikk/område direktør
	Tiltak	Sikre tett dialog mellom leiarlinja, tillitsvalde og vernetenesta
	Tiltaksansvarleg	Seksjons-/einingsleiar/funksjonsleiar
	Tiltak	Sikre tett dialog mellom leiar og personalkonsulent
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør
	Tiltak	Seie opp turnusane når prosessen startar
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar/einingsleiar/funksjonsleiar
	Tiltak	Gjere leiarane trygge på styringsretten og bygge omstillingskompetanse
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør
	Tiltak	Simulere turnusar parallelt med at gammal turnus vert sagt opp
	Tiltaksansvarleg	Seksjons-/einingsleiar/funksjonsleiar
	Tiltak	Seksjons- og funksjonsleiar set av tid til planlegging og gjennomføring av omstillingsprosessen
Tiltaksansvarleg	Seksjons-/einingsleiar/funksjonsleiar	
Kontrollaktivitet	Evaluere handlingsplanen og prosessen. Økonomirapportering Statusrapporteringar	
Kritisk suksessfaktor 1 B	Øyremarka midlar avsett i budsjettet til omstillingstiltak	
Risiko 1 B	Det er ikkje sett av øyremarka midlar i budsjettet	
Tertial 1	No-situasjon	Det er ikkje sett av øyremarka midlar til omstillingstiltak
	Sannsynleg heit	Svært stor
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	HR
	Tiltak	Fremme dette behovet til budsjettprosessen 2011
	Tiltaksansvarleg	HR direktør
Kontrollaktivitet		
Kritisk suksessfaktor 1 C	Leiarlinja er lojal mot omstillingsvedtaket.	
Risiko 1 C	Manglande lojalitet	

Tertial 1	No-situasjon	Leiarlinja gjennomfører ikkje alltid omstillingsvedtaket. I staden for t.d. nedbemanning vert det valt alternativ som ikkje har tilstrekkelig effekt.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Klinikk/område direktør må vere tett på seksjonsleiar i omstillingsprosessar.
	Tiltaksansvarleg	Klinikk/område direktør
	Tiltak	Tydlege og målbare tiltak
	Tiltaksansvarleg	Klinikk/område direktør
	Tiltak	Sikre gode team som består av -controller -personalkonsulent/HMS -kommunikasjon
	Tiltaksansvarleg	Klinikk/område direktør
Kontrollaktivitet		

Styringsvariabel 2:	Økonomirapporteringa må avdekke budsjettavvik tidsnok til å setje i verk kompenserte tiltak.
----------------------------	---

Kritisk suksessfaktor 2 A	Leiar og controller utgjer eit godt proaktivt team i drift og oppfølging av budsjettet.
----------------------------------	---

Risiko 2 A	Ikkje tilstrekkelig proaktivitet i samhandlinga mellom leiar og controller
-------------------	--

Tertial 1	No-situasjon	Seksjonsleiarane i dei klinikkane som har fleire controllerar å forholde seg til, opplev dette som ei utfordring.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Økonomi direktør
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 2 B	Rapporteringsmetoden og rapporteringsspråket må vere slik at leiar forstår kva controller meiner
----------------------------------	--

Risiko 2 B	Leiar forstår ikkje korleis han/ho hentar ut data og tolkar desse i Profitbase
-------------------	--

Tertial 1	No-situasjon	Leiarane opplev Profitbase som vanskeleg å finne ut av. Noen controllerar sender forenkla rapportar i forhold til pasientinntektene. Det som er vanskeleg er å sjølv hente ut data på lønsdelen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Klinikk/område direktør
	Tiltak	Seksjonsleiarane ønskjer at controller hentar ut viktige data og tolkar dei
	Tiltaksansvarleg	Økonomi dir
	Tiltak	Opplæring i Profitbase og utarbeiding av brukarmanual som omhandlar dei sentrale tinga leiar har bruk for
	Tiltaksansvarleg	Økonomi direktør
Kontrollaktivitet	Etterspør i linja	

Styringsvariabel 3:	Arbeidsplanane (inkl. innleige) skal vere handterte på ein måte som sikrar at avvik mellom tilgjengeleg kronebudsjett og planlagt arbeid (bemanning) vert avdekkta tidsnok til at korrigerande tiltak kan setjast i verk.
----------------------------	--

Kritisk suksessfaktor 3 A	Tal på stillingar er lagt inn i budsjettet i samsvar med tildelte årsverk
----------------------------------	---

Risiko 3 A		Bemanningsplanen/kronebeløpet samsvarer ikkje med budsjettet eller tal på årsverk
Tertial 1	No-situasjon	Helse Fonna har aktivitetsbasert budsjettering og det er påvist nokon avvik.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Økonomi direktør og klinikk/områdedirektør
	Tiltak	Forberedande møte mellom seksjons-/ einings-/ funksjonsleiar, bemanningskoordinator og controllerar der ein planlegg neste års budsjett
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar/einingsleiar/funksjonsleiar
	Tiltak	Berekne gjennomsnitts lønn med basis i to ulike månader
	Tiltaksansvarleg	Controller
	Tiltak	Oversikt over alle dei som er ute i langvarig løna permisjon samt kor mange som er sjukmeldte
	Tiltaksansvarleg	Seksjons-/einingsleiar/funksjonsleiar
	Tiltak	Metodeutvikling for aktivitetsbasert- /ressurs planlegging
	Tiltaksansvarleg	Klinikk/område direktør
Kontrollaktivitet		
Kritisk suksessfaktor 3 B		Alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat (inkl. legar)
Risiko 3 B		Ikkje alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat
Tertial 1	No-situasjon	Legane får ikkje overført faste tillegg frå gat
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Påverke vidare utvikling av gat systemet
	Tiltaksansvarleg	HR direktør
Kontrollaktivitet		
Kritisk suksessfaktor 3 C		Alle leiarar bruker EFO
Risiko 3 C		Ikkje alle leiarar bruker EFO
Tertial 1	No-situasjon	Leiarane nyttar i varierende grad EFO som styringsverktøy då enkelte leiarar ikkje er inne på EFO
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikk-/områdedirektør
	Tiltak	Tilgjengeleg brukarkoordinator
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør
	Tiltak	Opplæring og forståing i bruk av verktøy
	Tiltaksansvarleg	HR direktør
	Tiltak	Controller legg inn EFO-budsjett
	Tiltaksansvarlig	Økonomi direktør
Kontrollaktivitet		
Kritisk suksessfaktor 3 D		Tett oppfølging frå controller
Risiko 3 D		Ikkje tilgjengelig controller
Tertial 1	No-situasjon	Lav terskel for å ta kontakt med controller.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Økonomi direktør
	Tiltak	

	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 3 E	Leiarane må sjølv ta ansvar for å bruke verktøyet gat	
Risiko 3 E	Leiarane styrer ikkje verktøyet gat sjølv, men delegerer til andre utan å sikre eiga oversikt og styring i situasjonen	
Tertial 1	No-situasjon	Dei fleste leiarane nyttar dette verktøyet sjølv, men i nokre einingar er det heilt eller delvis delegert vekk frå leiarlinja med fare for at det totale bildet for seksjonen/eininga blir fraksjonert.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikk /område direktør
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise for styringsmål 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor		1B			
	Stor					
	Moderat		2B	1A		
	Liten		2A 3D	1C 3B	3 A 3 C	
	Svært liten			3 E		

- Risikoelement 1 A: Urealistiske tidsfristar
Risikoelement 1 B: Det er ikkje sett av øyremerka midlar i budsjettet
Risikoelement 1 C: Manglande lojalitet mot omstillingsvedtaket
Risikoelement 2 A: Ikkje tilstrekkelig proaktivitet i samhandlinga mellom leiar og controller
Risikoelement 2 B: Leiar forstår ikkje korleis han/ho hentar ut data og tolkar desse i Profitbase
Risikoelement 3 A: Bemanningsplanen/kronebeløpet samsvarer ikkje med budsjettet eller tal på årsverk
Risikoelement 3 B: Ikkje alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat
Risikoelement 3 C: Ikkje alle leiarar bruker EFO
Risikoelement 3 D: Ikkje tilgjengelig controller
Risikoelement 3 E: Leiarane styrer ikkje verktøyet gat sjølv, men delegerer til andre utan å sikre eiga oversikt og styring i situasjonen

Styringsmål 2:		Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
Styringsvariabel 1:		Det skal ikkje vere fristbrot.
Kritisk suksessfaktor 1 A		Nok poliklinikk timar med tilgjengelege fagressursar
Risiko 1 A		Ikkje nok poliklinikk timar med fagressursar
Tertial 1	No-situasjon	Ledige stillingar, Rekrutterer vikar med anna kompetanseprofil. Poliklinikkavtalar kan bli avlyst på kort varsel.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Betre styring av legeressursar på sengepostane, spesielt med omsyn til visitt
	Tiltaksansvarleg	Seksjons-/funksjonsleiar
	Tiltak	Årsplanar for alle yrkesgrupper
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Rekruttere til ledige legestillingar – (obs. turnuslegar og LIS leger)
	Tiltaksansvarleg	Klinikk direktør saman med fagmiljøet
	Tiltak	Fagområda vurderer og analysere bruk av kontrolltimar opp mot bruk av timar til nye tilvisingar
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Felles booking av tilvisingar i HF (løysast i DIPS)
Tiltaksansvarleg	Prosjektleiar DIPS	
Kontrollaktivitet		
Kritisk suksessfaktor 1 B		Korrekt vurdering i forhold til prioriteringsretteleiarane
Risiko 1 B		Vurdering er ikkje i tråd med prioriteringsretteleiarane
Tertial 1	No-situasjon	Rettleiarane er godt kjende blant dei som gjer vurderingane. Kriteria er ikkje absolutte slik at ein er avhengig av skjønn og dette krev opplæring. Det er eit problem at vurdering i forhold til prioriteringsretteleiarane blir gjort av ulike fagområde for same pasientforløp. Ulike teknologi og sikkerheitsbarrierar førar til avgrensingar i informasjon frå IT systema
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør, fagsjef
	Tiltak	Systematisk opplæring i prioriteringsretteleiarane og infomedix
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Gjennomgang av journaltilgangar til dei ulike roller/funksjonar i forbindelse med DIPS innføring
	Tiltaksansvarleg	Prosjektleiar DIPS /fagsjef
	Tiltak	Etterfølging av retningslinjer for handtering av IT tekniske problemstillingar/ avgrensing
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
Kontrollaktivitet	Internrevisjon i forhold til vegleiarar og IT-tekniske problemstillingar i 2011	
Kritisk suksessfaktor 1 C		Optimal logistikk på poliklinikkane med balanse mellom ressursane dvs. ulike yrkesgrupper, areal og MTU
Risiko 1 C		Manglande optimalisering av ressursane
Tertial	No-situasjon	For få behandlingsrom og koordinering av desse, varierende bruk av årsplanar, lavt MTU budsjett
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg

	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Ny arealplan - jfr plan somatikk
	Tiltaksansvarleg	Administrerende direktør
	Tiltak	Optimal bruk av tilgjengelig medisinsk utstyr
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	
	Kritisk suksessfaktor 1 D	God kvalitet på innhaldet i ventelistene slik at pasienten blir kalla inn innan frist.
	Risiko 1 D	Pasient bli ikkje kalla inn innan frist pga feil i listene
Tertial 1	No-situasjon	Hyppig gjennomgang av ventelistene avdekker stadige feil. Listene i EPJ systemet som timane vert tildelt etter lar seg ikkje bruke når ein har ulike problemområde innan same fagområde. Forventar at dette vert løyst i DIPS
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	innføring av DIPS
	Tiltaksansvarleg	Administrerende direktør
	Tiltak	Har nedsett ei gruppe som ser på kvaliteten på innhaldet i ventelistene i somatikken
	Tiltaksansvarleg	Fagsjef
	Tiltak	Opplæring i korrekt registrering av tilvisingane
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Tiltak	Nytte eksisterande brukarstøtte på IT program
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Kontrollaktivitet	
	Styringsvariabel 2:	Gjennomsnittleg ventetid skal ikkje overstige 65 kalenderdagar
	Kritisk suksessfaktor 2 A	Vurdering av tilvisinga skjer umiddelbart etter at den er mottatt.
	Risiko 2 A	Vurdering av tilvisingar vert utsett.
Tertial 1	No-situasjon	Brot på vurderingsgaranti
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Systematisere rutinar og flyt av dokument for å sikre at arbeidsoppgåver blir utført til rett tid
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Prioritere tid til vurderingar av tilvisingar i god tid før fristens utløp
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar/linjeleiar
	Kontrollaktivitet	Ta ut og følgje opp resultat av rapportar
	Kritisk suksessfaktor 2 B	Gjennomfører operasjonsprogrammet som planlagt
	Risiko 2 B	Strykingar i operasjonsprogram
Tertial 1	No-situasjon	Pga mange respiratorpasientar på intensivavdelinga i Haugesund er pasientar blitt stroke frå operasjonsprogrammet. Det førar til venting på ny avtale og moglege fristbrot.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør

	Tiltak	Gjennomgå alle pasientforløp på tvers av klinikkane/seksjonane
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Oppfølging av Plan somatikk
	Tiltaksansvarleg	Administrerende direktør
	Kontrollaktivitet	
Styringsvariabel 3: Det skal ikkje vere korridorpatientar		
Kritisk suksessfaktor 3 A		
		Skrivne standardiserte pasientforløp og behandlinglinjer med kriterium for utskriving
Risiko 3 A		
		Ikkje standardiserte pasientforløp og behandlinglinjer
Tertial 1	No-situasjon	Nokon einingar har liggetid over budsjett, snuprosent på obs posten er høy, manglar standardiserte pasientforløp for ein del pasientgrupper
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Gjennomgang av pasientforløpa for å skape god logistikk og redusere unødig ventetid i forløpet.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Tiltak	System for overføring av pasientar til sjukehus med ledig kapasitet
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Teste ut ei rutine kor ein skriv ut reiseklare pasientar før legevisitt
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 3 B		
		God samhandling med fastlege/kommunane slik at dei i auka grad kan ta imot utskrivingsklare pasientar
Risiko 3 B		
		Kommunar klarer ikkje ta imot utskrivingsklare pasientar
Tertial 1	No-situasjon	Prosjektet "rett behandling på rett plass til rett tid" er etablert som eit samarbeid mellom einsskilte kommunar, høgskule og helseføretaket.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerende direktør
	Tiltak	Opplæring og vegleiing til primærhelsetenesta
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Gjennomgå samarbeidsavtalen med kommunane/fastlegane om innleggingskriterium samt kriterium for utskriving (skrøpelige eldre)
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Ambulerande team for geriatri
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Prosjekt for ambulerande team for behandling av sår
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Prosjekt i geriatrien "heim til heim", oppfølging og vidareutvikling.
Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise for styringsmål 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynleg heit	Svært stor					
	Stor			2A 3B		
	Moderat			1B 1C 3A	1A	
	Liten				1D 2B	
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Ikkje nok poliklinikktilmar med fagressursar
 Risikoelement 1 B: Vurdering er ikkje i tråd med prioriteringsretteleiarane
 Risikoelement 1 C: Manglande optimalisering av ressursane
 Risikoelement 1 D: Pasientar blir ikkje kalla inn innan frist pga feil i listene
 Risikoelement 2 A: Vurdering av tilvisingar vert utsett
 Risikoelement 2 B: Strykingar i operasjonsprogram
 Risikoelement 3 A: Ikkje standardiserte pasientforløp og behandlinglinjer
 Risikoelement 3 B: Kommunar klarer ikkje ta imot utskrivingsklare pasientar

Styringsmål 3:		Barn som pårørende skal sikrast god oppfølging når foreldra er innlagde på sjukehus (jfr. Helsepersonellova § 10a og Ot.prp. nr. 84 2008-2009).
Styringsvariabel 1:		Tilsette i klinikkane er kjende med den nye lovreguleringa.
Kritisk suksessfaktor 1 A		Obligatorisk opplæring av alt klinisk personell
Risiko 1 A		Klinisk personell er ikkje kjende med ny lovregulering da de ikkje møter på opplæring
Tertial 1	No-situasjon	Det er etablert eit tverrfagleg team både i somatikk og psykiisk helsevern for å følgje opp barn som pårørende. Innan psykisk helsevern har 550 tilsette gjennomført obligatorisk opplæring. Temaet er lagt inn i programmet for leger i spesialisering. I somatikken er dette temaet presentert på obligatoriske fagdagar/kursdagar.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Kritisk suksessfaktor 1 B		Tilstrekkelig informasjonen om lovendringa er tilgjengeleg
Risiko 1 B		Mangelfull informasjon
Tertial 1	No-situasjon	Utarbeida mykje informasjonsmateriell <ul style="list-style-type: none"> - brosjyrar, plakatar til oppslag - perm - intranettet - eiga webside
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Tiltak	

	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Styringsvariabel 2:		Barneansvarleg personell er tilgjengeleg i alle klinikkar
Kritisk suksessfaktor 2 A		Barneansvarleg personell er utpeika og dette er forankra i leinga ved at oppgåva er formalisert
Risiko 2 A		Ikkje utpeika personell eller manglande formalisering
Tertial 1	No-situasjon	I psykisk helsevern er det utpeika person i alle einingar, poliklinikkar. Innan somatikk er det utpeika person på dei fleste einingane og på alle sjukehusa .
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 2 B		Barneansvarleg har avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva.
Risiko 2 B		Barneansvarlig har ikkje avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva
Tertial 1	No-situasjon	Barneansvarlege beskriver ein travel arbeidskvardag med ulike oppgåver og turnusarbeid som gir manglande kontinuitet. Prosjektet barn som pårørende skal i 2010 gå frå prosjektfase til drift.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Sikre at oppgåvene blir utført ved å utarbeide gode rutinar og prioritering av arbeidet.
	Kontrollaktivitet	Seksjonsleiar

Risikomatrise for styringsmål 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			2B		
	Liten		1B			
	Svært liten			1A 2A		

- Risikoelement 1 A: Klinisk personell er ikkje kjende med ny lovregulering da de ikkje møter på opplæring
- Risikoelement 1 B: Mangelfull informasjon om lovendinga
- Risikoelement 2 A: Ikkje utpeika personell eller manglande formalisering
- Risikoelement 2 B: Barneansvarlig har ikkje avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva

Styringsmål 4 – Verksemdspesifikt:	Journaldokumentasjonen er i samsvar med forskrift §§ 6 og 7	
Styringsvariabel 1:	Det skal gå fram av journalen kven som er journalansvarleg.	
Kritisk suksessfaktor 1 A	Sikre utpeking av journalansvarleg person.	
Risiko 1 A	Journalansvarleg er ikkje utpeika	
Tertial 1	No-situasjon	Usikkerheit om journalansvarleg er utpeika og om dette er dokumentert
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Kartlegge no-situasjonen
	Tiltaksansvarleg	Administrerande direktør ved fagsjef og journalansvarleg på Fonna nivå
	Tiltak	Sikre rutinar for at journalansvarleg vert oppretta for kvar journal
	Kontrollaktivitet	Foreta ein internrevisjon i alle klinikkar
Kritisk suksessfaktor 1 B	Journalansvarleg kjenner innhaldet i forskriftskrav	
Risiko 1 B	Journalansvarleg ikkje kjent med forskriftskrav	
Tertial 1	No-situasjon	Usikre på om journalansvarleg er tilstrekkeleg kjent med forskriftskravet
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	
	Kontrollaktivitet	
Styringsvariabel 2:	Journalen skal først fortløpande.	
Kritisk suksessfaktor 2 A	Innarbeiding av gode arbeidsrutinar	
Risiko 2 A	Manglande innarbeiding av gode arbeidsrutinar	
Tertial 1	No-situasjon	Usikre på om det er gode nok arbeidsrutinar
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Legge til rette for god arbeidsflyt/-rutinar og system
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Journalgjennomgang
	Kontrollaktivitet	Gjennomføre internrevisjon

Risikomatrikse for styringsmål 4 - verksemdspesifikt

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynleg heit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				2 A	
	Liten				1 A	
	Svært liten			1 B		

- Risikoelement 1 A: Journalansvarleg er ikkje utpeika
 Risikoelement 1 B: Journalansvarleg ikkje kjent med forskriftskrav
 Risikoelement 2 A: Manglande innarbeiding av gode arbeidsrutinar

Styringsmål 5		Leiare på alle nivå i Helse Fonna har kunnskap om og sikrar systemansvaret
Verksemdspesifikt:		
Styringsvariabel 1:		Leiarane har kunnskap om ansvaret som ligg til stillinga og gjeldande lov og forskrift.
Kritisk suksessfaktor 1 A		Leiarane sikrar systemansvaret
Risiko 1 A		Leiarane sikrar ikkje systemansvaret
Tertial 1	No-situasjon	Det er uklart om leiarane har kunnskap om systemansvaret og det ansvaret som ligg i leiarstillinga, dette gjeld særleg opp i mot det medisinsk faglege systemansvaret.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Leiaropplæring
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørane
	Kontrollaktivitet	Dokumentert opplæring
Kritisk suksessfaktor 1 B		Det er oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege.
Risiko 1 B		Det er ikkje oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege.
Tertial 1	No-situasjon	Det er uklart om det er peika ut medisinsk fagleg rådgjevar for dei kliniske einingane der leiar ikkje er lege.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Gjennomgang av verksemda er sett i verk og skal liggja til grunn for ytterlegare tiltak. Frist er sett til 1. juni 2010.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørane
Kontrollaktivitet		

Risikomatrise for styringsmål 5 – verksemdsspesifikt

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynleg heit	Svært stor					
	Stor				1A	
	Moderat			1B		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Leiarane sikrar ikkje systemansvaret

Risikoelement 1 B: Det er ikkje oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege.

HELSE BERGEN

Styringsmål		Helse Bergen skal levere eit rekneskapsmessig resultat i balanse i 2010
Styringsvariabel 1		Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkelig omfang i høve til dei økonomiske utfordringane – og vere realiserbare
Kritisk suksessfaktor 1A		Dei einingar som har planlagde omstillingstiltak i budsjettet må gjennomføre desse etter planen. Nye tiltak må besluttast og gjennomførast for å dekkje nye avvik
Risikoelement 1A		Omstillingstiltaka gjennomførast ikkje som planlagd og/ eller manglande effekt vert ikkje handtert
Tertial 1	No-situasjon	I stor grad er tiltaka så langt gjennomført ut i frå plan og regnskap er om lag i balanse pr 1. tertial. Nokre tiltak er ikkje gjennomførde enno.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2-leiar for dei einingar som har planlagde omstillingstiltak
	Tiltak	Tett økonomioppfølging
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2-leiar med støtte frå økonomi- og finansavdelinga
	Kontrollaktivitet	Vidare økonomioppfølging
Styringsvariabel 2		Økonomirapporteringa må avdekke budsjettavvik tidsnok til å setje i verk kompenserande tiltak
Kritisk suksessfaktor 2A		Periodisering
Risikoelement 2A		Budsjettavviket gjer ikkje eit reelt bilete
Tertial 1	No-situasjon	Grupperer kjem etter at rekneskapsåret er starta. Dette kan påverke nivå, detaljering og periodisering av budsjettert ISF-inntekt
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Økonomidirektør
	Tiltak	Oppfølging av budsjett og rapportering
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2-leiar
	Kontrollaktivitet	Tett oppfølging frå økonomiavdelinga
Kritisk suksessfaktor 2B		Controllar og leiar må ha kompetanse til å avdekkje og rapportere avvik
Risikoelement 2B		Controllar og leiar har mangelfull kompetanse til å avdekkje og rapportere avvik
Tertial 1	No-situasjon	Kunnskapsnivå er varierende. Det har vore fokus på temaet.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Økonomidirektør / nivå 2 – leiar
	Tiltak	Fortsatt oppfølging
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 2C		Leiarar må vere vise lojalitet til både eige og overordna budsjett
Risikoelement 2C		Taktisk og strategisk rapportering skjuler negative og positive budsjettavvik
Tertial 1	No-situasjon	Stort fokus på rapportering og oppfølging for å avdekkje om rapportering er reell.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Tett oppfølging og ansvarleggjering
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 2D		Fortløypane registrering av variable kostnadar fører til at det ikkje vert etterslep av desse
Risikoelement 2D		Etterslep av registrering av variable kostnadar fører til at realiserte kostnadar ikkje er synlege i rapportar
Tertial 1	No-situasjon	Noko etterslep i registrering av variable kostnadar
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Linjeleiarar
	Tiltak	Fortfarande godkjenning. Hyppig informasjon og oppfølging frå økonomiavdelinga.
	Tiltaksansvarleg	Linjeleiarar / økonomiavdelinga
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 2E		PAS er konfigurert og brukt på riktig vis, slik at inntekter korrekt krevast inn og registrerast.
Risikoelement 2E		PAS er feilkonfigurert eller dei som handsamar systemet har manglande kompetanse på bruken av dette. Dette fører til at føretaket går glipp av inntekter ein skulle hatt.
Tertial 1	No-situasjon	Usikkerheit knytt til temaet etter innføring av nytt PAS (DIPS).
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2-leiar
	Tiltak	Opplæring i bruk av systemet. Analyse av registreringar.
	Tiltaksansvarleg	Seksjon for styringsdata / Seksjon for IKT
	Kontrollaktivitet	Evaluering/ kontroll/ analyse av registreringar i PAS

Kritisk suksessfaktor 2F		Rekneskapsdata må vere av ein slik kvalitet at leiarane har tillit til at desse.
Risikoelement 2F		Uvisse om kvalitet på rekneskapsdata fører til at leiarane har liten tillit til kor reelle desse er. Dette fører til at ein utsett å gjere endringar basert på rekneskapsdata før ein har større grad av sikkerheit.
Tertial 1	No-situasjon	Nye rutinar frå mai 2010 kan redusere kvaliteten på rekneskapsdata. Det er ein del uvisse knytt til korleis kvaliteten vil vere når rekneskapsdata i større grad er basert på avsetjingar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2-leiar
	Tiltak	Gjennomføre endringsprosess. Følgje opp kvalitet på avsetjingar/rekneskapsdata
	Tiltaksansvarleg	Økonomiavdelinga
	Kontrollaktivitet	Evaluere kvalitet på avsetjingar/rekneskapsdata

Styringsvariabel 3		Arbeidsplanane (inkl innleige) skal vere handtert på ein måte som sikrar at avvik mellom tilgjengeleg kronebudsjett og planlagt arbeid vert avdekka tidsnok til at korrigerande tiltak kan setjast i verk
Kritisk suksessfaktor 3A		Arbeidsplanane må vere utarbeidd i samsvar med tilgjengeleg budsjett
Risikoelement 3A		Einingsleiarar planlegg arbeidsplanar ut frå historisk behov utan å sjå på noverande budsjetttrammer
Tertial 1	No-situasjon	I mange einingar er det for lite samsvar mellom arbeidsplan og bemanningsbehov og budsjett.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Budsjettansvarleg leiar i eining
	Tiltak	Auka opplæring av leiarar (kursmodul?). Auke leiar sitt fokus på utfordringa. Controllar for eininga må ha fokus på utfordringa. Betre/ heilskapleg leiingsstøtte. Alle leiarar med budsjett/ personalansvar må involverast i budsjettprosess. Auka lojalitet/ forplikting til styringsrammene.
	Tiltaksansvarleg	Personal- og organisasjonsavdelinga (opplæring, leiarstøtte), Økonomi (controllarar, budsjettprosess), leiarlinja
	Kontrollaktivitet	Overvake rekneskapsdata/ budsjettavvik/ arbeidsplansavvik.
Kritisk suksessfaktor 3B		Leiarar må ha tilstrekkeleg kunnskap om saksgonga i arbeidsplanlegginga
Risikoelement 3B		Leiarar har manglande kunnskap om saksgonga. Dette fører til at prosessen tar lengre tid enn ønskeleg og at arbeidsplanane ikkje vert utforma optimalt.
Tertial 1	No-situasjon	Generelt god kompetanse på saksgong, men ueinigheter sentralt mellom arbeidstakarorganisasjonar og arbeidsgivar kan komplisere saksgong
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiar med budsjettansvar
	Tiltak	Opplæring. Gjere informasjon om saksgong tilgjengelge for leiarar
	Tiltaksansvarleg	Personal- og organisasjonsavdelinga
	Kontrollaktivitet	Etablering av nettside med informasjon
Kritisk suksessfaktor 3C		Leiarar med budsjett- og personalansvar må vere informert om budsjett- og planleggingsprosessar på eit så tidleg tidspunkt at dei kan setje i verk endringar i arbeidsplanar samsvarande med nye budsjett/ planar.
Risikoelement 3C		Leiarane kjem så seint inn i prosessen at endring av arbeidsplanar startar på eit seinare tidspunkt enn ønskeleg
Tertial 1	No-situasjon	Varierende grad av involvering på tidleg nok tidspunkt. Dette gjeld særleg på nivå 3- og 4-leiarnivå.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2-leiar
	Tiltak	Ikkje naudsynt
	Tiltaksansvarleg	-
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 3D		Dei økonomiske konsekvensane ved val i dag-til-dag styringa av bemanninga må vere synleg for leiarar med budsjettansvar på det tidspunkt styringa utføres
Risikoelement 3D		Leiarar med budsjettansvar ser fyrst den økonomiske konsekvensen av styringa si når rekneskap er avslutta for perioden. Dette gjer at avvik avdekkast seint og at tiltak startar seinare enn naudsynt
Tertial 1	No-situasjon	Mange leiarar gjer ikkje nytte av tilgjengelege verktoy for å synleggjere konsekvensar av bemanningsstyringa på styringstidspunktet. Kostnaden ved handtering av avvik i den daglege drifta kan overstiga ramma gitt av budsjettet. Det eksisterer modul i GAT for å synleggjere økonomiske konsekvensar av bemanningsstyring, denne nyttast i varierende grad.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiarar med budsjett- og personalansvar
	Tiltak	Controllarane må leggje EFO-budsjett i Gat. Leiarar må ha ny opplæring og vidare oppfølging på å nytte ressursstyring i Gat.
	Tiltaksansvarleg	Økonomi + Personal- og organisasjonsavdelinga
	Kontrollaktivitet	Måle bruk av EFO-budsjett i Gat. Samanlikne avvik i EFO-forbruk/budsjett med tilhøyrande avvik i rekneskap.

Risikomatrise for styringsmål 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Moderat		3C	2A, 2C, 2D, 2F, 3A, 3D		
	Liten			2B, 3B	1A, 2E	
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Omstillingstiltaka gjennomførast ikkje som planlagd og/ eller manglande effekt vert ikkje handtert
- Risikoelement 2 A: Budsjettavviket gjer ikkje eit reelt bilete
- Risikoelement 2 B: Controllar og leiar har mangelfull kompetanse til å avdekkje og rapportere avvik
- Risikoelement 2 C: Taktisk og strategisk rapportering skjuler negative og positive budsjettavvik
- Risikoelement 2 D: Uvisse om kvalitet på rekneskapsdata fører til at leiarane har liten tillit til kor reelle desse er.
- Risikoelement 2 E: PAS er feilkonfigurert eller dei som handsamar systemet har manglande kompetanse på bruken av dette.
- Risikoelement 2 F: Uvisse om kvalitet på rekneskapsdata fører til at leiarane har liten tillit til kor reelle desse er.
- Risikoelement 3 A: Einingsleiarar planlegg arbeidsplanar ut frå historisk behov utan å sjå på noverande budsjetttrammer
- Risikoelement 3 B: Leiarar har manglande kunnskap om saksgonga.
- Risikoelement 3 C: Leiarane kjem så seint inn i prosessen at endring av arbeidsplanar startar på eit seinare tidspunkt enn ønskeleg
- Risikoelement 3 D: Leiarar med budsjettansvar ser fyrst den økonomiske konsekvensen av styringa si når rekneskap er avslutta for perioden.

Styringsmål 2		Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgong til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
Styringsvariabel 1		Det skal ikkje vere fristbrot
Kritisk suksessfaktor 1A		Avdelingane må vurdere og prioritere rettare ut i frå dei nasjonale prioriteringsretteleiarane
Risikoelement 1A		Avdelingane vurderer og prioriterer ikkje ut i frå vilkår i dei nasjonale prioriteringsretteleiarane
Tertial 1	No-situasjon	Pasientane får riktige rettar ut i frå kriterier. Det er imidlertid ein del variasjonar mellom avdelingane i kva grad prioriteringsretteleiarane sine tidsanbefalingar vert følgt. Der dei ikkje følgjast, settast som oftast fristane kortare enn tilrådinga.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Intern undervisning i avdelingane
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2.x-leider
Kontrollaktivitet		Dokumentere at tema har vore teke opp i internundervisninga
Kritisk suksessfaktor 1B		Avdelingane har tilstrekkeleg kapasitet til å utgreie og behandle dei pasientar som har rett til prioritert helsehjelp innan fristen. Tilgjengelege ressursar er samsvarande med behov og pasientflyt optimal.
Risikoelement 1B		Avdelingane har av fleire årsaker, både ikke-optimal pasientflyt og underdimensjonering, ikkje tilstrekkeleg kapasitet til å gjennomføre utgreiing og behandling innan fristen.
Tertial 1	No-situasjon	Betydelige variasjonar mellom avdelingane. Dei avdelingar som pr i dag har flest registrerte fristbrot, opplever i stor grad underdimensjonering ihht ventelister. Det kjem føre ein dreining av pasientflyt frå perifere til sentrale avdelingar i regionen, dette kan føre til ikkje-optimal pasientflyt.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Kartlegging av pasientflyt i regionen og rettare dimensjonering av avdelingane
	Tiltaksansvarleg	FTL/ HVRHF
Kontrollaktivitet		-
Kritisk suksessfaktor 1C		Avdelingsleiinga må ha tilgong til oppdaterte ventelistedata
Risikoelement 1C		Avdelingsleiinga har ikkje tilgong til oppdaterte ventelistedata, og har då manglande høve til å prioritere ressursar ihht avdelinga sine ventelister.
Tertial 1	No-situasjon	Det er i DIPS tilgang til fortløypande ventelistedata. Ventelistedata er og tilgjengeleg på intranett.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Ikkje naudsynt
	Tiltaksansvarleg	-
Kontrollaktivitet		-

Kritisk suksessfaktor 1D		Leiinga på alle nivå i organisasjonen må prioritere arbeidet med å unngå fristbrot
Risikoelement 1D		Konkurrerende oppgaver fører til at delmålet ikkje får tilstrekkeleg prioritet.
Tertial 1	No-situasjon	Leiarar har ei rekkje oppgaver. Det kjem føre at arbeidet med å unngå fristbrot ikkje får høg nok prioritet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Auka fokus på tema frå FTL og Nivå 2
	Tiltaksansvarleg	FTL/ Nivå 2.x-leiar
	Kontrollaktivitet	-

Styringsvariabel 2		Gjennomsnittlig ventetid skal ikkje overstige 65 kalenderdagar
Kritisk suksessfaktor 2A		Avdelingane må vurdere og prioritere rettare ut i frå dei nasjonale prioriteringsrettleiarane
Risikoelement 2A		Avdelingane vurderer og prioriterer ikkje ut i frå vilkår i dei nasjonale prioriteringsrettleiarane
Tertial 1	No-situasjon	Pasientane får riktige rettut i frå kriterier. Det er imidlertid ein del variasjonar mellom avdelingane i kva grad prioriteringsrettleiarane sine tidsanbefalingar vert følgt. Der dei ikkje følgjast, settast som oftast fristane kortare enn tilrådinga.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Intern undervisning i avdelingane
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2.x-leiar
	Kontrollaktivitet	Dokumentere at tema har vore teke opp i internundervisninga

Kritisk suksessfaktor 2B		Avdelingane har tilstrekkeleg kapasitet til å utgreie og behandle dei pasientar som har rett til prioritert helsehjelp innan 65 dagar. Tilgjengelege ressursar er samsvarande med behov og pasientflyt optimal.
Risikoelement 2B		Avdelingane har av fleire årsaker, både ikke-optimal pasientflyt og underdimensjonering, ikkje tilstrekkeleg kapasitet til å gjennomføre utgreiing og behandling innan 65 dagar.
Tertial 1	No-situasjon	Betydelige variasjonar mellom avdelingane. Dei avdelingar som pr i dag har flest registrerte fristbrot, opplever i stor grad underdimensjonering ihht ventelister. Det kjem føre ein dreining av pasientflyt frå perifere til sentrale avdelingar i regionen, dette kan føre til ikke-optimal pasientflyt.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorlig")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Kartlegging av pasientflyt i regionen og rettare dimensjonering av avdelingane
	Tiltaksansvarleg	FTL/ HVRHF
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 2C		Avdelingsleiinga må ha tilgong til oppdaterte ventelistedata
Risikoelement 2C		Avdelingsleiinga har ikkje tilgong til oppdaterte ventelistedata, og har då manglande høve til å prioritere ressursar ihht avdelinga sine ventelister.
Tertial 1	No-situasjon	Det er i DIPS tilgang til fortløypande ventelistedata. Ventelistedata er og tilgjengeleg på intranett.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Ikkje naudsynt
	Tiltaksansvarleg	-
	Kontrollaktivitet	-

Kritisk suksessfaktor 2D		Leiinga på alle nivå i organisasjonen må prioritere arbeidet med å tilby behandling innan 65 kalenderdagar
Risikoelement 2D		Konkurrerende oppgåver fører til at delmålet ikkje får tilstrekkeleg prioritet.
Tertial 1	No-situasjon	Leiarar har ei rekkje oppgåver. Det kjem føre at arbeidet med å gjennomføre behandling innan 65 kalenderdagar ikkje får høg nok prioritet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2.x-leiar
	Tiltak	Auka fokus på tema frå FTL og Nivå 2
	Tiltaksansvarleg	FTL/ Nivå 2.x-leiar
	Kontrollaktivitet	-

Styringsvariabel 3		Det skal ikkje vere korridorpatientar
Kritisk suksessfaktor 3A		God flyt- få utskrivingsklare pasientar til andre nivå/ i spesialisthelsetenesta, kommune. Berre dei pasientar som treng behandling i spesialisthelsetenesta visast til føretaket.
Risikoelement 3A		Mange utskrivingsklare – dårlig flyt. For mange pasientar utan reelt behov for behandling i spesialisthelsetenesta visast til slik behandling.
Tertial 1	No-situasjon	Mange utskrivingsklare i psykiatri. For mange inn.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Pasientforløp - Forpliktande utskrivingsrutinar / samarbeidsrutinar
	Tiltaksansvarleg	FTL/Nivå 2
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 3B		Tilstrekkelig behandlarkapasitet
Risikoelement 3B		Manglar behandlarkapasitet
Tertial 1	No-situasjon	Diskrepans behandlarkapasitet/ pasient
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Betydeleg innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Rekruttere fleire spesialistar
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2/FTL
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 3C		Gode transperent styringsdata knytt til logistikk
Risikoelement 3C		Mangelfull logistikk/tette skott
Tertial 1	No-situasjon	Ufullstendige/ mindre gode sekundæroverføringar
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Opne felles web- baserte styringssystem
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2 – Fou
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise for styringsmål 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynligheit	Svært stor					
	Stor				1B, 2B, 3A	
	Moderat			1A, 2A, 3C	1D, 2D, 3B	
	Liten			2C	1C	
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Avdelingane vurderer og prioriterer ikkje ut i frå vilkår i dei nasjonale prioriteringsretteleiarane
- Risikoelement 1 B: Avdelingane har ikkje tilstrekkeleg kapasitet til å gjennomføre utgreiing og behandling innan fristen.
- Risikoelement 1 C: Avdelingsleiinga har ikkje tilgong til oppdaterte ventelistedata
- Risikoelement 1 D: Konkurrerande oppgåver fører til at delmålet ikkje får tilstrekkeleg prioritet.
- Risikoelement 2 A: Avdelingane vurderer og prioriterer ikkje ut i frå vilkår i dei nasjonale prioriteringsretteleiarane
- Risikoelement 2 B: Avdelingane har ikkje tilstrekkeleg kapasitet til å gjennomføre utgreiing og behandling innan 65 dagar.
- Risikoelement 2 C: Avdelingsleiinga har ikkje tilgong til oppdaterte ventelistedata
- Risikoelement 2 D: Konkurrerande oppgåver fører til at delmålet ikkje får tilstrekkeleg prioritet.
- Risikoelement 3 A: Mange utskrivingsklare – dårlig flyt. For mange pasientar utan reelt behov for behandling i spesialisthelsetenesta visast til slik behandling
- Risikoelement 3 B: Manglar behandlarkapasitet
- Risikoelement 3 C: Ufullstendige styringsdata knytt til logistikk

Styringsmål 3		Barn som pårørende skal sikrast god oppfølging når foreldra er innlagde sjukehus
Styringsvariabel 1		Tilsette i klinikkane er kjende med den nye lovreguleringa
Kritisk suksessfaktor 1A		Styrande dokumentasjon er tilgjengeleg
Risikoelement 1A		Styrande dokumentasjon er ikkje tilgjengeligg
Tertial 1	No-situasjon	Retningslinjer er vedteken føretaksleiinga, men føreligg ikkje i dokumentstyringssystemet. Det føreligg konkrete planar for dette arbeidet og prosessen er i gang.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiinga
	Tiltak	Eksisterande retningslinjer leggst inn i EK og reviderast etter behov.
	Tiltaksansvarleg	FOU-avdelinga
Kontrollaktivitet		Dokumentet eksisterer i EK pr 01.06.10

Kritisk suksessfaktor 1B		Retningslinjer og kjennskap til lovendringa er kommunisert ut til alle medarbeidarar
Risikoelement 1B		Retningslinjer og kjennskap til lovendringa er ikkje kommunisert ut til alle medarbeidarar
Tertial 1	No-situasjon	Retningslinjer er ikkje kjent for alle medarbeidarar. Det er store variasjonar på tvers av klinikkane. Nyhendessak på Innsiden vedrørende lovendringa har vore publisert. Retningslinjer er presentert i utvida leiargruppe og i føretaksleiinga.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2 leiarar
	Tiltak	Lage og gjennomføre ein plan for korleis medarbeidarar i eigen klinikk skal informerast og sørgje for systematikk og kontinuitet i kommunikasjonsarbeidet; slik at det eksempelvis ivaretakast ved nytilsettingar
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2 og 3
Kontrollaktivitet		Rapportering til føretaksleiinga

Kritisk suksessfaktor 1C		Medarbeidarar tilegner seg kunnskap gjennom opplæringsprogram
Risikoelement 1C		Opplæringsprogram eksisterer ikkje og/eller er ikkje kjent i føretaket
Tertial 1	No-situasjon	Lokalt opplæringsprogram er under utarbeiding. Regional ressursside med E-læringsprogram er under utvikling.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Vidare oppfølging av kursutvikling og implementering av kurs i organisasjonen.
	Tiltaksansvarleg	FoU-avdelinga
Kontrollaktivitet		

Kritisk suksessfaktor 1D		Føretakets implementeringsgruppe må være etablert og ha eit klart mandat
Risikoelement 1D		Implementeringsgruppe er ikkje etablert og/ eller har ikkje eit klart mandat
Terti	No-situasjon	Implementeringsgruppe er under utvikling. Det er ikkje definert et klart mandat

	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Fortsetje arbeidet med å etablere implementeringsgruppe. Utarbeide mandat til implementeringsgruppa.
	Tiltaksansvarleg	FoU-avdelinga
	Kontrollaktivitet	Etablert implementeringsgruppe innan: 30 juni Mandat føreligg innan:30 juni

Styringsvariabel 2		Barneansvarleg personell er tilgjengeleg i alle klinikkane
Kritisk suksessfaktor 2A		Barneansvarleg personell må utnemnst ut i frå forventa behov i dei respektive klinikkane
Risikoelement 2A		Det oppnemnst for få/ingen barneansvarleg personell i dei respektive klinikkane
Tertial 1	No-situasjon	Det er varierende i kva grad det er oppnemnt barneansvarleg personell i klinikkane. I dei somatiske klinikkane/avdelingane er det foreløpig oppnemnt få (25) barneansvarleg personell. I Psykiatrisk divisjon er det oppnemnt 50 barneansvarleg personell. Det er initiert eit implementeringsarbeid på føretaksnivå.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Kritisk
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Gjennomføre og følgje opp planlagt implementeringsarbeid
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2
Kontrollaktivitet		Oversikt over oppnemnt barneansvarleg personell i klinikkane hentas inn av implementeringsgruppe innan 30.08 2010

Kritisk suksessfaktor 2B		Barneansvarleg personell har naudsynt kompetanse
Risikoelement 2B		Barneansvarleg personell manglar eller har ikkje naudsynt kompetanse
Tertial 1	No-situasjon	Dei som er oppnemnt som barneansvarleg personell har i stor grad gjennomført opplæringsprogram, etter pilotprosjekt gjennomført hausten 2009. Regionalt opplæringsprogram er under utvikling. Lokal implementeringsgruppe utviklar og gjennomfører opplæringstilbod.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Gjennomføre og følgje opp implementeringsarbeid.
	Tiltaksansvarleg	FoU sørger for at det finnes opplæringstilbod. Nivå 2 er ansvarleg for at barneansvarleg personell sikrast kompetanse.
Kontrollaktivitet		Oversikt over barneansvarleg personell i somatiske avdelingar som skal gjennomføre opplæring

Kritisk suksessfaktor 2C		Føretakets implementeringsgruppe må vere etablert og ha eit klart mandat.
Risikoelement 2C		Implementeringsgruppe er ikkje etablert og har ikkje eit klart mandat
Tertial 1	No-situasjon	Etablering av implementeringsgruppe er under utvikling. Det er ikkje definert eit klart mandat.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2
	Tiltak	Fortsetje arbeidet med å etablere implementeringsgruppe. Utarbeide mandat.
Tiltaksansvarleg		FoU

Kontrollaktivitet	Etablert implementeringsgruppe innan: 30. juni 2010 Mandat føreligg innan: 30. juni 2010
--------------------------	---

Risikomatrise for styringsmål 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor				1B	
	Moderat					
	Liten				2B	2A
	Svært liten			1A, 1C, 1D	2C	

- Risikoelement 1 A: Styrande dokumentasjon er tilgjengelig
Risikoelement 1 B: Retningslinjer og kjennskap til lovendinga er ikkje kommunisert ut til alle medarbeidarar
Risikoelement 1 C: Opplæringsprogram eksisterer ikkje og/eller er ikkje kjent i føretaket
Risikoelement 1 D: Implementeringsgruppe er ikkje etablert og/ eller har ikkje eit klart mandat
Risikoelement 2 A: Det oppnemnst for få/ingen barneansvarleg personell i dei respektive klinikkane
Risikoelement 2 B: Barneansvarleg personell manglar eller har ikkje naudsynt kompetanse
Risikoelement 2 C: Implementeringsgruppe er ikkje etablert og har ikkje eit klart mandat

Styringsmål 4	Helse Bergen HF skal gjennom gode rutinar ved avslutning av behandlingsopphald bidra til å sikre god kvalitet og kontinuitet i behandlinga.	
Styringsvariabel 1	Minst 80 % av epikrisene skal være sendt frå føretaket innan 7 dagar	
Kritisk suksessfaktor 1A	Det er definert minimumsstandard for innhald i epikrisa. Epikrise sendast når minimumsinnhald er klart, fullstendige opplysningar ettersendast.	
Risikoelement 1A	Epikrise sendast ikkje før alle opplysningar (labsvar, rtg svar etc) frå opphaldet ligg føre. Epikrisa kan derfor ikkje sendast på det tidspunkt pasienten er klar for utskriving.	
Tertial 1	No-situasjon	Det er variasjonar mellom avdelingane. Dei kirurgiske avdelingane opplever større frekvens av forsinka epikrise pga venting på resultat av supplerande undersøkingar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2-leiar
	Tiltak	Leggje til rette for autogenerering av foreløpig epikrise ved utskriving.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga / Fagdirektør
Kontrollaktivitet	Måle del av epikriser sendt dag 0-1 etter utskriving.	
Kritisk suksessfaktor 1B	Avdelingsleiinga må ha tilgong til fungerande, oppdaterte rapportar for avdelinga sine epikrisetidar	
Risikoelement 1B	Avdelingsleiinga har ikkje moglegheit til å overvake avdelinga sine epikrisetider	

Tertial 1	No-situasjon	Web-baserte rapportar er utvikla, er nå i pilotfase. Psykiatrisk divisjon nyttar desse no. Så langt ser desse ut til å fungere. Implementerast for somatiske avdelingar ca 15.5.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Fagdirektør
	Tiltak	Følgje vidare implementeringsplan web-rapportar
	Tiltaksansvarleg	Seksjon for styringsdata
	Kontrollaktivitet	Fungerande web-rapportar pr 01.06.10

Kritisk suksessfaktor 1C		Svar frå støtteavdelingar (lab, rtg) må være endelege ved første utsending
Risikoelement 1C		Venting på endeleg svar frå støtteavdelingar fører til at epikriser blir liggjande og vente på endeleg svar før dei ferdigstillast.
Tertial 1	No-situasjon	I noen avdelingar, i hovudsak kirurgiske avdelingar, ventar epikriser for lenge på endelege svar før dei kan ferdigstillast.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Vil ha innverknad på måloppnåing (= "Alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2 –leiar
	Tiltak	Vurdere systematisk bruk av foreløpig epikrise, jfr KSF 1A. Optimalisere svarrutinar i støtteavdelingar.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga / Nivå 2-leiar i støtteavdelingar
Kontrollaktivitet		-

Kritisk suksessfaktor 1D		Skrivetenesta må vere dimensjonert ut i frå venta pasientstraum.
Risikoelement 1D		Skrivetenesta er ikkje dimensjonert ut i frå venta pasientstraum. Dette fører til forseinkingar i ferdigstillinga av epikriser, særleg i samband med helger, høgtidsdagar m.m.
Tertial 1	No-situasjon	Dei kliniske avdelingar opplever at epikriser som vert diktert/ klargjort fredagar og i helger/ høgtidsdagar blir liggjande for lenge før dei sendast. Dette opplevast som ein indikasjon på at skrivetenesta er underbemanna i desse periodane.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Betydelig innverknad på måloppnåing (= "Svært alvorleg")
	Risikoeigar	Nivå 2 – leiar
	Tiltak	Kartlegge pasientstraum og dimensjonere skrivetenesta ut i frå denne.
	Tiltaksansvarleg	Leiar dokumentasjonsavdelinga
Kontrollaktivitet		Monitorere epikriseprosess på vekedag

Risikomatrix for styringsmål 4 - verksemdsspesifikt

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynligheit	Svært stor					
	Stor				1D	
	Moderat			1A, 1C		
	Liten			1B		
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Epikrise sendast ikkje før *alle* opplysningar (labsvar, rtg svar etc) frå opphaldet ligg føre

- Risikoelement 1 B: Avdelingsleiinga har ikkje moglegheit til å overvake avdelinga sine epikrisetider
- Risikoelement 1 C: Venting på endeleg svar frå støtteavdelingar fører til at epikriser blir liggjande og vente på endeleg svar før dei ferdigstillast.
- Risikoelement 1 D: Skrivetenesta er ikkje dimensjonert ut i frå venta pasientstraum.

Styringsmål 5		Helse Bergen HF vil vere med og skape dei beste føresetnader for forpliktande fagleg og administrativ samhandling med kommunane, alltid med brukaren sine beste interesser i fokus, mellom likeverdige partar og aktørar på ulike nivå.
Styringsvariabel 1		Helse Bergen skal i samarbeid med kommunar bidra til å sikre kontinuitet i behandlingsforløpet for brukarar/pasientar og pårørande
NB! Termen "kommunen" dekkjer i den vidare teksta alle ulike aktørar i den kommunale helse- og omsorgstenesta		
Kritisk suksessfaktor 1A		Helse Bergen skal sikre at informasjon frå sjukehusopphaldet (epikrise) for pasientar med behov for oppfølging blir send tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlinga.
Risikoelement 1A		Pasienten utskrives til kommunen utan at naudsynt informasjon om opphald og vidare behandling er tilgjengelig for
Tertial 1	No-situasjon	Det er store variasjonar mellom avdelingane når det gjeld epikrisetid. Dei fleste avdelingane sender med utskrivingsnotat av varierende karakter. Til ein viss grad melder kommunane tilbake at dei ikkje får tilstrekkelege opplysningar om pasientens. Medisinering og planer for vidare behandling.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2 – leiar
	Tiltak	Avdelingane må ha rutinar for å identifisere pasientar som skal ha vidare oppfølging i kommunen og prioritere epikrisene til desse pasientane. Avdelingane må og følgje opp at desse rutinane etterlevast. AD følgjer opp problemstillinga spesifikt i dialog med n2-leiarar
	Tiltaksansvarleg	Nivå 2-leiar AD
Kontrollaktivitet		Leggje til rette for systematisk tilbakemelding og oppfølging av uønska hendingar frå kommunane

Kritisk suksessfaktor 1B		Avdelingane etablerar tidlig dialog med dei riktige kontaktane i kommunen. Under hele opphaldet må ein ha fokus på kommunikasjon med kommunen med tanke på vidare oppfølging i kommunen.
Risikoelement 1B		Ein etablerer ikkje kontakt med riktige kontaktar i kommunen før pasienten er nærast utskrivingsklar. Dette vanskeleggjer utskrivingsprosess og tilrettelegging for pasienten si vidare oppfølging.
Tertial 1	No-situasjon	Rutinar for inn- og utskriving er etablert. Nivå 2- og 3-ledere er informert direkte om disse. Stort sett er avdelingane flinke til å ta kontakt med kommunen, men ofte på eit seint tidspunkt i behandlingsforløpet. I fleire tilfelle vert ikkje alle relevante kontaktar i kommunen involvert.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Leiarar for alle kliniske einingar
	Tiltak	Vedvarande oppfølging på etterleving av rutinar for inn- og utskriving. Fast tema i alle kliniske einingar. Etterleving må målast og etterspørast. Ein må og følgje opp resultat frå prosjektet "Trygg overføring"
Tiltaksansvarleg		Nivå 2-leiar / Førretaksleiinga

	Kontrollaktivitet	Utarbeide rapportar der ein kan avdekkje om pasientar som er utskrivingsklare med behov for vidare oppfølging vert liggjande utover tida då dei er utskrivingsklare.
--	--------------------------	--

Kritisk suksessfaktor 1C		Føretaket skal samordne informasjon for å sikre eintydig dialog til kommunen. For å få dette til, må ein ha god tverrfagleg kommunikasjon og samarbeid mellom involverte avdelingar
Risikoelement 1C		Mangelfull tverrfagleg kommunikasjon og samarbeid mellom avdelingar fører til at kommunen får fragmentert og mangelfull informasjon frå pasienten sitt sjukehusopphald
Tertial 1	No-situasjon	Vi opplever store utfordringar både innan tverrfagleg kommunikasjon og innan samarbeid mellom avdelingar. Det eksisterer retningslinjer for korleis arbeidet skal få føre seg.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Føretaksleiinga og Nivå 2 – leiarar
	Tiltak	Følgje opp eksisterande rutinar
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga og Nivå 2 – leiarar
Kontrollaktivitet		-

Kritisk suksessfaktor 1D		Avdelingane må identifisere pasientar som har eller har behov for individuell plan, og følgje opp denne eller initiere arbeidet med å få denne etablert
Risikoelement 1D		Avdelingane har ikkje rutinar for å identifisere pasientar med eller behov for individuell plan, og/ eller kjennskap til formålet med individuell plan.
Tertial 1	No-situasjon	Det er variasjonar mellom avdelingane både når det gjeld praksis og i kva grad det eksisterer rutinar for dette. Kjennskap til formålet med individuell plan er ofte for dårlig. Ofte identifiserast ikkje pasientar med/ med behov for IP. Det eksisterer malar og retningslinjer for oppfølging av IP i føretaket. Desse er lite kjend.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Nivå 2 – leiar
	Tiltak	Revidere og gjere tilgjengeleg informasjon om IP og føretaket sine retningslinjer om oppfølging av IP. Intern systemrevisjon haust 2010/ vår 2011.
	Tiltaksansvarleg	Føretaksleiinga/ FoU-avdelinga

Risikomatrix for styringsmål 5 - verksemdsspesifikt:

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor			1C		
	Stor			1D	1A	
	Moderat			1B		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Pasienten utskrives til kommunen utan at naudsynt informasjon om opphald og vidare behandling er tilgjengeleg

Risikoelement 1 B: Ein etablerer ikkje kontakt med riktige kontaktar i kommunen før pasienten er nærast utskrivingsklar.

Risikoelement 1 C: Mangelfull tverrfagleg kommunikasjon og samarbeid mellom avdelingar
Risikoelement 1 D: Avdelingane har ikkje rutinar for å identifisere pasientar med eller behov for individuell plan, og/ eller kjennskap til formålet med individuell plan.

HELSE FØRDE

Styringsmål nr. 1	Helse Førde skal levere eit rekneskapsmessig negativt resultat på 40 mill kroner	
Styringsvariabel 1	Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkeleg omfang i høve til dei økonomiske utfordringane – og vere realiserbare	
Kritisk suksessfaktor 1A	Sikre at vi har tiltak som gir naudsynt resultat	
Risikoelement 1A	Manglande konsekvensvurdering av tiltak ein ønskjer å setje i verk	
Tertial 1	No-situasjon	Varierende kvalitet i arbeidet
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Sikre eit system som systematiserer konsekvensvurderingar på alle nivå
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør
Kontrollaktivitet	Etablert dialogmøter med alle leiarar med budsjettansvar	
Kritisk suksessfaktor 1B	Lære av tiltak som er sett i verk og gjennomført.	
Risikoelement 1B	Manglande etterkontroll av tiltak som er sett i verk.	
Tertial 1	No-situasjon	For lite deling av informasjon.
	Sannsynlegheit	Moderat.
	Konsekvens	Svært alvorleg.
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Styrke internrevisjon. Meir opplæring.
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør og Økonomidirektør
Kontrollaktivitet	Det er sett i verk leiaropplæring og laga oversikt over makt og mynde i føretaket.	
Styringsvariabel 2	Økonomirapporteringa må avdekke budsjettavvik tidsnok til å til å setje i verk kompenserte tiltak	
Kritisk suksessfaktor 2 A	Kontinuerleg rett prognose gjennom året	
Risikoelement 2 A	Manglar informasjon som er relevant for prognosen	
Tertial 1	No-situasjon	Har verktøy for prognosesetting. Lite ressursar innan økonomi. Etablert økonomiforum som arena for oppfølging av linja.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Økonomidirektør
	Tiltak	Opplæring i økonomiverktøy. Alle med budsjettansvar rapporterer løpande risiko for avvik. Vi må ha gode system for å melde budsjettavvik.
	Tiltaksansvarleg	Økonomisjef
Kontrollaktivitet	Sett i verk standardisert arbeidsmåte for controllarar. Økonomisjef og økonomidirektør deltek på oppfølgingsmøter for å bidra til lik oppfølging i linja.	
Kritisk suksessfaktor 2 B	Nivå 3-leiarane må ha oversikt over resultatutvikling og melde avvik, samt sette inn tiltak.	
Risikoelement 2 B	Manglande oversikt, melder ikkje avvik, set ikkje inn tiltak.	

Tertial 1	No-situasjon	Varierende kunnskap om budsjett og rapporteringsverktøy.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Kritisk
	Risikoeigar	Administrerende direktør
	Tiltak	Tydeleg delegering, oppfølging og opplæring.
	Tiltaksansvarleg	Linje og stabsløiarar
	Kontrollaktivitet	Iverksett prosjekt makt og mynde. Oppfølging av alle tiltak i økonomiforum.

Styringsvariabel 3			Arbeidsplanane (inkl. innleige) skal vere handtert på ein måte som sikrar at avvik mellom tilgjengelege kronebudsjett og planlagt arbeid vert avdekkja tidsnok til at korrigerande tiltak kan setjast i verk.
Kritisk suksessfaktor 3 A			At det er samsvar mellom dei budsjetterte stillingane og stillingar brukt i arbeidsplanen, samt at innleige og stillingar i bruk totalt sett ikkje overskrider eininga sitt budsjett
Risikoelement 3 A			At det blir tilsett og brukt meir stillingar i ein arbeidsplan enn ein har budsjett for, samt at bemanninga totalt i den daglege drifta er høgare enn ein har budsjettert.
Tertial 1	No-situasjon	Tilsetjing i faste stillingar blir vurderte og avgjort i stillingsutvalet. Det er fokus på oppfølging av tal månadsverk på einingsnivå. Arbeidsplanar blir utarbeidde med bakgrunn i gjeldande bemanningsplan ved eininga.	
	Sannsynlegheit	Moderat	
	Konsekvens	Alvorleg	
	Risikoeigar	Administrerende direktør	
	Tiltak	Følgje opp den enkelte leiar ift stillingar i bruk kontra stillingar i budsjett . Gje leiarar lettare oversikt over dette ved å rulle ut HR-kuben til alle.	
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør (oppfølging av leiarar) og HR direktør (HR kubene)	
	Kontrollaktivitet	1 X per måned	
Kritisk suksessfaktor 3 B			At det er samsvar mellom aktiviteten til eininga og bemanninga som er planlagt, både i ein arbeidsplan og i dagleg drift
Risikoelement 3 B			At arbeidsplanar blir utarbeidde utan å ta omsyn til reell aktivitet i den enkelte eining
Tertial 1	No-situasjon	Dei aller fleste avdelingar har arbeidsplanar som rullerer og som i liten grad tek høgde for endringar i aktivitet, dette grunna konflikt med nokon organisasjonar om metodikk for arbeidstidsplanlegging. Det er ikkje mulig i denne type planer å planlegge for aktivitetsendringar som følgje av drift eller avvikling av t.d ferie, og planane er derfor ikkje fullt ut tilpassa eininga si drift	
	Sannsynlegheit	Stor	
	Konsekvens	Alvorleg	
	Risikoeigar	Administrerende direktør	
	Tiltak	Jobbe med å få på plass ein avtale med organisasjonane om aktivitetstilpassa arbeidsplanar. I mellomtida tilstrebe å gjere arbeidsplanane så gode som det etter forholda er mulig å få til, samt gjere daglege tilpassingar som kostar minst mulig.	
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør	
	Kontrollaktivitet	Kontinuerlig	

Risikomatrise for styringsmål 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			3B		
	Moderat			3A	1B	2B
	Liten			2A	1A	
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Manglande konsekvensvurdering av tiltak ein ønskjer å setje i verk
- Risikoelement 1 B: Manglande etterkontroll av tiltak som er sett i verk
- Risikoelement 2 A: Manglar informasjon som er relevant for prognosen
- Risikoelement 2 B: Nivå 3-leiarane har ikkje oversikt over resultatutvikling og melder ikkje avvik, eller set inn tiltak
- Risikoelement 3 A: At det blir tilsett og brukt meir stillingar i ein arbeidsplan enn ein har budsjett for, samt at bemanninga totalt i den daglege drifta er høgare enn ein har budsjettert.
- Risikoelement 3 B: At arbeidsplanar blir utarbeidde utan å ta omsyn til reell aktivitet i den enkelte eining

Styringsmål nr. 2		Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet
Styringsvariabel 1		Det skal ikkje vere fristbrot
Kritisk suksessfaktor 1A		Einskapleg og rett bruk av nasjonale prioriteringsrettleiarar for dei ulike fagområda. Orden og oversikt i PAS-systemet til ei kvar tid.
Risikoelement 1A		Manglande implementering av og ulik forståing av prioriteringsrettleiarar Uklare ansvarslinjer i høve PAS-delen av EPJ
Tertial 1	No-situasjon	Samla sett 17% fristbrot i Helse Førde i 1. tertial 2010 (1519 pas.) Vurderingsfristbrot er i stor grad fråverande utover på ungdomsgaranti med 8%. Behandlingsfristbrot på ungdomsgaranti er 21% i 1. tertial 2010. Det er stor variasjon mellom ulike avdelingar.
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Opplæring, samling og profesjonalisering av legar som vurderer tilvisningar, og personell som bistår i høve oversikt over PAS-del av EPJ.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef
Kontrollaktivitet		Avdelingssjef
Kritisk suksessfaktor 1B		Rett mengde/kvalitet på tilvisningar frå primærhelsetenesta i høve behovet i befolkninga i Sogn og Fjordane for spesialisthelsetenester
Risikoelement 1B		Svært varierende og truleg generelt for lav terskel for tilvisning til spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane
Tertial 1	No-situasjon	For mange tilvisningar i høve folketalsgrunnlag og kapasitet i Helse Førde
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
Tiltak		Samhandlingsprosjekt

	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering
	Kontrollaktivitet	

Styringsvariabel 2		Gjennomsnittleg ventetid skal ikkje overstige 65 kalenderdagar
Kritisk suksessfaktor 2 A		Samsvar mellom tal henvisningar og kapasitet særleg på poliklinikkar
Risikoelement 2 A		For høgt tal henvisningar i høve behov i området og kapasitet i Helse Førde
Tertial 1	No-situasjon	Gjennomsnittleg ventetid er 100 dagar, for prioriterte 84 dagar (T1-2010)
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Betre vurdering av henvisningar og samhandling med henvisande legar
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering og oppfølging
Kritisk suksessfaktor 2 B		At PAS/EPJ heile tida er oppdatert og rydda
Risikoelement 2 B		Legar/merkantil personale utan nok fokus på pasientadministrative system
Tertial 1	No-situasjon	Varierende kvalitet ulike stader
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Undervisning og tett oppfølging
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef
	Kontrollaktivitet	Avdelingssjef, PAS/EPJ-systemrapportar

Styringsvariabel 3		Det skal ikkje vere korridorpatientar
Kritisk suksessfaktor 3 A		Fleksibel bruk av sengeplassar i institusjonane
Risikoelement 3 A		Kulturelle og praktiske sperrer mot fleksibel bruk av sengeplassar
Tertial 1	No-situasjon	Har om lag 2% korridorpatientar
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar
	Tiltak	Endre kultur/legge til rette for fleksibel bruk av sengeplassar
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering
Kritisk suksessfaktor 3 B		Unngå hensiktslause innleggingar
Risikoelement 3 B		For mykje innleggingar i Sogn og Fjordane i høve folketalet/kapasitet
Tertial 1	No-situasjon	For mykje innleggingar ø.hj.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar/samhandling
	Tiltak	Betre tilbakemelding og strengare "portvaktfunksjon"
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	Månadleg rapportering

Risikomatrise for styringsmål 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor		2A	1A		
	Stor		3B	1B		
	Moderat			2B		
	Liten			3A		
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Manglande implementering av og ulik forståing av prioriteringsrettleiarar
Uklare ansvarlinjer i høve PAS-delen av EPJ
- Risikoelement 1 B: Svært varierende og truleg generelt for lav terskel for tilvisning til spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane
- Risikoelement 2 A: For høgt tal henvisningar i høve behov i området og kapasitet i Helse Førde
- Risikoelement 2 B: Legar/merkantil personale utan nok fokus på pasientadministrative system
- Risikoelement 3 A: Kulturelle og praktiske sperrer mot fleksibel bruk av sengeplassar
- Risikoelement 3 B: For mykje innleggingar i Sogn og Fjordane i høve folketalet/kapasitet

Styringsmål nr. 3		Barn som pårørende skal sikrast god oppfølging når foreldra er innlagde på sjukehus (jf helsepersonellova § 10a og Ot.prp. nr. 84 2008-2009)
Styringsvariabel 1		Tilsette i klinikkane er kjende med den nye lovreguleringa
Kritisk suksessfaktor 1A		Tilsette må få kurs/informasjon om lovreguleringa.
Risikoelement 1A		Tilsette får ikkje kurs/informasjon om lovreguleringa.
Tertial 1	No-situasjon	Noko variabel. Leiingsnivået er bra oppdatert. Implementering innad i klinikkane i gang.
	Sannsynlegheit	Liten.
	Konsekvens	Svært alvorleg.
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar.
	Tiltak	a)distribuere gjeldande rutinar m/lovhenvisning til det utpeika barneansvarlege personellet, b)kursing av dei tilsette i klinikkane.
	Tiltaksansvarleg	a)klinikkdirektørar, b) barneansvarleg i eininga.
Kontrollaktivitet		Tilsette får "vitnemål" i etterkant av kursing/opplæring.
Kritisk suksessfaktor 1 B		Det er utarbeidd tverrgående rutinar for barneansvarleg personell i føretaket.
Risikoelement 1 B		Det er ikkje utarbeidd tverrgående rutinar for barneansv. personell i føretaket.
Tertial 1	No-situasjon	Første versjon tverrgående rutine på plass.
	Sannsynlegheit	Liten.
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Fagdirektør.
	Tiltak	Jamnleg oppdatering av rutinar.
	Tiltaksansvarleg	EK-ansvarleg.
Kontrollaktivitet		Sjekk i den årlege ajourføringa av EK-handboka.

Styringsvariabel 2		Barneansvarleg personell er tilgjengeleg i alle klinikkane
Kritisk suksessfaktor 2 A		Utpeika tilstrekkeleg barneansvarleg personell.
Risikoelement 2 A		Det er utpeika for få/lite barneansvarleg personell.
Tertial 1	No-situasjon	Første generasjon barnehageansvarleg personell utpeika relativt nyleg.
	Sannsynlegheit	Liten.
	Konsekvens	Alvorleg.
	Risikoeigar	Klinikkdirektør.
	Tiltak	System for ajourføring av personell ved pensjonering, jobbslutt, sjukdom.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef.
Kontrollaktivitet		Månadleg meldingssystem i avdelingane med rapportkrav til avdelingssjef.
Kritisk suksessfaktor 2 B		Samarbeid med primærkommunane.
Risikoelement 2 B		Ustrukturert samarbeid med kommunane.
Tertial 1	No-situasjon	Nytt lovverk, fersk implementering i helseføretaket.
	Sannsynlegheit	Moderat.
	Konsekvens	Alvorleg.
	Risikoeigar	Klinikkdirektørar.
	Tiltak	Informasjonsmøte/-seminar.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar.
Kontrollaktivitet		Kvartalsvis statusrapportering til fagdirektør.

Risikomatrix for styringsmål 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			2B		
	Liten			2A 1B	1A	
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Tilsette får ikkje kurs/informasjon om lovreguleringa

Risikoelement 1 B: Det er ikkje utarbeidd tverrgående rutinar for barneansv. personell i føretaket

Risikoelement 2 A: Det er utpeika for få/lite barneansvarleg personell

Risikoelement 2 B: Ustrukturert samarbeid med kommunane

Styringsmål nr. 4	Helse Førde skal redusere sjukefråværet og redusere helse relatert utstøyting
Styringsvariabel 1	Helse Førde skal ha ei målsetting om eit nærvær på 93%.⁴
Kritisk suksessfaktor 1A	Leiarar har kunnskap om faktorar som aukar nærværet
Risikoelement 1A	Leiarar har liten eller ingen kunnskap om nærværsfaktorar

⁴ Dette målet er ikkje i tråd med Helse Vest sitt mål om at det samla sjukefråværet ikkje skal overstige 5,5 % (4,5 % for det sjukemeldte fråværet)

Tertial 1	No-situasjon	Leiarar har noko kunnskap om kva som må gjerast for å auke nærværet
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Opplæring gjennom Leiarprogrammet
	Tiltaksansvarleg	HR-direktør
	Kontrollaktivitet	Månadleg statistikk som viser nærværsgraden
Kritisk suksessfaktor 1B		Arbeidsmiljø som tema på alle personalmøta
Risikoelement 1B		Arbeidsmiljø som tema vert satt til side, og "gløymt" i den daglege drifta
Tertial 1	No-situasjon	Delvis innført, men ikkje alle har HMS som tema på alle møter
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Administrerande direktør
	Tiltak	Stille krav til at HMS skal vere tema på personalmøter i Helse Førde.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørar
	Kontrollaktivitet	Referat frå personalmøtar sendast til klinikkdirektør

Risikomatrise for styringsmål 4 - verksemdsspesifikt

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1A 1B		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Leiarar har liten eller ingen kunnskap om nærværsfaktorar

Risikoelement 1 B: Arbeidsmiljø som tema vert satt til side, og "gløymt" i den daglege drifta

Styringsmål nr. 5		Helse Førde skal etablere LAR - tilbod innan 31.12.2010.
Styringsvariabel 1		Etablere arbeidsgruppe som skal planlegge og gjennomføre etablering av LAR
Kritisk suksessfaktor 1A		Fokus på tverrfaglegheit i arbeidsgruppa; medisinsk, psykologisk, sosialfaglig samt brukarrepresentasjon og kompetanseflyt frå LAR-Bergensklinikkene
Risikoelement 1A		For lite tid til å samle gruppa
Tertial 1	No - situasjon	Helse-Førde disponerer dei aktuelle fagfolka, samarbeid med ettervernsgruppe og brukargrupper samt Bergensklinikkene er godt etablert.
	Sannsynlegheit	moderat
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	Direktør PSK
Tiltak		Innkalle ein repr. frå kvar faggruppe og representant frå Mental Helse og frå Rusettervernet. Kontakte LAR-Bergensklinikkene.

	Tiltaksansvarleg	Direktør PSK
	Kontrollaktivitet	Gruppa etablert

Styringsvariabel 2		Skaffe tilstrekkelege ressursar til drift av LAR
Kritisk suksessfaktor 2A		Lage budsjett for drift LAR, søke midlar frå Helse-Vest
Risikoelement 2A		At ein ikkje får godkjenning for budsjett eller overført midlar frå Helse-Vest
Tertial 1	No - situasjon	
	Sannsynlegheit	moderat
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	
	Tiltak	Sette opp budsjett og kontakte Helse-Vest
	Tiltaksansvarleg	Direktør PSK
	Kontrollaktivitet	Budsjett og søknad om midlar godkjent

Styringsvariabel 3		Rekruttere personell med rett kompetanse til drifta av LAR
Kritisk suksessfaktor 3A		Personellet skal vere tverrfagleg (medisinsk/psykologisk og sosialfaglig) samansett.
Risikoelement 3 A		At ein ikkje får kvalifiserte søkjarar
Tertial 1	No - situasjon	Helse-Førde har internt personell med naudsynte kvalifikasjonar og motivasjon for å arbeid med LAR, men det er behov for å rekruttere eksternt
	Sannsynlegheit	moderat
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Direktør PSK
	Tiltak	Utlyse stillinger
	Tiltaksansvarleg	Adm sjef PSK
	Kontrollaktivitet	Stillingar utlyst, søknader kome inn

Risikomatrise for styringsmål 5 - verksemdsspesifikt

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				1A 2A 3A	
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: For lite tid til å samle gruppa

Risikoelement 2 A: At ein ikkje får godkjenning for budsjett eller overført midlar frå Helse-Vest

Risikoelement 3 A: At ein ikkje får kvalifiserte søkjarar

HELSE VEST IKT

Styringsmål		Leveransane frå Helse Vest IKT skal gi ei oppleving av auka kvalitet, auka effektivitet, auka kompetanse og betra sikkerhet
Styringsvariabel 1		Det skal vere stabil tilgong til kritiske system
Kritisk suksessfaktor 1 A		Velfungerande kundesenter
Risikoelement 1 A		Kundesenteret maktar ikkje å overhalde avtalt servicegrad på 80% av telefonane svart innan 1 minutt.
Tertial 1	No-situasjon	Kundesenteret har levert under avtalt servicegrad sidan oktober 2009. Dette er det informert om til styret.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Erik M. Hansen
	Tiltak	Overvaking, innføring av Assyst_net slik at kunde sjølv kan registrere saker. Om dette ikkje gjev effekt, må reallokering av tilsette vurderast.
	Tiltaksansvarleg	Rune Thunes
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av avtalt servicegrad
Kritisk suksessfaktor 1 B		Tilfredsstillande nivå på IKT-sikkerheit
Risikoelement 1 B		Manglande framdrift i arbeidet med tiltak innanfor området IKT-sikkerheit.
Tertial 1	No-situasjon	Det har vore varierende framdrift i dette arbeidet pga. prioritering av drift, forvaltning og prosjektleveransar.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Erik M. Hansen
	Tiltak	Det er engasjert ein ekstern rådgjevar innanfor IKT-sikkerheit for å få auka progresjon i arbeidet.
	Tiltaksansvarleg	Harald Flaten
	Kontrollaktivitet	Statusgjennomgang med eksterne rådgjevar.
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1 C		Bemanning i tråd med auke i aktivitet
Risikoelement 1 C		Helse Vest IKT er i ein periode med veksande aktivitet. Det er ei utfordring å ha tilstrekkeleg med kapasitet og kompetanse for å dekke inn alle områder på ein god måte.
Tertial 1	No-situasjon	Rekrutteringssituasjonen i 2009 var god. Arbeidsmarknaden vart strammare i fyrste kvartal 2010.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Erik M. Hansen
	Tiltak	Administrasjonen i Helse Vest IKT har sett vidareføring av eit godt arbeidsmiljø som eit høgt prioritert området i 2010. Kontinuerleg arbeid med rekruttering.
	Tiltaksansvarleg	Alle seksjonsleiarar.
Kontrollaktivitet	Gjennomgang av bemanningssituasjonen.	
Kritisk suksessfaktor 1 D		Brukarane får handtert saker om tilgong på ein effektiv måte.
Risikoelement 1 D		Innføring av DIPS gir ein auka kompleksitet i handteringa av tilgong til EPJ. Manglande handtering av saker om tilgong kan redusere opplevinga av effektivitet.

Tertial 1	No-situasjon	Det er avtalt maks 14 dags tid for handsaming av saker om tilgong. Helse Bergen startar med DIPS 26.04. Dette kan gje ein sterk auke i slike saker.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	Erik M. Hansen
	Tiltak	Innføring av Samlepunktet i alle helseføretaka vil gje ei meir effektiv handtering av saker om tilgong.
	Tiltaksansvarleg	Rune Thunes
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av avtalt servicegrad for saker om tilgong.

Risikomatrise for styringsmål 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat		1D	1A 1B		
	Liten		1C			
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Kundesenteret maktar ikkje å overhalde avtalt servicegrad på 80% av telefonane svart innan 1 minutt.

Risikoelement 1 B: Manglande framdrift i arbeidet med tiltak innanfor området IKT-sikkerheit.

Risikoelement 1 C: Ikke bemanning i tråd med auke i aktivitet

Risikoelement 1 D: Brukarane får ikkje handtert saker om tilgong på ein effektiv måte

APOTEKA VEST

Styringsmål 1	Resultatkravet for Apoteka Vest er eit positivt resultat på kr 7, 833 mill	
Styringsvariabel 1	Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkeleg omfang i høve til dei økonomiske utfordringane – og vere realiserbare	
Kritisk suksessfaktor 1 A	Vedtatt omstilling må felles ned i konkrete handlingsplaner med mål, ansvarlig og tidsplan for gjennomføring og handlingsplanen må følges	
Risikoelement 1 A	Handlingsplaner utarbeides ikke eller etterleves ikke eller følges ikke opp	
Tertial 1	No-situasjon	Mål, strategi og handlingsplan er ikke utarbeidet for 2010. Det er derfor usikkert om de mål og tiltak som budsjettet bygger på blir gjennomført
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	AD, Apoteker
	Tiltak	Når handlingsplan ikke er utarbeidet før budsjetteringen skjer, må det utarbeides i ettertid og denne må følges opp og eventuelt ny tiltak må iversettes hvis målet ikke nås
	Tiltaksansvarleg	AD/apoteker
Kontrollaktivitet	Månedlig avsjekk av handlingsplan og revidering av denne i	

		ledelsesoppfølging
--	--	--------------------

Kritisk suksessfaktor 1 B		Eventuelle investeringsbehov i bygninger, teknologi (hardware, software) for å gjennomføre omstillingene må kartlegges og tas inn i investerings-/driftsbudsjett.
Risikoelement 1 B		Ved at handlingsplan ikke utarbeides i tråd med budsjettprosessen, kan viktige forutsetninger for budsjettet mangle i investeringsbudsjettet
Tertial 1	No-situasjon	Investeringsbudsjettet inneholder en del av forutsetningene, men for eksempel manglet finansieringen av cytodose.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Apoteker FAD-prosessansvarlig
	Tiltak	Ansvarlig for utnyttelse av ny teknologi og gevinstuttak må utpekes pr. teknologiendring. Følges deretter opp i månedsoppfølgingen
	Tiltaksansvarleg	Apoteker
Kontrollaktivitet		Avsjekk av at effekt/gevinst er oppnådd

Kritisk suksessfaktor 1 C		Nødvendige investeringer/omstillingstiltak iflg. handlingsplan må gjennomføres/implementeres og gevinsten må realiseres ved at tilhørende arbeidsprosesser blir endret/tilpasset
Risikoelement 1 C		Investeringer og tiltak blir ikke gjennomført/implementert - og/eller gevinsten blir ikke realisert
Tertial 1	No-situasjon	For lite tydelig kost/nytteanalyse, liten forpliktelse til å ta ut nytteverdien, og i stor grad ingen evaluering av gevinstrealiseringen i ettertid
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker FAD-prosessansvarlig
	Tiltak	Inn på handlingsplanen og følges opp via denne. Reell nytteverdi må synliggjøres i investeringsplanen og må kvitteres ut i ettertid
	Tiltaksansvarleg	Apoteker
Kontrollaktivitet		Avsjekk at investeringen er gjennomført og at nytteverdien/tevinsten er realisert

Styringsvariabel 2		Økonomirapporteringen må avdekke budsjettavvik tidnok til iverksetting av kompenserende tiltak
Kritisk suksessfaktor 2 A		Best mulig riktig periodisering av budsjettposter
Risikoelement 2 A		Vesentlige forskyvning av aktivitetene gjennom året i sykehusene i forhold til tidligere år
Tertial 1	No - situasjon	Periodisering skjer etter snitt pådrag tidligere år. Ingen avstemming mellom periodisering av aktivitetsnivået i sykehusene mot periodisert legemiddelsalg i apoteka.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Øk.sjef
	Tiltak	Informasjonsutveksling mellom apoteker og sykehus ang. aktivitetsutviklingen
	Tiltaksansvarleg	Apoteker
Kontrollaktivitet		Avsjekk om slik informasjonsutveksling skjer

Kritisk suksessfaktor 2 B		Korrekt regnskapsperiodisering av kostnader og inntekter i forhold til pådrag og opptjening
Risikoelement 2 B		Mangelfull eller feil periodisering av vesentlige inntekter og kostnader
Tertial 1	No-situasjon	Det månedlige rutinene gjennomføres med god kvalitet. Variasjonene i varekostprosent er den største usikkerheten
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Øk. sjef
	Tiltak	Månedlig analyse av varekostprosenten for å fange opp om variasjonen er "normale" eller skyldes feilkilder som må lukkes
	Tiltaksansvarleg	Øk. sjef + apoteker
	Kontrollaktivitet	Sjekke at avvik avdekket i analysen er normale og at unormale avvik finnes sin årsak og at feilkilder blir lukket.

Kritisk suksessfaktor 2 C		Løpende oppfølging av avvik mot budsjett på alle nivå med tidsnok iverksetting av tiltak hvor dette er nødvendig
Risikoelement 2 C		Oppfølging skjer ikke, eller det iverksettes ikke tilstrekkelig og tidsnok nødvendige tiltak
Tertial 1	No-situasjon	Hittil i 2010 har det ikke vært øk.oppfølging fra AD mot apotekere, men økonomirapport viser lite negative avvik
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	AD/øk.sjef
	Tiltak	Rullerende avviksrappor-ering med tiltak fra budsjett-ansvarlige oppover, samt oppfølging fra leder
	Tiltaksansvarleg	Øk.sjef, AD Budsj.ansvarlig
	Kontrollaktivitet	Sjekke at tiltak er iverksatt der det er nødvendig og at effekten av disse følges opp

Kritisk suksessfaktor 2 D		Tertialvise prognoser som fanger opp behov for nødvendige tiltak på kostnadsiden hvis bidragssvikt
Risikoelement 2 D		Prognosene er for optimistiske både av hensyn til inntekts- og kostnadsutviklingen
Tertial 1	No-situasjon	Det vil etter utgangen av mars bli utarbeidet prognose for resten av året
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	AD, øk.sjef/apoteker
	Tiltak	Prognosene må legges realistisk og tiltak må også gjennomføres og effekt tas ut
	Tiltaksansvarleg	Øk.sjef , ADApoteker
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av regnskap mot prognose og mot tiltak

Styringsvariabel 3		Rapportering knytt til netto månedsverk må vere innretta slik at ein fortløpande kan korrigere for avvik i høve til måltal
Kritisk suksessfaktor 3 A		Forventet ressursforbruk må være innarbeidet i budsjett og dette må stå i forhold til budsjettert inntjening
Risikoelement 3 A		Ikke samsvar mellom budsjettert inntjening og budsjettert ressursforbruk
Terti	No - situasjon	Årsverk er oppgitt i budsjettet pr. kostnadsted. Budsjetterte lønnskostnader er relatert til budsjetterte årsverk
	Sannsynlegheit	Liten

	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker/Øk.sjef
	Tiltak	Ingen ytterligere tiltak
	Tiltaksansvarleg	Øk. sjef
	Kontrollaktivitet	Sjekke ved budsjettering at det er sammenheng her

Kritisk suksessfaktor 3 B		Reelt månedsverkforbruk må sammenholdes mot budsjett
Risikoelement 3 B		Manglende rapportering og oppfølging av månedsverkforbruk
Tertial 1	No-situasjon	Rapporteringen er ikke pålitelig på kostnadstedsnivå - kun på apoteknivå. Dette fører til manglende kontroll av reelt årsverkforbruk mot budsjett
	Sannsynlegheit	Alvorlig
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Apoteker/Øk.sjef
	Tiltak	Bedt Helse Vest om at personalkuben viser riktig antall månedsverk pr. kostnadsted
	Tiltaksansvarleg	Pers.sjef
	Kontrollaktivitet	Sjekke mot budsjettansvarlige at denne blir riktig når korreksjonen er gjennomført

Kritisk suksessfaktor 3 C		Løpende oppfølging av avvik og tidsnok iverksetting av tiltak hvor dette er nødvendig
Risikoelement 3 C		Oppfølginger skjer ikke, eller det iverksettes ikke tilstrekkelig og tidsnok nødvendige tiltak.
Tertial 1	No-situasjon	Personalkostnader følges opp månedlig. Men månedsverk pr. kostnadsted er feil og derfor må budsjettansvarlige benytte manuell oppfølging av månedsverk
	Sannsynlegheit	Alvorlig
	Konsekvens	Moderat
	Risikoeigar	Apoteker/Øk.sjef
	Tiltak	Endring i omsetning må medføre bemanningsreduksjoner
	Tiltaksansvarleg	Øk.sjef, AD, Budsj.ansvarlig
	Kontrollaktivitet	Avsjekk av om det er etablert tiltak hvis årsverkene overstiger budsjett

Risikomatrix for styringsmål 1

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor			2B		
	Moderat		2A	1A 1B 1C 2C 2D 3B 3C		
	Liten			3A		
	Svært liten					

Risikoelement 1 A: Handlingsplaner utarbeides ikke eller etterleves ikke eller følges ikke opp

Risikoelement 1 B: Ved at handlingsplan ikke utarbeides i tråd med budsjettprosessen, kan viktige forutsetninger for budsjettet mangle i investeringsbudsjettet

Risikoelement 1 C: Investeringer og tiltak blir ikke gjennomført/implementert - og/eller gevinsten blir ikke realisert

- Risikoelement 2 A: Vesentlige forskyvning av aktivitetene gjennom året i sykehusene i forhold til tidligere år
- Risikoelement 2 B: Mangelfull eller feil periodisering av vesentlige inntekter og kostnader
- Risikoelement 2 C: Oppfølging skjer ikke, eller det iverksettes ikke tilstrekkelig og tidsnok nødvendige tiltak
- Risikoelement 2 D: Prognosene er for optimistiske både av hensyn til inntekts- og kostnadsutviklingen
- Risikoelement 3 A: Ikke samsvar mellom budsjettert inntjening og budsjettert ressursforbruk
- Risikoelement 3 B: Manglende rapportering og oppfølging av månedsverkforbruk
- Risikoelement 3 C: Oppfølginger skjer ikke, eller det iverksettes ikke tilstrekkelig og tidsnok nødvendige tiltak.

Styringsmål 2		Apoteka Vest skal tilby apotektenester av god kvalitet
Styringsvariabel 1		Det skal leggjast til rette for ein kultur for læring og forbedring.
Kritisk suksessfaktor 1 A		Kunnskap utviklet et sted i foretaket skal raskt være tilgjengelig for resten av foretaket
Risikoelement 1 A		Arbeid gjøres dobbelt opp, eller det investeres ressurser i løsninger som allerede eksisterer. Ressurser brukt til å finne opp hjulet på nytt skaper frustrasjon i organisasjonen
Tertial 1	No-situasjon	Det er fortsatt mye kunnskap utviklet i de 4 apotekene som ikke blir utnyttet verken mellom avdelinger eller apotek. Dette fordi en ikke klarer å synliggjøre kompetanse eller denne ikke blir oppfattet som "gjenbrukbar". Det er økt samordning mellom avdelinger og apotek etter at IO-farmasøyten er kommet igang. S/S-database er fortsatt under vurdering, da det er lite tilgjengelig verktøy. Avklares vår-10. Faggr. fastsetter i år obligatorisk, gjenbrukbar kompetanse. Fagsjef har hyppig kontakt med faggruppene. Fagsjef er tildelt ansvar for kampanjer og fagfokus (ref grossist). Felles valideringssystem er under etablering. "Fagnytt" utgis av IO-farmasøyten ca en gang i måneden. Dette inneholder en sammenfatning av nasjonale og internasjonale nyheter innen farmasi
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Fagsjef, AD
	Tiltak	Etablere spørsmål og svar database. Mer effektiv bruk av Faggruppene og god koordinering mot fagsjef. Mandatet til faggruppene revideres. Fagsjef / IO-farm. formidler kunnskap og knytter kontakter innen ApoV. Det lages "program" for ulike fag og -områder. Det må sikres at ansatte bruker "Fagnytt" aktivt
	Tiltaksansvarleg	Fagsjef
	Kontrollaktivitet	Kvartalsvis (muntlig) rapport fra Faggruppene til Fagsjef. Utviklet program for fag og -områder. Brukerundersøkelse for "Fagnytt"
Kritisk suksessfaktor 1 B		Systemer og verktøy utviklet i ApoV skal brukes aktivt
Risikoelement 1 B		De ansatte arbeider tungvindt og har ikke oppdatert kunnskap. Unødig ressursbruk
Tertial 1	No-situasjon	Ikke god nok utnyttelse av KVASS og Synergi. Materiell under HR-området er ikke oppdatert. Cytodose er i bruk ved SiS og HSA. Er under implementering ved SiH og SiF. Dette vil effektivisere drift og kvalitet på cytostatikaproduksjonen.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Kvalitetsansvarlig, HR-sjef

	Tiltak	Ny informasjonsrunde om verktøyene. Samordning av materiell innen HR Utvikling av felles prosedyrebeskrivelser for Cytodose
	Tiltaksansvarleg	Kvalitetsansvarlig, HR-sjef
	Kontrollaktivitet	Oppsummering av info.møter. Sjekk av HR-materiell. Sjekk av Cytodoseprosedyrer

	Kritisk suksessfaktor 1 C	Kunnskap/erfaringer utviklet regionalt og nasjonalt må kunne implementeres raskere
	Risikoelement 1 C	Kapasitet til endringer utover allerede planlagte aktivitet (inkludert daglig rutine) er for lav. De ansatte har ikke kunnskap om mulige forbedringer.
Tertial 1	No-situasjon	Det brukes for mye tid og krefter på IKT-verktøy som ikke fungerer optimalt. ApoV er aktiv i HV-arbeid, inkludert LOP. Økt kunnskap om nasjonale forhold ref. nasjonal Fagsjefgruppe. Etablert nasjonal PRO-gruppe og nasjonalt forskningsnettverk.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	AD, Fagsjef, Foleder
	Tiltak	Oppfølging av feil ved IKT-verktøy. Formidling av nye løsninger. Økt forskningssamarbeid
	Tiltaksansvarleg	Apoteker / IKT-ansvarlig (?) (interne forhold) og Fagsjef /Foleder (regionale og nasjonale forhold)
	Kontrollaktivitet	IKT-systemene fungerer. Fagsjef rapporterer nasjonal dialog til direktør. Nasjonale løsninger skal forankres i faggruppene. Apoteker har ansvar for implementeringen

	Kritisk suksessfaktor 1 D	Planlegge rammer for gjennomføring av internopplæring og implementering av nye løsninger
	Risikoelement 1 D	Planlagt opplæring blir ikke gjennomført grunnet kritisk bemanning til både drift og opplærings / utviklingsoppgaver. Ny kunnskap blir ikke tilgjengelig.
Tertial 1	No-situasjon	Det er stort sett avsatt økonomiske midler, men ikke alltid kapasitet til gjennomføring av planlagte aktiviteter. Halvårsplaner er kun delvis utarbeidet. Faste kampanjer (PUB) og GMP-opplæring (PRO) følges best opp. Ny kunnskap lider minst, oppfriskning mest.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker
	Tiltak	Tiltak for gjennomføring av prioritert opplæring skal inn i årsplaner og ressursstyringsverktøy skal brukes. Innføring av Dossier
	Tiltaksansvarleg	Apoteker i samarbeid med IO-fam. HR-sjef.
	Kontrollaktivitet	Bruke GAT (møter) og Dossier (kompetanse) eller manuelle system.

	Kritisk suksessfaktor 1 E	Kompetanseplaner for faggrupper må være oppdatert og plan/gjennomføring for individ må være på plass
	Risikoelement 1 E	Planløs opplæring / utvikling av ny opplæring. Manglende opplæring på kritiske fagområder skaper flaskehals og sårbarhet ved sykdom og ferieavvikling. Kan og medføre feil i leveranser
Tertial 1	No-situasjon	Kompetanseplan for ApoV (felleforhold) er under slutføring. Kompetanseplaner i farmasifag er a jour, unntatt PRO (som er under utvikling). Det lite eller ingen individuelle kompetanseplaner (men litt i forhold til utviklingssamtaler 2009)
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker (avd.leder)

	Tiltak	Ferdigtille planer PRO. Utvikle ny mal for planer Fag. Ta i bruk dossier for individuell kompetanse
	Tiltaksansvarleg	Fagsjef. IO-farm. HR-sjef
	Kontrollaktivitet	Ta i bruk felles plan og PRO sin plan. Stikkprøver for opplæringsplaner (SHE-vår10). Informasjonsmøter og innlegging av data for Dossier.

	Kritisk suksessfaktor 1 F	Legge til rette for (kompensert) læring i fritid
	Risikoelement 1 F	At personalet ikke er faglig oppdatert
Tertial 1	No-situasjon	Det er laget regler for e-læring på fritiden
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker
	Tiltak	Informasjonsmøte om helsepersonellens plikter til oppdatering. Gjennomgang av hva som skal være obligatorisk opplæring. Vurdere utvidelse av regelverket for e-læring.
	Tiltaksansvarleg	apotekere/ DRA
	Kontrollaktivitet	At informasjonsmøte er avholdt. Referater fra DRA

Risikomatrix styringsmål 2

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor		1B			
	Moderat		1A 1C 1D			
	Liten		1F	1E		
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Arbeid gjøres dobbelt opp, eller det investeres ressurser i løsninger som allerede eksisterer.
- Risikoelement 1 B: De ansatte arbeider tungvindt og har ikke oppdatert kunnskap.
- Risikoelement 1 C: Kapasitet til endringer utover allerede planlagte aktivitet (inkludert daglig rutine) er for lav. De ansatte har ikke kunnskap om mulige forbedringer.
- Risikoelement 1 D: Planlagt opplæring blir ikke gjennomført grunnet kritisk bemanning til både drift og opplærings / utviklingsoppgaver. Ny kunnskap blir ikke tilgjengelig.
- Risikoelement 1 E: Planløs opplæring / utvikling av ny opplæring.
- Risikoelement 1 F: At personalet ikke er faglig oppdatert

Styringsmål 3	Apotekene Vest ivaretar pasientsikkerhet ved å ha oversikt over, kan dokumentere og etterleve kunde- og myndighetskrav, inkludert internkontrolldelen av Apoteklov og- forskrift
Styringsvariabel 1	Det må være et fungerende rammeverk for den farmasifaglige aktiviteten
Kritisk suksessfaktor 1 A	Det må være et system for dokumentasjon
Risikoelement 1 A	Uklarhet mht gjeldende praksis med tilhørende fare for feil

Tertial 1	No-situasjon	"KVASS" for styring og kvalitet. Alle tilhørende pårosedyrer er styrrt (finnes oversikt). I tillegg finnes det prosedyrer, maler, instruksjer (innan farmasifag) som delvis overlapper, og som heller ikkje er knyttet til KVASS. PRO sine foreløpige prosedyrer er utenom KVASS foreløpig. Ikkje alle ansatte kjenner systemets plass i organisasjonen. Prosessene i KVASS er dårlig versjonsstyrt.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	AD
	Tiltak	Gjennomgang av ekstradokumenter fagfelt for fagfelt. Oppknytning av PRP sine dokumenter. Informasjonmøter om KVASS og reopplæring. Innføre betre (automatisk) dokumentstyring for prosessene.
	Tiltaksansvarleg	Kvalitetsansvarlig. Apotekere
	Kontrollaktivitet	Internrevisjon og stikkprøvekontroll for hvert av fagfeltene. Sjekke at alle PRO sine dokumenter er på plass. Sjekke at info-møter er holdt for aktuelle ansatte. At elektronisk versjonsstyring er innført.

Kritisk suksessfaktor 1 B		Dokumentasjonssystemet må være oppdatert, inkl gjeldende lovverk.
Risikoelement 1 B		Foreldede og feile metoder er i bruk
Tertial 1	No-situasjon	Prosessene med tilhørende lenker, prosedyrer med meir eies av faggruppelider eller annen oppnevnt person. Disse oppdateres fortløpende og skal revideres hvert 2. år. PRO sine prosedyrer er ikkje lenket inn. Det er opprettet stilling for rask og god teknisk ivaretagelse av systemet og hjelp til endringer
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Kvalitetsleder, prosesseiere
	Tiltak	Gjennomføre revisjoner etter planen. Aktiv oppfølging av prosesseiere
	Tiltaksansvarleg	Kvalitetsleder
	Kontrollaktivitet	Oversikt over revisjoner. Dokumentasjon av oppfølging.

Styringsvariabel 2		Rammeverket for farmasifaglig aktivitet må følges
Kritisk suksessfaktor 2 A		De ansatte må forstå og bruke systemet
Risikoelement 2 A		Det utarbeides parallelle systemer. Dårlig ressursutnyttelse for ApoV.
Tertial 1	No - situasjon	Det er stor variasjon i bruk og forståelse av systemet mellom enkeltindivid og faggrupper.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker
	Tiltak	Internrevisjon og stikkprøvekontroll for hvert av fagfeltene. SHE prioriteres V-10. Informasjonmøter for de ansatte.
	Tiltaksansvarleg	Kvalitetsleder. Apoteker (avd. leder)
	Kontrollaktivitet	Oppsummering av internrevisjon og stikkprøver. Oppfølging av mengde og type avvik.
Kritisk suksessfaktor 2 B		Aktiv bruk av Synergi
Risikoelement 2 B		Lite kontroll med hvor vi må sette inn tiltak
Tertial 1	No-situasjon	Alle avdelingar skal nå ha tatt i bruk synergi. Administrative avvik/AFR føres ikkje. Medlingshyppigheten er økende. Saksbehandlninga er ikkje optimal. Rapporteringsmulighetene er ikkje tatt i bruk.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Apoteker og avd.ledere

	Tiltak	1.Meldingshyppighet: God oppfølging av hver ansatt. 2. Saksbehandling: HV innfører ny og enklere saksbehandlingsmodul + at "trege" saksbehandlere blir identifisert og fulgt opp.3. Prosjektgruppa/DRA beslutter standardrapporter
	Tiltaksansvarleg	1. Avd. leder 2. Hovedprosjekteier. Kval. Ansvarlig 3. Prosjektleder
	Kontrollaktivitet	Meldingar. Stikkprøver blant de ansatte. Oversikt over ferdigbehandlede saker. At saksbehandlere er kontaktet. At standardrapporter er tatt i bruk.

Risikomatrise styringsmål 3

		Konsekvens				
		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
Sannsynlegheit	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1A 2A 2B		
	Liten			1B		
	Svært liten					

- Risikoelement 1 A: Uklarhet mht gjeldende praksis med tilhørende fare for feil
 Risikoelement 1 B: Foreldede og feile metoder er i bruk
 Risikoelement 2 A: Det utarbeides parallelle systemer. Dårlig ressursutnyttelse for ApoV
 Risikoelement 2 B: Lite kontroll med hvor vi må sette inn tiltak

