

2. tertial 2010 risikorapportar frå føretaka

- ✓ Helse Stavanger HF
- ✓ Helse Fonna HF
- Helse Bergen HF
- Helse Førde HF
- Sjukehusapoteka Vest
- Helse Vet IKT

Helse Vest
v/ Ivar Eriksen
Postboks 303, Forus
4066 STAVANGER

Vår ref:
2009/1510 - 34230/2010

Deres ref:
2007/610 -
3033/2010

Saksbehandler:
Arild Johansen

Dato:
17.09.2010

Rapportering på risiko per 2. tertial 2010

Vi viser til brev fra Helse Vest RHF senest 28.06.10 og tlf. samtale med rådgiver Synnøve Serigstad den 14.09.10.

Vedlagt oversendes resultatet av risikovurderingene pr. 2. tertial 2010 for Helse Stavanger HF.

Saken vil bli forelagt styret i Helse Stavanger HF i møte den 29.09.10, og styrevedtaket vil bli ettersendt.

Vi viser for øvrig til tidligere melding til Helse Vest RHF 26.05.10 om at Helse Stavanger som selvvalgt tema for risikovurdering har valgt utskrivningsklare pasienter (mål: utskrivningsklare pasienter skal ikke ligge i sykehuset). Denne risikovurderingen pågår og skal ferdigstilles innen oktober måned.

Med vennlig hilsen

Bård Lilleeng
Adm. direktør

STYRINGSdokUMENTET 2010. RISIKOVURDERING AV OVERORDNET ØKONOMIMÅL PR. 1. TERTIAL

MÅL NR. 1

Helse Vest skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010.

Beskrivelse av prosessen og vurderingene

Risikovurderingen er aggregert gjennom en prosess som har involvert ledere fra laveste budsjettansvarsnivå og opp til foretaksledelsen.

Styringsmål nr. 1 er fortsatt i samsvar med foretakets egen målsetning, denne er ikke endret.

Pr. 2. tertial har målsetning og styringsvariabler blitt vurdert etter samme prinsipp som ble utført i 1. tertial.

Regnskapsresultatet er avlagt månedlig også i 2. tertial og alle avvik er rapportert. Det er fortløpende vurdert om nye tiltak kunne bli satt i verk.

Pr. utgangen av august måned er ikke målsetningen om regnskapsmessig resultat i balanse innfridd. Foretaket har i forhold til budsjett 2010 et høyere kostnadsnivå og høyere aktivitet med korresponderende høyre inntekter. Dette gir et negativt budsjettavvik da merforbruket er høyere enn merinntektene.

Vurdering av ROS-analysen pr 2. tertial.

Alle risikofaktorer er vurdert for de ulike styringsvariablene opp mot det resultat som er oppnådd i 2. tertial og den risikoen vi identifiserer for 3. tertial.

Oppsummering pr. 2. tertial:

Styringsvariabel 1 gjenspeiler om omstillingstiltakene har hatt tilstrekkelig omfang til de økonomiske utfordringene. Resultatene viser fortsatt at vi har en betydelig risiko i forhold til måloppnåelse i eget foretak. Omstillingstiltakene blir målt og vurdert månedlig straks resultatet foreligger. Pr. utgangen av august måned må vi erkjenne at de definerte tiltak ikke har gitt en tilfredsstillende effekt så langt. Likevel har vi vurdert å ha en noe lavere risiko på denne styringsvariabelen enn i 1. tertial. Dette primært fordi ferien er avviklet på en relativt god måte og at dette senker sannsynligheten noe. Matrisen gjenspeiler dette.

Styringsvariabel 2 gjenspeiler sikkerheten omkring de månedlige regnskapsdataene og særlig riktig periodisering i hver måned.

Pr. utgangen av 2. tertial er disse fortsatt vurdert til å inneholde liten risiko i forhold til å innfri et balansert resultat ved årets slutt. Samme fokus i analysen som ble utført i 1. tertial er utført i 2. tertial. Ingen nye elementer er avdekket i løpet av 2. tertial. De månedlige kontrolltiltakene utføres og det er planlagt å få oppgradert vårt Visma-system for slik å oppnå ytterligere forbedring når det gjelder de månedlige periodiseringer av kostnader og inntekter. Vi vurderer å ha en lavere risiko på denne styringsvariabelen etter 2. tertial enn det vi så etter 1.terital.

Styringsvariabel 3 gjenspeiler arbeidsplaner og lønnsforbruk.

Styringsvariabelen er pr. utgangen av 2. tertial vurdert til fortsatt å ha stor risiko.

Styringsvariabelen er fortsatt den mest alvorlige, men også den som ledere har mest fokus på og arbeider mest med for å oppnå kontroll med forbruk av kostnader.

Både styringsvariabel nr 1 og nr 3, må vurderes opp mot den aktivitetsøkningen som har vært i foretaket både i 1. og 2. tertial. Aktivitetsøkningen har ført til høyere inntekter som pr august har

et positivt avvik på 45,9 mill – herav står de aktivitetsbaserte inntektene for et positivt avvik på kr. 25,3 mill. Imidlertid har kostnadene økt mer enn inntektene, slik at vi totalt sett har en relativt stor risiko for ikke å kunne oppnå budsjettert resultat pr utgangen av 3. tertial. En ny kostnad er økt pris på energi. Denne tas med i den totale vurderingen.

Ferieavviklingen var en betydelig risiko for å kunne realisere målsetningene. Pr utgangen av august har vi konkludert med av ferien ble avvirket med rimelig god kontroll i tråd med planer. Selv om de økonomiske kalkulasjoner for hva ferien virkelig har kostet, ikke er endelig ferdigstilt, er vi sikre nå på at ferien ikke har vært dyrere enn fjoråret og at den er avvirket under god kontroll og i tråd med planer. Aktiviteten i sommer ble også tilfredsstillende. Den risikofaktor ferien i seg selv representerte vil dermed ikke påvirke vurderingen for 3. tertial.

På bakgrunn av overstående, samt at vi har et betydelig lavere sykefravær enn fjoråret og 1. tertial, vil vi konkludere med at den totale risiko på styringsvariabel 3, er noe lavere enn etter 1. tertial.

Fortsatt har vi usikre momenter i kommende måneder og analysen pr 2. tertial bærer noe preg av en konservativ vurdering av risiko. Dette har sammenheng med at nye risikomomenter har oppstått og som vi liten grad kan påvirke. Dette gjelder særlig for energikostnadene som har hatt en prisøkning langt over estimatene. I tillegg er det usikkerhet mhp et større ressursforbruk med årsak i aktivitetsøkning over budsjett. Det er ø-hjelp som har økt betydelig og som i all hovedsak er årsak til aktivitetsvekst utover budsjett. De ledsagende aktivitetsutløste kostnadene har i sin tur ført til en mer utfordrende situasjon for total kostnadskontroll.

Foretaket har fortsatt fokus på at styringsmålet skal oppnås innen utgangen av året, men ser samtidig at vi har en utfordrende situasjon, jamfør overstående vurderinger.

Styringsmål nr.1		Helse Stavanger skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010
Styringsvariabel 1		Omstillingstiltakene skal ha tilstrekkelig omfang i forhold til de økonomiske utfordringene – og være realiserbare
Kritisk suksessfaktor 1A		Alle divisjonene har et lønnsforbruk i tråd med sine lønnsbudsjetter
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 oppfyller 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, vurderes og utføres fortløpende. Spesiell fokus og vurdering utføres i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom AD og div.dir og sammen med ansvarlige ledere. Stor bistand ytes fra kontrollere og bemanningskoordinatorer i dette arbeidet. En del av avviket hittil skyldes økt ressursbruk grunnet økt aktivitet, økende andel ø-hjelp og virus internt (Noro Virus og MRSA).
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.

	Tiltak	• Sørge for at beregnet økonomisk gevinst av årets vedtatte tiltak, blir realisert i alle divisjoner. • Streng kontroll av forbruket på variabel lønn • Tett oppfølging av ekstern innleie • Månedlige oppfølgings møter 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 tiltakene månedlig og vurderer eventuelle korrigeringer.
Tertial 2	No-situasjon	Totalt er merforbruket av varekostnader og lønn større enn merinntekten for økt produksjon. Det kan synes vanskelig å øke produksjonen og samtidig redusere lønnskostnader både i form av fastlønn og innleie. Medikamentforbruket har også økt utover forventet budsjettert vekst. Risikoen for fortsatt lønnsverskridelser vurderes lavere nå etter at ferien er ferdig avviklet. En har derfor valgt å videreføre igangsatte tiltak i stedet for å initiere nye.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	• Sørge for at beregnet økonomisk gevinst av årets vedtatte tiltak, blir realisert i alle divisjoner resten av året. • Fokuserer mer på kontroll av forbruk av variabel lønn. • Tett oppfølging av ekstern innleie. • Månedlige oppfølgings møter med ansvarlige ledere for å vurdere nye tiltak • Utvide kapasiteten av etablert intern bemanningssenter i foretaket
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Controllere i økonomiavdelingen, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler fortsatt effekten av tiltakene månedlig og vurderer eventuelle korrigeringer.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
Kritisk suksessfaktor 1B		Gjestepasientstrømmen blir som planlagt
Risikoelement 1B		Vi lykkes ikke i tilstrekkelig omfang å snu gjestepasientstrømmen mot egen region/eget foretak.
Tertial 1	No-situasjon	Ny abonnementsordning for gjestepasienter er innført i regionen. Pr mars har vi ikke tilstrekkelig oversikt på om behandlede antall gjestepasienter mot Bergen er i tråd med beregninger i budsjettet. Dette vil bekreftes pr utgangen av 1 tertial. Hittil har underlagene for behandlede pasienter i andre regioner, vært mangelfulle slik at vi har usikkerhet i forhold til volum og kroner. Avstemming vil foretas pr 1.teritil. Analyser har avdekket at det sendes ut pasienter med diagnoser som kan og bør behandles i eget foretak. Det gjelder for både somatikk og psykiatri. Det arbeides aktivt med å styre ventelistestrømmen mot maksimal utnyttelse av egen kapasitet. Nytt rustilbud etablert i Ryfylke DPS med 6 senger som alle er i bruk pr. april.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.

	Tiltak	• Det er nedsatt egen analyse gruppe for å arbeide med gjestepasienter • Nytt dagkirurgisk senter vurderes. • Kvartalsvise kontrollrutiner mht kapasitetsutnyttelse av abonnementsordning i egen region. • Etablering av nye rustilbud. Terapeutisk samfunn er vedtatt og planlegger oppstart i oktober.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Analysegruppen, kontrollere i økonomiavdelingen, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler månedlig resultatene av omstillingstiltaket for gjestepasienter
Tertial 2	No-situasjon	Det har ikke lyktes å redusere gjestepasientkostnadene i det omfanget budsjettet forutsatte. Dette gjelder for somatisk virksomhet. Så langt har vi oppnådd målsetningen om å snu gjestepasientstrømmen for rusbehandling til egne tiltak. Risikoen er dermed noe redusert slik at vi vurderer sannsynligheten noe mildere.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	Ingen nye tiltak. Det arbeides videre med de som er besluttet.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Analysegruppen, kontrollere i økonomiavdelingen, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå måler månedlig resultatene av omstillingstiltaket for gjestepasienter
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Kritisk suksessfaktor 1C		Aktivitetsøkningen er i tråd med årets bestilling og budsjett
Risikoelement 1C		• Andel ø-hjelp øker grunnet generell aktivitetsøkning og fortrenger elektiv virksomhet. • Planlagte produksjonsmål samsvarer ikke med planene for god utnyttelse av personal- og utstysressursene 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 aktivitetsøkning. Dette fører til økt øyeblikkelig hjelp som igjen har gitt utfordringer for planlagt elektiv drift. Iverksatte tiltak innenfor økt poliklinisk virksomhet viser god effekt. Ekstra operativt beredskapsteam, iverksatt høsten 2009, har bidratt til å ivareta noe av utfordringene til ø-hjelpsøkningen.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	• Iverksette og ivareta en bedre pasientflyt på alle divisjoner • Øke kapasitetsutnyttelsen av alle behandlingsarealer. • 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, divisjons direktører og ledere på laveste kostnads nivå måler dette månedlig og vurderer eventuelle korrigerende tiltak

Tertial 2	No-situasjon	Aktiviteten har økt mer enn bestilling i budsjettet. I tillegg er det andelen av ø-hjelp som har økt mest. Dette fører til en mer utfordrende driftssituasjon. Risikoen vurderer vi likevel ikke å være økende. Dette primært fordi ferien er avvirket og denne hadde en større risiko. Framover beregnes å ha gode og produktive høstmåneder.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	Det arbeides videre med samme tiltak. Mer fokus vil rettes mot å balansere elektiv og ø-hjelp.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Controllere i økonomiavdelingen, divisjons direktører og ledere på laveste kostnads nivå måler dette månedlig og vurderer eventuelle korrigerende tiltak
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 1D		Varekostnadskontroll og eierskap til budsjettet på laveste nivå må være sikret og fungere.
Risikoelement 1E		- Produktpriser kan øke mer enn forutsatt i budsjettene - Antall kontraktsinngåelser og varesortimentet i e-butikken blir mindre enn planlagt og det oppstår manglende budsjett disiplin.
Tertial 1	No-situasjon	Det er en økende bevissthet i avdelingene mht varebestilling og budsjettkontroll. Controllerfunksjonen er forbedret, og linjeledelsen er blitt flinkere til å følge opp sine vareforbruk og budsjetter. Vi har ikke optimal styring på bestilling og logistikk kjeden for vareforbruk. Det arbeides med forbedring av våre systemer tilknyttet dette. Avviket hittil på varekostnadene er i stor grad relatert til biologiske legemidler tilknyttet pasienter behandlet av Haugesund Revmatismesykehus. Disse kan vi lite påvirke og styre. Noe avvik hittil er relatert til de somatiske divisjoner og har årsak i økt aktivitet.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	• Fortsette fokus på varekostnads besparelser (bruke billigste alternativ) • Bedre varelager kontroll. • Inngå flere avtaler som favner om de produkter med størst volum. • Forbedre våre systemer for varebestilling og kontroll • Vurdere om flere ressurser kan dedikeres til oppfølging av avtaler og leverandører.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Controllere, innkjøpere, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå sørger for månedlig måling og oppfølging. Korrigerende tiltak vurderes.

Tertial 2	No-situasjon	I løpet av 2-tertial avdekket internrevisjonen at det fortsatt ikke er tilstrekkelig budsjettlojalitet i alle enheter. Det er blitt en økt forståelse mhp den økonomiske styringen, men foretaket har fortsatt en utfordring. Tiltakene som ble innført i 1- tertial har hatt fokus i 2- tertial. Alle disse har gitt noen effekter, men er fremdeles ikke optimale. De medisinske varekostnadene er økt i 2- tertial. Divisjonene har høy fokus på dette elementet for å prøve å få frem forbedringer. Ingen nye tiltak vil settes i verk i 3- tertial. Selv om vi mener å ha oppnådd noen resultatforbedringer, velger vi å være noe konservativ i risikomålingen. Den settes lik som 1-tertial.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Controllere, innkjøpere, divisjonsdirektører og ledere på laveste kostnadsnivå sørger for månedlig måling og oppfølging. Korrigerende tiltak vurderes.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
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 pasientens hjemkommuner. Ingen tiltak har hittil gitt tilfredsstillende resultater. Dette er en utfordring for pasientlogistikken og gir en kostbar drift.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	Toppledelsen er i prosess med å utarbeide nye tiltak sammen med kommunene. Utskrivningsklare pasienter vil bli vurdert i egen risikovurdering for Helse Stavanger i 2010
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Månedlig måling og vurdering av risikoelementet.
Tertial 2	No-situasjon	Det er liten eller ingen endring når det gjelder antall utskrivningsklare pasienter. Det synes å være en konstant utfordring i foretaket. Det er arbeidet godt i samhandlingen med kommunene og på høyt nivå uten å oppnå god og varig effekt. Samarbeidet med kommunene vil fortsette for om mulig å finne bedre løsninger for begge parter. Utfordringen er størst mot Stavanger kommune.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Tiltak	Toppledelsen er i prosess med å utarbeide nye tiltak i foretaket og sammen med kommunene.
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og ledere med budsjettansvar på laveste kostnadsnivå.
	Kontrollaktivitet	Månedlig måling og vurdering av risikoelementet.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	

MATRISE FOR RAPPORTERING AV RISIKO

STYRINGSVARIABEL 1:

OMSTILLINGSTILTAKENE SKAL HA TILSTREKKELIG OMFANG I FORHOLD TIL DE ØKONOMISKE UTFORDRINGENE – OG VÆRE REALISERBARE

Risikomatriisen er endret fra 1. til 2. tertial i retning redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

		Konsekvens				
Sannsynlighet		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor			1E, 1D		
	Moderat			1B, 1A, 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 aktivitetsøkning 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 mer 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.

I risikovurderingen nedenfor tar vi utgangspunkt i at regnskapet skal være à jour i hver periode og reflektere den tilhørende aktivitet i foretaket for perioden. Det vil si at vurderingen i stor grad reflekterer månedlig periodisering og ikke totale mangler i regnskapet.

Styringsmål nr. 1		Helse Vest skal levere et regnskapsmessig resultat i balanse 2010
Styringsvariabel 2		Økonomirapporteringen må avdekke budsjettavvik tidsnok til å sette i verk kompenserende 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	- Enkelte direkte kostnader blir registrert for sent, og kommer slik ikke med før i etterfølgende perioder. Dette gjelder særlig for vikarinneleie, varekostnader og deler av vedlikeholdskostnadene. - Refusjoner fra NAV kan bli forsinket når sykemeldinger ikke blir levert personalavdelingen i den periode de oppstår. - De fleste kostnader blir ikke registrert i regnskapet før faktura er mottatt. - Periodisering av fakturaer som vedrører framtidige produksjonsperioder kan være mangelfull.
	Sannsynlighet	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Økonomi- & Personalavdelingen
	Tiltak	På kort sikt å estimere etterslep i kostnader, og gjøre avsetninger på foretaksnivå. Innføre faste purre rutiner for å få inn sykemeldinger fra divisjonene. På lang sikt å ha systemer som gjør det mulig å innføre mottaksregistrering av tjeneste- 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.
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen er lik som ved rapportering pr tertial 1. Vi har ikke fått noen oppgraderinger i systemer som gjør det mulig å forbedre dagens rutiner og prosedyrer. Vi har forbedret enkelte manuelle rutiner ved månedsavslutningen (mer kontroll). Styringsvariabelen vurderes som stabil og mener den har hatt en lavere risiko i 2-tertial målt mot 1-tertial og vil bli ytterligere mindre i 3-tertial.
	Sannsynlighet	Lik tertial1 – liten sannsynlighet
	Konsekvens	Ingen endring fra Tertial nr 1 – Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Økonomi og personalavdeling
	Tiltak	Det er planlagt å innføre ny versjon av Visma og nye rutiner slik at mottaksregistrering ved kjøp av varer og tjenester kan forbedres. Dette kan bli mulig å innføre i slutten av året 2010 og slik få full effekt i 2011. Det vil nesten eliminere dagens risiko.
	Tiltaksansvarleg	Økonomidirektør
Kontrollaktivitet		Samme som i tertial 1. 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.

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Kritisk suksessfaktor 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.
	Sannsynlighet	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.
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen er lite endret fra 1-tertial. Ny versjon av Visma er planlagt innført. I tillegg planlegges bedre rutiner ved innkjøp av varer og tjenester slik at mottak av varer kan registreres i systemet. Vi regner å kunne innføre dette i slutten av 2010 og slik få full effekt i 2011. Risikoen vurderes som stabil frem til ny systemversjon er innført.
	Sannsynlighet	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Økonomidirektør, divisjonsdirektører
	Tiltak	Samme tiltak som meldt i rapporten til 1. tertial
	Tiltaksansvarleg	Alle avdelingsledere og kontrollere , samt økonomidirektør
	Kontrollaktivitet	Samme kontrollaktivitet som meldt ved 1. tertial
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 2C		Standardiserte, systematiserte og brukervennlige aktivitets data må være å 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.
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Detaljert budsjettavviks analyser. Løpende analyse og sammenstilling av relevante volum- og økonomiske data. Sammenligning av volum- og økonomiske data over tid.
	No-situasjon	Samme situasjon som meldt ved 1. tertial
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører i operativ drift, FFU-direktør
	Tiltak	Samme tiltak som meldt i 1. tertial. Analysene som er beskrevet foretas månedlig. Det er ikke avdekket store avvik mellom periodene hittil i år. Enkelte måneder har hatt noe avvik. Alle avvik blir korrigert i påfølgende måned. Opplæring og forbedring i riktig koding er blitt utført både i 1. og 2- tertial. Dette for å sikre at vi får riktige inntekter i tråd med aktiviteten.
Tertial 3	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.
	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

MATRISE FOR RAPPORTERING AV RISIKO:**STYRINGSMÅL NR. 1:**

HELSE STAVANGER SKAL LEVERE ET REGNSKAPSMESSIG RESULTAT I BALANSE I 2010

STYRINGSVARIABEL 2 :**ØKONOMIRAPPORTERINGEN MÅ AVDEKKE BUDSJETTAVVIK TIDSNOK TIL Å SETTE I VERK KOMPENSERENDE TILTAK.**

Risikomatrisen er endret fra 1. til 2. tertial i retning redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

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

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

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

Risikoelement 2C: 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 tidsnok 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
	Sannsynlighet	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
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen er lik som ved rapportering av 1. tertial. Ledere er godt informert om at planer skal stemme med budsjett for fast turnus. Eventuelle avvik skyldes at noen har fått lov å øke personalressurser ut i fra nødvendighet og sprengt kapasitet
	Sannsynlighet	Liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Ledere på alle nivå
	Tiltak	Samme som ved rapportering til 1. tertial
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og alle linjeledere
	Kontrollaktivitet	Linjeledere, kontrollere og bemanningskoordinatorer etter hver månedsavslutning
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
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.
	Sannsynlighet	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

Tertial 2	No-situasjon	Aktiviteten er høyere enn budsjettet. Foretaket har et positivt avvik på inntekter på kr 45 mill i forhold til budsjett. Personal og vare ressurser som er satt inn for å ivareta økningen i aktiviteten øker mer enn inntektene. Av all aktivitet er nå 85% ø hjelp , og det er en utfordring å få til reduksjon på det. Det er videre dokumentert at det er størst økning av ressurskrevende pasienter.
	Sannsynlegheit	Svært Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører og linjeledere
	Tiltak	Fordele senger og pasienter optimalt på hele sykehuset og dermed tilpasse ressursbruk av personale etter aktivitet. Arbeider med å få ut utskrivningsklare pasienter tidligere ut og må presse på for utvidet bruk av hotell og hotellpost.
	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	Mindre 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
Tertial 2	No-situasjon	Sykefraværet har blitt redusert i tertial 2. 2010 har det laveste sykefravær som er registrert over flere år. Dette gjenspeiles i refusjonene av sykepengen, som nå er på budsjettmål eller lavere. Imidlertid er dette positivt for driften og skal føre til mindre innleie. Risikoen er redusert.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Ledere på alle nivå, HMS, Personalavd.
	Tiltak	Ingen ekstra tiltak er vurdert i 2 tertial fordi situasjonen er bedre enn forventet og ikke vurderes som kritisk
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører 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
Tertial 2	No-situasjon	Rekrutterings utfordringer har forbedret seg enkelte plasser, men fortsatt utfordringer på spesialkompetanse. I 3-tertiar er risikoen lavere siden ferien nå er avviklet og det er mer stabilitet.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Ledere der det er behov for spesialkompetanse. Personalavdelingen og toppledergruppen.
	Tiltak	Samme som i 1. tertial
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører og linjeledere, samt Personalavdelingen
	Kontrollaktivitet	Oppfølging av 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
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen er i stor grad lik som 1-tertiar. Det arbeides kontinuerlig med forbedringer, men en er foreløpig ikke i mål. Det er allikevel litt økt fokus på legeplaner og kostnader.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektørene og linjelederne
	Tiltak	Videre gjennomgang av planer for respektive grupper
	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
Tertial 2	No-situasjon	Ferien for 2010 er nå avviklet. Anskaffelse av ferievikarer gikk rimelig bra. Det ble brukt mye eksterne vikarbyråer for å komme i mål med vaktplaner. Ferien er oppsummert og konkludert som rimelig god avvikling og kontroll Det har vært bedre kontroll på pleiesiden enn på legesiden, legene har hatt en relativ dyr ferieløsning. Det gjenstår å levere økonomisk kalkyle for alle feriekostnader, dette vil bli utført når regnskapet for september er avlagt .
	Sannsynlegheit	Liten

	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Toppledergruppen
	Tiltak	Ikke noe mer tiltak på dette i 2010
	Tiltaksansvarleg	Divisjonsdirektører
	Kontrollaktivitet	Kontrollaktiviteten er utført – Ingen ekstra kontroll er foretatt i tertial 2.
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	Dette varierer fra avdeling til avdeling og handler om flere ting: • 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	Stor
	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
Tertial 2	No-situasjon	Det er satt ned en gruppe som arbeider med forbedringer i systemet og avstemt slik at resultatet i GAT blir avspeilet i regnskapstall. Målsetning om å bli ferdig ved utgangen av 2010. problemet er godt kommunisert ut til respektive ledere og de er inneforstått med at de må sjekke regnskapstall i tillegg til GAT.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Ledere, systemansvarlige GAT, kontrollere.
	Tiltak	Ingen tiltak iverksatt foreløpig, siden vi ikke ender på rødt felt. Dette er allikevel et prioritert område å få rettet opp.
	Tiltaksansvarleg	Økonomi avdelingen i samarbeid med divisjonsdirektørene
	Kontrollaktivitet	Jevn avstemming av regnskapstall mot GAT

MATRISSE FOR RAPPORTERING AV RISIKO:

STYRINGSMÅL 1:

HELSE STAVANGER 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 tidsnok til at korrigerende tiltak kan settes i verk.

Risikomatrisen er endret fra 1. til 2. tertial i retning noe redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

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

Risikoelement 3A: Arbeidsplanene overskrider vedtatt budsjett. Rimelig kontroll på dette.

Utfordring i enkelte seksjoner hvor personalressurser er satt inn på grunn av sprengt kapasitet på nødvendig helsehjelp

Risikoelement 3B: Aktivitet (antall og pleietyngde) blir høyere enn forutsatt. Har endret sannsynlighet til svært stor.

Risikoelement 3C: Uforutsett høyt sykefravær. Fremdeles liten sannsynlighet

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. Endret sannsynlighet til stor.

STYRINGSdokUMENTET 2010. RISIKOVURDERING AV OVERORDNET HELSEFAGLIG MÅL PR. 2. TERTIAL

MÅL NR. 2:

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.

Beskrivelse av prosessen og vurderingene

I risikovurderingene har det deltatt representanter fra samtlige divisjoner når det gjelder styringsvariabel 1 (fristbrudd) og 3 (korridorpasienter). Styringsvariabel 2 (ventetidsgaranti 65 dager for barn og unge under 23 år innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er vurdert av representanter fra Psykiatrisk divisjon.

Risikomatrizen er endret fra utgangen av 1. til 2. tertial på alle styringsvariablene i retning redusert risiko. Det er imidlertid fortsatt betydelig risiko knyttet til mål på fristbrudd og korridorpasienter. Risiko i forhold til behandlingsgarantien innen psykisk helsevern og rus er noe redusert, men vurderes fortsatt som stor.

DET SKAL IKKE VÆRE FRISTBRUDD

Dette gjelder pasienter som har rett til *prioritert* helsehjelp.

Pasientens henvisningsperiode starter når henvisningen blir registrert ved Helse Stavanger HF. Frist for prioritert helsehjelp skal fastsettes slik at pasienten senest får helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, i tråd med forskrift og de nye prioriteringsveilederne. Fristbrudd er ikke forårsaket av kapasitetsmessige begrensninger alene, men må løses også gjennom god organisering og ledelse.

Styringsmål		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	- Fortsatt godt samarbeid med praksiskonsulentene (PKO) - Ved innføring av elektronisk henvisning å utvikle og ta i bruk 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 frigjøre tid.
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
Terti	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.
	No-situasjon	Liten endring fra sist. Legekontorer som bruker elektronisk henvisning etter mal "den gode henvisning" har økt fra 2 til 27. Målet for 2010 er at 30 legekontorer benytter denne.

	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektør
	Tiltak	- Fortsatt godt samarbeid med praksiskonsulentene (PKO) - Ved innføring av elektronisk henvisning utvikle og ta i bruk 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. - Mulighet for å kunne returnere mangelfulle henvisninger elektronisk. Dette er planlagt som en del av "Meldingsløftet".
	Tiltaksansvarleg	Medisinsk faglig ledelse i divisjonen
	Kontrollaktivitet	Medisinsk faglig ledelse rapporterer til divisjonsledelsen vedrørende kvaliteten på henvisningene og i hvilken grad "den gode henvisning" er brukt som mal. 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.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
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.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Medisinsk ledelse i divisjonene
	Tiltak	- Avslutte behandlingen og evt. la fastlegene overta kontroller. - I større grad å 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
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Målinger/ tall fra Helsekuben
	No-situasjon	Situasjonen er i stor grad uendret, eventuelt litt forverret. Det kan se ut som det er flere ventende pasienter, selv om det er gjennomført og pågår et betydelig arbeid for å rydde i ventelister og antall kontroller. Ventelistene er i større grad reelle.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Linjeledelsen
	Tiltak	- Avslutte behandlingen og evt. la fastlegene overta kontroller. - I større grad å 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.
Tertial 2	Tiltaksansvarleg	Leger/ psykologer med behandlingsansvar
	Kontrollaktivitet	Jevnlige rapporter fra Helsefagkuben.

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 1C		Samsvar mellom oppgaver og ressurser
Risikoelement 1C		Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser
Tertial 1	No-situasjon	Manglende ressurser – herunder arealer -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	- Vurdere åpningstidene i HS. 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.
	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
	Kontrollaktivitet	Antall fristbrudd
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen på dette risikoelementet er vurdert som mer alvorlig enn tidligere. Det er nå flere pasienter som venter lenger enn et halvt år utover fristen. Lunge- og gastroavdelingene har fortsatt lengst ventetid.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektør
	Tiltak	- Vurdere åpningstidene i HS. Det vil også kunne gi bedre utnyttelse av arealer. - Organisere pasientlistene slik at det alltid er rom for noe ø. hjelp. - Gjennomgå lister systematisk for å avdekke årsaker og iverksette tiltak. I HS vil det nå spesielt være innen lungemedisin, gastromedisin og nevropsykologiske undersøkelser. - Kliniske fagrevisjoner mellom foretakene og innad i foretaket i henhold til prioriteringsforskriften. - Planlagt utvidelse av poliklinikkareal til medisinsk divisjon for bl.a. å bedre arealsituasjonen på lungepoliklinikken.
	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
	Kontrollaktivitet	Regelmessige rapporter på antall fristbrudd til divisjonsdirektør.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 1D		Riktig bruk av Helsedirektoratet sine prioriteringsveiledere
Risikoelement 1D		Ulik forståelse av prioriteringsveilederne
	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	- Systematisk arbeid for en felles forståelse og bruk av veilederne i fagmiljøene. - Konsensusmøter i fagmiljøene, gjerne regionalt der fagmiljøene er små. - Tilby ”kurspakker” - Revisjoner/ verifikasjoner inne fagmiljøene

	Tiltaksansvarleg	Linjeledelsen
	Kontrollaktivitet	Interne revisjoner i HS (planlagt høsten 2010)
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen vedrørende bruk og forståelse av prioriteringsveilederne er vurdert som uendret.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Linjeledelsen
	Tiltak	- Systematisk arbeid for en felles forståelse og bruk av veilederne i fagmiljøene. Fellesmøte avholdt sept. 2010 med >200 deltakere i bruk av prioriteringsveilederne (Baard Chr. Schem: Henvisninger, ventetider, fristbrudd) - Tilby "kurspakker". Det foreligger plan for "kurspakker" for fagmiljøene i løpet av høsten 2010. - Revisjoner/ verifikasjoner inne fagmiljøene, viser til regional (kvalitetssatsningen i HV) og lokal plan for interne revisjoner. - Konsensusmøter i fagmiljøene, gjerne regionalt der fagmiljøene er små.
	Tiltaksansvarleg	Leger og psykologer med prioriteringsansvar
	Kontrollaktivitet	Rapporter/ funn etter revisjoner rapporteres til ledelsen årlig.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
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	Linjeledelsen
	Tiltak	- 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
Tertial 2	No-situasjon	På grunn av et omfattende og systematisk kvalitetssikringsarbeid er det nå mindre feilregistreringer i DIPS.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Linjeledelsen
	Tiltak	- Mer opplæring på å registrere riktig i DIPS . Fra 01.09.10 to halve stillinger til opplæring i DIPS for 6 mndr. (Ansvar: fagdir) - Arbeide for å tilpasse DIPS i større grad etter brukerbehov (Ansvar: fagdir) - Systematisk gjennomgang og kvalitetskontroll i henvisningslistene.(Ansvar: medisinsk faglig ledelse/ den enkelte behandler)
	Tiltaksansvarleg	Medisinsk og kontorfaglig ledelse
	Kontrollaktivitet	Jevnlige rapporter til ledelsen vedrørende kvaliteten på henvisningene og at de er registrert riktig.

MATRISSE FOR RAPPORTERING AV RISIKO FRISTBRUDD

Risikomatrisen er endret frå 1. til 2. tertial i retning noe redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

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

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

RISIKOVURDERING AV

GJENNOMSNIITTLIG VENTETID SKAL IKKE OVERSTIGE 65 DAGER VERKEN FOR POLIKLINISK BEHANDLINGSTILBUD ELLER DØGNILBUD INNEN PSYKISK HELSEVERN OG/ELLER TVERRFAGLIG RUSBEHANDLING FOR PERSONER UNDER 23 ÅR.

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 I	No-situasjon	Pr. i dag (uke 17) har ikke BUPA overholdt ventetidsgarantien for 29 pasienter. Det er tilstrekkelig antall behandlere i forhold til måltall. Det er imidlertid et suboptimalt forhold mellom antall overlegestillinger og LIS-legestillinger (1:2). Fristbrudd 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. Det er tilstrekkelig antall stillinger for å kunne ivareta en behandlingsstart innen fristen, men vi har vansker med å rekruttere og beholde ansatte i stillingene. Det gjelder behandlere innen alle faggrupper. Vi er i en konkurransesituasjon med kommuner og private tjenesteytere. Legesituasjonen er særskilt utfordrende innen dette feltet. 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.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef BUPA og avdelingsdirektør AUV
	Tiltak	1. God ledelse og personalpolitikk for å beholde og rekruttere fagpersoner 2. Pasientstyrte avtalebøker som administreres av merkantil personell. 3. Utrednings- og behandlingsplaner 4. God opplæring av nytt personell 5. Bruk av kvalitetshåndboken – behandlertmappe 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. Straktiltak: leie inn spesialister for å veilede LIS-legene. 8. 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: Leder møter, 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.

	No-situasjon	BUPA har 25 pasienter og voksen psyk. har 4 pasienter under 23 år som har ventet lengre enn 65 dager. Det er innen BUPA ikke tilstrekkelig antall behandlere i forhold til måltall p.t.. 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. Legesituasjonen er særskilt utfordrende innen dette feltet.. 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.
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef BUPA og avdelingsdirektør AUV
	Tiltak	1. Prosjekt for å oppnå mål på dekningsgrad 5% må fortsette 2. Omorganisering av poliklinikkene i Stavanger 3. Etablering av egen ressurspoliklinikk 4. Øke produktiviteten i poliklinikkene
	Tiltaksansvarleg	Tiltak 1-4: Avdelingssjef BUPA og divisjonsdirektør
	Kontrollaktivitet	1. Ukentlig kontroll av aktivitet mot mål inkl. fristbrudd og antall ventende 2- 3. Beslutningsprosess med drøftinger med tillitsvalgte og vernetjeneste (omstillingsprogrammet). 4. Ukentlig kontroll av aktivitet mot mål inkl. fristbrudd og antall ventende
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
Kritisk suksessfaktor 2B		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	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.

Tertial 2	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
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Tiltak	1. Redusere antall tiltak pr. pasient for å få til bedre pasientgjennomstrømning. 2. Bedre planlegging av pasientkonsultasjoner ("fylle kalenderen"). 3. Ingen nye stillinger søkes opprettet før produktivitetsmålene er nådd. 4. Bedre prioritering av pasienter under 23 år. 5. Opplæring
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Kontrollaktivitet	Løpende virksomhetsregistrering.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
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 1	No-situasjon	Pasienter i behandling prioriteres foran pasienter som står på venteliste.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef
	Tiltak	Presisere at alle pasienter som er tildelt rett gis lik tilgjengelighet.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Kontrollaktivitet	Virksomhetsregistrering
Tertial 2	No-situasjon	Pasienter i behandling prioriteres foran pasienter som står på venteliste.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingssjef
	Tiltak	Presisere at alle pasienter som er tildelt rett gis lik tilgjengelighet.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingssjef og poliklinikkledere
	Kontrollaktivitet	Virksomhetsregistrering
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
Kritisk suksessfaktor 2D		Gode henvisninger fra fastlege og leder av barnevernstjenesten
Risikoelement 2D		Ikke gode nok 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.
	No-situasjon	En del henvisninger er fortsatt 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.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

Kritisk suksessfaktor 2E		Optimale behandlingsforløp forutsetter god samhandling med alle involverte aktører
Risikoelement 2E		Ikke optimale behandlingsforløp med god nok samhandling mellom involverte aktører
	No-situasjon	1. Opphopping av pasienter i poliklinikker og døgningstusjoner i påvente bolig og tilrettelagt aktivitetstilbud. Opphopping 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 behandlingsslasser 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. 1. Pr. januar 2010 er det 142 bostedsløse pasienter i AUV. Konsekvensen blir opphopping av pasienter i behandlingstiltak, manglende effekt av behandling og fare for tilbakefall. 2. Bruken av Individuell plan med kriseplan, sikre kontinuerlig oppfølging av behandlingsforløpet via ansvarsgruppe må bli bedre. 3. Institusjonskapasiteten både i antall plasser og raskere forløp (gjennomstrømming) avhenger av samhandlingen, men også reell økning i RHF - et. 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
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør
	Tiltak	1. Boligsosialt arbeid og aktivitetstilbud på dagtid og i helger må prioriteres høgere i divisjonen og i samhandling med kommuner. 2. Systematisk bruk av IP, kriseplaner og ansvarsgrupper skal være standard ved planlagte innleggelser, og utarbeides under. akutttopphold. 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 vidareutvikle modellen for samarbeid mellom A3 og AUV til å om fatte andre sengeposter og pasientgrupper.

Tertial 2	Tiltaksansvarleg	Ad 1. avdelingsdirektør AUV, divisjonsdirektør Ad 2. Avdelingsdirektør og poliklinikkledere Ad 3. avdelingsdirektør, divisjonsdirektør og adm. dir Ad 4. avdelingsdirektør og divisjonsdirektør
	Kontrollaktivitet	1. Halvårlig kartlegging av antall bostedsløse, 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
	No-situasjon	5. Opphoping av pasienter i poliklinikker og døgninstitusjoner i påvente bolig og tilrettelagt aktivitetstilbud. Opphoping reduserer kapasiteten til å ta inn nye pasienter. 6. Behandlere må bli ennå flinkere til å planlegge og forplikte pasient og samarbeidspartnere på et helhetlig behandlingsforløp. 7. For få behandlingss plasser for de under 23 år. 8. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med høyt avhengighet og utageringsproblematikk får et utilstrekkelig tilbud om utredning og stabilisering innen psykiatrien. 9. Det er inngått samhandlingsavtale mellom AUV og Stavanger kommune om TSB 10. Det er inngått flere retningslinjer for samarbeid om ulike tiltak knyttet til pasienter under 23 år i lag med Stavanger kommune 1. Pr. juli 2010 er det 117 bostedsløse pasienter i AUV. Konsekvensen blir opphoping av pasienter i behandlingstiltak, usikker effekt av behandling og fare for tilbakefall. Det er likevel viktig å understreke at tallet er redusert pasienter siden januar 2010. 2. Bruken av Individuell plan med kriseplan, sikre kontinuerlig oppfølging av behandlingsforløpet via ansvarsgruppe må bli bedre. 3. Institusjonskapasiteten både i antall plasser og raskere forløp (gjennomstrømming) avhenger av samhandlingen, men også reell økning i RHF - et. 4. Sengekapasitet som ikke er tilpasset dagens driftsorganisering og –nivå og utilstrekkelig kompetanse om utredning og behandling av pasienter med kombinasjonsdiagnoser gjør at denne pasientgruppen enten ikke blir prioritert eller får et tilbud på ønsket nivå i divisjonen. 5. Det blir jobbet systematisk med å bedre samhandlingen ytterligere i lag med Stavanger og Sandnes kommune. Flere felles tiltak blir fulgt opp. Effekt vil vise seg framover.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingsdirektør AUV. Divisjonsdirektør

	Tiltak	1. Boligsosialt arbeid og aktivitetstilbud på dagtid og i helger må prioriteres høyere i divisjonen og i samhandling med kommuner. 2. starter samarbeid med Husbanken og kommuner om utvikling av flere konkrete boligprosjekter 3. Systematisk bruk av IP, kriseplaner og ansvarsgrupper skal være standard ved planlagte innleggelser, og utarbeides under. akuttopphold. Koordineringsansvaret avklares ved behandlingsstart 4. Forholdet er påpekt i lokal plan for tverrfaglig spesialisert. rusbehandling. Forventes bedring etter oppstart av TS fra våren 2011 5. Tiltak er å videreutvikle modellen for samarbeid mellom A3 og AUV til å omfatte andre sengeposter og pasientgrupper.
	Tiltaksansvarleg	Avdelingsdirektør AUV. Divisjonsdirektør
	Kontrollaktivitet	1. Halvårlig 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
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

MATRISE FOR RAPPORTERING AV RISIKO

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.

Matrisen er endret fra 1. til 2. tertial i retning noe redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

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

2A: Ikke tilstrekkelig behandlerkapasitet

2B: Ikke å oppfylle produktivitetskravene og opphoping av pasienter

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

2D: Ikke gode nok henvisninger fra fastlege og leder av barnevernstjenesten

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

RISIKOVURDERING KORRIDORPASIENTER

I denne risikovurderingen tar vi utgangspunkt i pasientforløpet fra ankomst Helse Stavanger og til pasienten er utskrivningsklar.

Antall korridorpasienter registreres hver dag kl 0700 og innbefatter pasienter som fysisk ligger i korridor.

Styringsmål		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. Flere pasienter blir vurdert og ferdigbehandlet i Akuttmottak uten videre innleggelse i SUS. I 2009 var dette antallet 4380 av 27205 pasienter. I perioden 01.01.10 – 31.03.10, var tallene 1613 pasienter av totalt 8952. 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	1. God samhandling med kommunene: - Øke antall ambulante tjenester - Videreføre hospitering, PKO 2. På ny å vurdere nytten av en dedikert lege som vurderer og styrer innleggelser, forutsatt at det settes av ressurser til dette. 3. Større grad av styring av innleggelsestidspunktet 4. Erfarent team av lege og sykepleier som tar imot pasienter i de mest travle periodene på dagen. 5. Leie ut en sengepost til kommunene for å ivareta utskrivningsklare pasienter. Arbeide mot Stavanger Helsehus på lang sikt. 6. Mulighet for egenhenvvisning til poliklinikkene (Psyk) 7. Utvide tilbudet om ambulante team. 8. Hensiktsmessig tilbud for pasienter med rusproblematikk.
	Tiltaksansvarleg	Sykehusledelsen/ divisjonsledelsen
	Kontrollaktivitet	Følge utviklingen i registreringene. Resultatene diskuteres i samhandlingsutvalg og møter med bestillerkontorene.
Tertial 2	No-situasjon	Antall korridorpasienter har gått noe ned de siste ukene, sammenlignet med samme periode i fjor. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne tall fra første tertial på grunn av ferieavvikling. Ferieavvikling innebærer lavaktivitet i avdelingene og bruk av til dels ukjente vikarer. Vaktordning for sykehjemsleger er igangsatt, men for tidlig å si noe om en evt effekt av dette.
	Sannsynlighet	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Divisjonsdirektører

	Tiltak	1. God samhandling med kommunene: - Øke antall ambulante tjenester - Videreføre hospitering, PKO 2. På ny å vurdere nytten av en dedikert lege som vurderer og styrer innleggelser, forutsatt at det settes av ressurser til dette. 3. Større grad av styring av innleggelsestidspunktet. 4. Mulighet for egenhenvvisning til poliklinikkene (Psyk.). 5. Utvide tilbudet om ambulante team (Psyk.). 6. Hensiktsmessig tilbud for pasienter med rusproblematikk (Psyk.).
	Tiltaksansvarleg	Sykehusledelsen/ divisjonsledelsen
	Kontrollaktivitet	Jevnlige rapporter til adm. dir. vedrørende antall korridorpasienter. Resultatene diskuteres i samhandlingsutvalg og møter med bestillerkontorene.
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
Kritisk suksessfaktor 3B		Ledig seng til pasienten
Risikoelement 3B		Ikke ledige senger
Tertial 1	No-situasjon	<u>Medianverdiene for ukene 27-53 i 2009 er:</u> 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) Det ser ut som om antall korridorpasienter på medisinsk divisjon ligger ca. 50-60% høyere i første del av 2010 enn det gjorde i siste halvdel av 2009. Tallene for kirurgisk divisjon er sannsynligvis uendret, eller muligens noe lavere. I tallene framkommer ikke antall pasienter som ligger i annen avdeling enn der de ut fra hoveddiagnose hører hjemme¹. 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).
	Sannsynlighet	Stor
	Konsekvens	Kritisk /katastrofal
	Risikoeigar	Adm. dir/ sykehusledelsen
	Tiltak	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, øke dagbehandling og omdisponere ledige senger. 4. Endret bruk av senger på medisinsk avdeling. 5. Ta i bruk 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. 8. Fortsatt god samhandling med kommunene.
	Tiltaksansvarleg	Adm. dir/ sykehusledelsen

¹ Dette er hovedsakelig 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.

	Kontrollaktivitet	Divisjonene rapporterer endringer i sengekapasitet.
Tertial 2	No-situasjon	Vanskelig å sammenligne tall på grunn av ferieavvikling. Sammenlignbare tall vil kunne framskaffes i løpet av høsten. Det kan likevel synes som om situasjonen er uendret.
	Sannsynlighet	Svært stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Adm. direktør/ topplergruppen
	Tiltak	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. Fortsatt god samhandling med kommunene 4. Ta i bruk ledige senger/arealer og bemanne disse, eksempelvis på 4H. 5. På ny å vurdere optimal fordeling av senger i sykehuset, samt påse at antall senger stemmer med faktisk bruk. 6. Overlege/ pasientkoordinator må ha styringsrett over hvor pasienten skal plasseres. 7. Forutsatt frigjøring av lokaler, øke dagbehandling og omdisponere ledige senger.. 8. Endret bruk av senger på medisinsk avdeling.
	Tiltaksansvarleg	Adm. direktør/topplergruppen
	Kontrollaktivitet	Divisjonene rapporterer endringer i sengekapasitet
I perioden...Tertial 2	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 3C		Tilstrekkelig kapasitet fra medisinsk service avdelingene.
Risikoelement 3C		Ikke tilstrekkelig kapasitet på de medisinske serviceavdelingene
Tertial 1	No-situasjon	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. Knapphet på intensivsenger medfører forskyvninger/ blokkering av postoperativ del. Dette medfører noen ganger at elektive operasjoner blir utsatt.
	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	Jevnlige rapporter fra røntgenavdelingen til divisjonsdirektør og adm. dir. vedr. ventetider og antall undersøkelser pr. døgn inkl. MR-undersøkelser.
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen er uendret. De bestilte MR-maskinene er ennå ikke installert og tatt i bruk.
	Sannsynlighet	Svært stor
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Adm. dir./sykehusledelsen
	Tiltak	Ny MR og ortopedisk MR vil gi betydelig økt kapasitet og er bestilt.
	Tiltaksansvarleg	Adm. dir./sykehusledelsen
	Kontrollaktivitet	Jevnlige rapporter fra røntgenavdelingen til divisjonsdirektør og adm. dir. vedr. ventetider og antall undersøkelser pr. døgn inkl. MR-undersøkelser.

Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 3D		Godt definerte pasientforløp for de største medisinske 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
Tertial 2	No-situasjon	Situasjonen rundt definering av pasientforløp er uendret. Imidlertid vil det bli igangsatt prosjekter både lokal og som en del av Kvalitetssatsningen i HV. HS planlegger to omfattende pasientforløp (fra hjem til hjem) for pasienter med KOLS og for barn med utviklingsforstyrrelser (psykiatri) med oppstart høsten 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
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	
Kritisk suksessfaktor 3E		Utskrivningsklare pasienter skal skrives ut ² .
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	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.
Tertial 2	No-situasjon	På grunn av ferieavvikling er det vanskelig å sammenligne med tall fra 1. tertial. Sammenlignbare tall vil være mulig å få i løpet av høsten. I løpet av sommeren har antallet økt litt i begynnelsen og slutten av sommeren, mens det er noe lavere midt på sommeren. Det er store svingninger. Dette er en trend som gjentar seg hver sommer.
	Sannsynlighet	Svært stor

² Utskrivningsklare pasienter vil bli vurdert i egen risikovurdering for Helse Stavanger i 2010.

Konsekvens	Svært alvorlig
Risikoeigar	Divisjonsdirektører
Tiltak	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 (innen psyk. er f. eks. ikke hospitser alltid et godt alternativ).
Tiltaksansvarleg	Medisinsk faglig ledelse
Kontrollaktivitet	Jevnlige rapporter til toppledergruppen på antall utskrivningsklare pasienter.
Situasjon ved årsslutt	

MATRISSE FOR RAPPORTERING AV RISIKO KORRIDORPASIENTER

Risikomatrisen er endret fra 1. til 2. tertial i retning redusert risiko.

1. tertial

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

2. tertial

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

- 3A Pasienter som ikke har behov for innleggelse i Helse Stavanger innlegges
- 3B Ikke ledige senger
- 3C Ikke tilstrekkelig kapasitet på de medisinske service avdeling
- 3D Ikke definerte pasientforløp for de viktigste diagnosegruppene
- 3E Utskrivningsklare pasienter blir liggende i HS.

STYRINGSdokUMENTET 2010. RISIKOVURDERING AV OVERORDNET HELSEFAGLIG MÅL PR. 2. TERTIAL

MÅL NR. 3:

Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt på sjukehus (jf. Helsepersonellloven § 10a og Ot. Prp. Nr. 84 2008-2009).

Beskrivelse av prosessen og vurderingene

Risikovurderingen er utført av leder av prosjektgruppen og divisjonsansvarlig barneansvarlig i psykiatrisk divisjon. Prosjektgruppen har deltagere fra de fleste divisjoner.

Adm. direktør besluttet på ledermøte 16.06.10 at prosjektgruppen som består av prosjektleder og divisjonsansvarlig barneansvarlig etableres på permanent basis for koordinering og videreutvikling av tilbudet til barn som pårørende ved Helse Stavanger HF.

Vurderingen viser at det er nedlagt et omfattende og systematisk arbeid for å få den nye lovgivningen innført i helseforetaket. Implementeringen er kommet lengst i Psykiatrisk divisjon. Det anses å knytte seg lav risiko til implementering av lovreguleringen med et forbehold for barneansvarlige i de somatiske divisjoner.

Risikomatrisen er uendret fra 1. til 2. tertial.

Styringsmål nr. 3		Barn som pårørende skal sikres oppfølging når foreldrene er innlagt på sykehus (jf. Helsepersonellloven § 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.
Tertial 2	No-situasjon	Sykehusets jurist, prosjektleder og divisjonsansvarlig barneansvarlig har hatt undervisning/opplæring mht lovverk og implementering av dette i SUS på en fagdag for alle oversykepleiere, avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere.
	Sannsynlighet	Svært liten
	Konsekvens	Alvorlig
	Risikoeigar	Alle linjeledere
	Tiltak	Regelmessig informasjon og kurs for alle faggrupper
	Tiltaksansvarleg	Avdelingsleder utpeker tiltaksansvarlig
	Kontrollaktivitet	Avdelingsleder har ansvar for at tema barn som pårørende blir en del av internundervisningen
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	
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
	Kontrollaktivitet	Enhetsleder må sjekke opplysninger om pasienten har barn og om man evt. har gjennomført barnesamtale når man har journalgjennomgang/journalrevisjon i den enkelte enhet
Tertial 2	No-situasjon	Samme som 1. kvartal. Arbeider med EPJ- senteret og DIPS for å bedre kvaliteten på data når det gjelder barn som pårørende. Det er utarbeidet prosedyre for arbeid med barn som pårørende i EQS (sykehusets dokumentstyringsystem). Prosedyren skal ut på høring hos gruppens medlemmer før den blir godkjent og implementert.
	Sannsynlighet	Svært liten
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Adm. Direktør/toppledergruppen
	Tiltak	Få implementert prosedyren og sørge for at den blir fulgt opp
	Tiltaksansvarleg	Fagdirektør
	Kontrollaktivitet	Enhetsleder må sørge for at ny prosedyre blir gjennomgått i internundervisning og at den blir oppfylt i enheten
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltak	

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 geriatrike 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	Enhetsleder må rapportere en gang i kvartalet antall barneansvarlige i sin enhet til avdelingsleder
Tertial 2	No-situasjon	Ny utfordring: Når barneansvarlig slutter får vi en utfordring å sette i system at det utpekes ny barneansvarlig og at dette kommuniseres til ansvarlig for barn som pårørende ved SUS
	Sannsynlighet	Svært liten
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Avdelingsleder
	Tiltak	Påse at hver enhet til enhver tid har 2 barneansvarlige personer og lage et system for utskifting av barneansvarlig med melding til leder av barn som pårørendegruppen
	Tiltaksansvarleg	Enhetsleder
	Kontrollaktivitet	Enhetsleder må rapportere en gang i kvartalet antall barneansvarlige i sin enhet til avdelingsleder
Tertial 3	Situasjon ved årsslutt	
	Vurdering av tiltaka	

MATRISSE FOR RAPPORTERING AV RISIKO BARN SOM PÅRØRENDE

Risikomatrisen er uendret frå 1. til 2. tertial.

1. og 2. tertial

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

Styringsvariabel 1: Ansatte er kjent med den nye lovreguleringen

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

Styringsvariabel 2: Barneansvarlig personell er tilgjengelig i alle divisjonene

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

Helse Vest RHF
Att. Synnøve Serigstad
Postboks 303, Forus
4066 Stavanger

Haugesund 10.09.2010

Rapportering på risiko per 2.tertial 2010

Det vert vist til brev av 28.06.2010 vedrørende tertial rapportering på risikostyring.

Etter første tertial 2010 gjennomførte Helse Fonna HF risikovurdering av felles overordna styringsmål for Helse Vest RHF og vurdert to verksemdspesifikke mål. Styret styrebehandla denne risikovurderingane i mai 2010.

Følgjer nå opp med ei vurdering av dei same måla etter 2.tertial.

For 2.tertial er det gjort ei evaluering av no-situasjonen opp i mot situasjonen i 1.tertial for å identifisere endringar med særskilt fokus på dei områda kor risikoen er over akseptabelt nivå.

Resultatet av risikovurderingane for 2.tertial skal til Styret i Helse Fonna HF 29.09.2010.

Etter no situasjonen for 2.tertial har ein vald å minke risiko for styringsmål som omhandlar økonomi, men auke risikoen for fristbrot.

Det er enno grunn til uro for innfriing av krav i høve til fristbrot, ventetider, korridor pasientar og systemansvar. Desse risiki har auka fokus i føretaket og det er sett i verk konkrete tiltak.

Risikovurderinga følgjer vedlagt.

Helse Fonna HF


Kari Ugland
Administrerende direktør

Overordna risikovurdering 2010 – Rapportering per 2. tertial 2010

Styringsmål 1:		<i>Helse Fonna skal levere eit rekneskapsmessig resultat i balanse 2010</i>
Styringsvariabel 1:		Omstillingstiltaka skal ha tilstrekkeleg omfang i høve til dei økonomiske utfordringane – og vere realiserbare
Kritisk suksessfaktor 1.1		Realistiske tidsfristar for å gjennomføre omstillingsprosessen på ein god måte
Risiko 1.1		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
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Evaluerer handlingsplanen og prosessen. Økonomirapportering Statusrapporteringar
	No-situasjon	I enkelte klinikkar er det andre forhold som påverkar framdrifta av omstillingane slik at tidsfristane ikkje held. Dette gjeld Klinikk for Kirurgi og akuttmedisin og Klinikk for psykisk helse.
	Sannsynleg heit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 1.2		Øymerka midlar avsett i budsjettet til omstillingstiltak
Risiko 1.2		Det er ikkje sett av øymerka midlar i budsjettet
Tertial 1	No-situasjon	Det er ikkje sett av øymerka midlar til omstillingstiltak
	Sannsynleg heit	Svært stor
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	HR
	Tiltak	Fremme dette behovet til budsjettprosessen 2011
	Tiltaksansvarleg	HR direktør
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Budsjettprosess 2011
	Sannsynlegheit	Svært stor
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 1.3		Leiarlinja er lojal mot omstillingsvedtaket.
Risiko 1.3		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
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Leiarlinja er lojal, men leiarkrafta må styrkast.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 1, Tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor		1.2			
	Stor					
	Moderat			1.1		
	Liten			1.3		
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Urealistiske tidsfristar

Risikoelement 1.2 Det er ikkje sett av øyremerka midlar i budsjettet

Risikoelement 1.3 Manglande lojalitet i leiarlinja

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 1, Tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor		1.2			
	Stor					
	Moderat					
	Liten		1.1	1.3		
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Urealistiske tidsfristar

Risikoelement 1.2 Det er ikkje sett av øyremerka midlar i budsjettet

Risikoelement 1.3 Manglande lojalitet i leiarlinja

Styringsmål 1:		Helse Vest skal levere eit rekneskapsmessig resultat i balanse 2010
Styringsvariabel 2:		Økonomirapporteringa må avdekke budsjettavvik tidsnok til å setje i verk kompenserande tiltak.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Leiar og controller utgjer eit godt proaktivt team i drift og oppfølging av budsjettet.
Risiko 1.1		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
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 2	Kontrollaktivitet	
	No-situasjon	Leiar – controller utgjer eit godt proaktivt team.
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Rapporteringsmetoden og rapporteringsspråket må vere slik at leiar forstår kva controller meiner
Risiko 1.2		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
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Etterspør i linja
	No-situasjon	Leiar – controller utgjer eit godt proaktivt team.
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 2, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat		1.2			
	Liten		1.1			
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje tilstrekkelig proaktivitet i samhandlinga mellom leiar og controller

Risikoelement 1.2 Leiar forstår ikkje korleis han/ho hentar ut data og tolkar desse i Profitbase

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 2, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat		1.2			
	Liten		1.1			
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje tilstrekkelig proaktivitet i samhandlinga mellom leiar og controller

Risikoelement 1.2 Leiar forstår ikkje korleis han/ho hentar ut data og tolkar desse i Profitbase

Styringsmål 1:		<i>Helse Vest skal levere eit rekneskapsmessig resultat i balanse 2010</i>
Styringsvariabel 3:		Arbeidsplanane (inkl. innleige) skal vere handterte på ein måte som sikrar at avvik mellom tilgjengeleg kronebudsjett og planlagt arbeid (bemanning) vert avdekka tidsnok til at korrigerande tiltak kan setjast i verk.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Tal på stillingar er lagt inn i budsjettet i samsvar med tildelte årsverk
Risiko 1.1		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	
Tertial 2	No-situasjon	Avvika på våren er ikkje gjort noko med. Tiltaka blir kvalitetssikra i budsjettprosessen tredje tertial.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat (inkl. legar)
Risiko 1.2		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	
Tertial 2	No-situasjon	Uendra
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	

	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.3		Alle leiarar bruker EFO
Risiko 1.3		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	
Tertial 2	No-situasjon	Enkelte leiarar må ha særleg oppfølging samt utfordringar med feil i Gat ift berekning av EFO (er meldt leverandør).
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 1.4		Tett oppfølging frå controller
Risiko 1.4		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	
Tertial 2	No-situasjon	uendra
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorlig
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Kritisk suksessfaktor 1.5		Leiarane må sjølv ta ansvar for å bruke verktøyet gat
Risiko 1.5		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	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	uendra
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 3, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten		1.4	1.2	1.1 1.3	
	Svært liten			1.5		

Risikoelement 1.1 Bemanningsplanen/kronebeløpet samsvarer ikkje med budsjettet eller tal på årsverk

Risikoelement 1.2 Ikkje alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat

Risikoelement 1.3 Ikkje alle leiarar bruker EFO

Risikoelement 1.4 Ikkje tilgjengelig controller

Risikoelement 1.5 Leiarane styrer ikkje verktøyet gat sjølv, men delegerer til andre utan å sikre eiga oversikt og styring i situasjonen

Risikomatrise styringsmål 1, styringsvariabel 3, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten		1.1 1.4	1.2	1.3	
	Svært liten			1.5		

Risikoelement 1.1 Bemanningsplanen/kronebeløpet samsvarer ikkje med budsjettet eller tal på årsverk

Risikoelement 1.2 Ikkje alle yrkesgrupper får overført faste tillegg frå arbeidsplan i gat

Risikoelement 1.3 Ikkje alle leiarar bruker EFO

Risikoelement 1.4 Ikkje tilgjengelig controller

Risikoelement 1.5 Leiarane styrer ikkje verktøyet gat sjølv, men delegerer til andre utan å sikre eiga oversikt og styring i situasjonen

Styringsmål 2:		<i>Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet</i>
Styringsvariabel 1:		Det skal ikkje vere fristbrot.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Nok poliklinikktimar med tilgjengelege fagressursar
Risiko 1.1		Ikkje nok poliklinikktimar 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	
Tertial 2	No-situasjon	Pasientar gir ikkje melding om at dei ikkje møter opp på timar/avtalar. Enno ledige stillingar, personell er tilsett, men enkelte startar ikkje før nov. Styring av legeressursar på sengepostane i forhold til visitt har høgt fokus. Arbeidet med årsplanar for alle yrkesgrupper er kome lengre enn det var på våren. Kontinuerleg fokus med konkrete tiltak .
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorlig
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	Prioritering og omprioritering av fagpersonell.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør
Kritisk suksessfaktor 1.2		Korrekt vurdering i forhold til prioriteringsrettleiarane
Risiko 1.2		Vurdering er ikkje i tråd med prioriteringsrettleiarane

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	Administrerende 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	Prosjektleder DIPS /fagsjef
	Tiltak	Etterfølging av retningslinjer for handtering av IT tekniske problemstillinger/ avgrensing
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleder
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Internrevisjon i forhold til vegleiarar og IT-tekniske problemstillinger i 2011
Tertial 2	No-situasjon	Risikoen ved bruk av skjønn i prioriteringa er stadig på dagsorden i fagmiljøa.
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Klinikkdirektør
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør
Kritisk suksessfaktor 1.3		Optimal logistikk på poliklinikkane med balanse mellom ressursane dvs. ulike yrkesgrupper, areal og MTU
Risiko 1.3		Manglande optimalisering av ressursane
Tertial 1	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
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Uendra
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	

	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.4		God kvalitet på innhaldet i ventelistene slik at pasienten blir kalla inn innan frist.
Risiko 1.4		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	Administrerande 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
Tertial 2	Kontrollaktivitet	
	No-situasjon	Uendra, men auka fokus på ventelistene i høve til fristbrot no enn i 1.tertial. Data er i større grad kvalitetssikra. Tiltak frå 1.tertial er dekkande for vidare arbeid.
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 1, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.2 1.3	1.1	
	Liten				1.4	
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje nok poliklinikktilmar med fagressursar
 Risikoelement 1.2 Vurdering er ikkje i tråd med prioriteringsrettteiarane
 Risikoelement 1.3 Manglande optimalisering av ressursane
 Risikoelement 1.4 Pasient blir ikkje kalla inn innan frist pga feil i listene

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 1, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor			1.2		
	Moderat			1.3	1.1	
	Liten				1.4	
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje nok poliklinikktilmar med fagressursar
 Risikoelement 1.2 Vurdering er ikkje i tråd med prioriteringsrettteiarane
 Risikoelement 1.3 Manglande optimalisering av ressursane
 Risikoelement 1.4 Pasient blir ikkje kalla inn innan frist pga feil i listene

Styringsmål 2:		<i>Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet</i>
Styringsvariabel 2:		Gjennomsnittleg ventetid skal ikkje overstige 65 kalenderdagar
Kritisk suksessfaktor 1.1		Vurdering av tilvisinga skjer umiddelbart etter at den er mottatt.
Risiko 1.1		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 tilvisningar i god tid før fristens utløp
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar/linjeleing
	Kontrollaktivitet	Ta ut og følgje opp resultat av rapportar
Tertial 2	No-situasjon	uendra
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør
Kritisk suksessfaktor 1.2		Gjennomfører operasjonsprogrammet som planlagt
Risiko 1.2		Strykingar i operasjonsprogram
Tertial 1	No-situasjon	Pga mange respiratorpasientar på intensivavdelinga i Haugesund er pasientar blitt strokne 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	Administrerande direktør
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Uendra
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 2, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor			1.1		
	Moderat					
	Liten				1.2	
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Vurdering av tilvisingar vert utsett

Risikoelement 1.2 Strykingar i operasjonsprogram

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 2, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.1		
	Liten				1.2	
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Vurdering av tilvisingar vert utsett

Risikoelement 1.2 Strykingar i operasjonsprogram

Styringsmål 2:		<i>Pasientar med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høg kvalitet</i>
Styringsvariabel 3:		Det skal ikkje vere korridorpasientar
Kritisk suksessfaktor 1.1		Skrivne standardiserte pasientforløp og behandlinglinjer med kriterium for utskriving
Risiko 1.1		Ikkje standardiserte pasientforløp og behandlinglinjer
Tertial 1	No-situasjon	Nokon einingar har liggetid over budsjett, "snuprosent" på obs posten er høg, 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
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Prosjekter på standardiserte pasientforløp, høg "snu" prosent
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	Rapportering til klinikkdirektør
Kritisk suksessfaktor 1.2		God samhandling med fastlege/kommunane slik at dei i auka grad kan ta imot utskrivingssklare pasientar
Risiko 1.2		Kommunar klarer ikkje ta imot utskrivingssklare pasientar
Tertial 1	No-situasjon	Prosjektet "rett behandling på rett plass til rett tid" er etablert som eit samarbeid mellom einskilde 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

Tertial 2	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Tiltak	Prosjekt i geriatrien "heim til heim", oppfølging og vidareutvikling.
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	
	No-situasjon	Uendra
	Sannsynlegheit	Stor
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	Palliativt team/smerte team/kols team tilbyr heimebesøk til open retur pasientar.
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 3, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor			1.2		
	Moderat			1.1		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer
 Risikoelement 1.2 Kommunar klarer ikkje ta imot utskrivingssklare pasientar

Risikomatrise styringsmål 2, styringsvariabel 3, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor			1.2		
	Moderat			1.1		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Ikkje standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer
 Risikoelement 1.2 Kommunar klarer ikkje ta imot utskrivingssklare pasientar

Styringsmål 3:		<i>Barn som pårørende skal sikrast god oppfølging når foreldre er innlagde på sjukehus (jfr. Helsepersonellova § 10a og Ot.prp. nr. 84 2008-2009).</i>
Styringsvariabel 1:		Tilsette i klinikkane er kjende med den nye lovreguleringa.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Obligatorisk opplæring av alt klinisk personell
Risiko 1.1		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 psykisk helsevern for å følge 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	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Manglar systematisk opplæring av leiarar og leger Treng avklaring i høve til leing av nettverk for barneansvarlege.
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	Direktør KK/Barn
	Tiltak	Avklare leiarspørsmålet for nettverk
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Tilstrekkelig informasjonen om lovendinga er tilgjengeleg
Risiko 1.2		Mangelfull informasjon
Tertial 1	No-situasjon	Utarbeida mykje informasjonsmateriell - brosjyrar, plakatar til oppslag - perm - intranettet - eiga webside
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Utarbeida materiell er ikkje meir tilgjengeleg enn resurspersonane gjer det tilgjengeleg.

	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Mindre alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 3, styringsvariabel 1, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten		1.2			
	Svært liten			1.1		

Risikoelement 1.1 Obligatorisk opplæring av alt klinisk personell

Risikoelement 1.2 Mangelfull informasjon

Risikomatrise styringsmål 3, styringsvariabel 1, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynlegheit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten		1.2			
	Svært liten			1.1		

Risikoelement 1.1 Obligatorisk opplæring av alt klinisk personell

Risikoelement 1.2 Mangelfull informasjon

Styringsmål 3:		<i>Barn som pårørende skal sikrast god oppfølging når foreldre er innlagde på sjukehus (jfr. Helsepersonellova § 10a og Ot.prp. nr. 84 2008-2009)</i>
Styringsvariabel 2:		Barneansvarleg personell er tilgjengeleg i alle klinikkar
Kritisk suksessfaktor 1.1		Barneansvarleg personell er utpeika og dette er forankra i leiinga ved at oppgåva er formalisert
Risiko 1.1		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	
	Tiltaksansvarleg	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Saknar beskriving av funksjonen barneansvarleg
	Sannsynlegheit	Svært liten
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Barneansvarleg har avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva.
Risiko 1.2		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.
	Tiltaksansvarleg	Seksjonsleiar
	Kontrollaktivitet	
Tertial 2	No-situasjon	Å få prosjektet over i drift krev at nokon utpeikast til å drifte nettverk av barneansvarlege.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 3, styringsvariabel 2, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.2		
	Liten					
	Svært liten			1.1		

Risikoelement 1.1 Ikkje utpeika personell eller manglande formalisering

Risikoelement 1.2 Barneansvarleg har avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva.

Risikomatrise styringsmål 3, styringsvariabel 2, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.2		
	Liten					
	Svært liten			1.1		

Risikoelement 1.1 Ikkje utpeika personell eller manglande formalisering

Risikoelement 1.2 Barneansvarleg har avsett tilstrekkelig tid til å utføre oppgåva.

Styringsmål 4 – Verksemdspesifikkt:		<i>Journaldokumentasjonen er i samsvar med forskrift §§ 6 og 7</i>
Styringsvariabel 1:		Det skal gå fram av journalen kven som er journalansvarleg.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Sikre utpeking av journalansvarleg person.
Risiko 1.1		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
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
Tertial 2	Kontrollaktivitet	Foreta ein internrevisjon i alle klinikkar
	No-situasjon	uendra
	Sannsynlegheit	Liten
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Journalansvarleg kjenner innhaldet i forskriftskrav
Risiko 1.2		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	
	Tiltaksansvarleg	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
Tertial 2	Kontrollaktivitet	
	No-situasjon	uendra
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 4, styringsvariabel 1, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten				1.1	
	Svært liten			1.2		

Risikoelement 1.1 Journalansvarleg er ikkje utpeika

Risikoelement 1.2 Journalansvarleg ikkje kjent med forskriftskrav

Risikomatrise styringsmål 4, styringsvariabel 1, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten				1.1	
	Svært liten			1.2		

Risikoelement 1.1 Journalansvarleg er ikkje utpeika

Risikoelement 1.2 Journalansvarleg ikkje kjent med forskriftskrav

Styringsmål 4 – Verksemdspesifikkt:		<i>Journaldokumentasjonen er i samsvar med forskrift §§ 6 og 7</i>
Styringsvariabel 2:		Journalen skal først fortløpande.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Innarbeiding av gode arbeidsrutinar
Risiko 1.1		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
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektør
	Kontrollaktivitet	Gjennomføre internrevisjon
Tertial 2	No-situasjon	Det er svikt i rutinar. Må sikre at en finner løysning ved implementering av DIPS
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	Presisere arbeidsrutinar for sekretærer.
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 4, styringsvariabel 2, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				1.7	
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Manglande innarbeiding av gode arbeidsrutinar

Risikomatrise styringsmål 4, styringsvariabel 2, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				1.7	
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Manglande innarbeiding av gode arbeidsrutinar

Styringsmål 5 Verksemdspesifikt:		<i>Leiare på alle nivå i Helse Fonna har kunnskap om og sikrar systemansvaret</i>
Styringsvariabel 1:		Leiarane har kunnskap om ansvaret som ligg til stillinga og gjeldande lov og forskrift.
Kritisk suksessfaktor 1.1		Leiarane sikrar systemansvaret
Risiko 1.1		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	Administrerende direktør
	Tiltak	Leiaropplæring
	Tiltaksansvarleg	Klinikkdirektørane
	Kontrollaktivitet	Dokumentert opplæring
Tertial 2	No-situasjon	Det er auka innsikt i systemansvaret som ligg i leiar rolla.
	Sannsynlegheit	Moderat
	Konsekvens	Svært alvorleg
	Risikoeigar	
	Tiltak	
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	
Kritisk suksessfaktor 1.2		Det er oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege.
Risiko 1.2		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	Administrerende 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	
Tertial 2	No-situasjon	Avdekka manglar
	Sannsynlegheit	
	Konsekvens	
	Risikoeigar	
	Tiltak	Tydeleggjering og formalisering av rolla som medisinsk fagleg rådgivar.
	Tiltaksansvarleg	
	Kontrollaktivitet	

Risikomatrise styringsmål 5, styringsvariabel 1, tertial 1

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor				1.1	
	Moderat			1.2		
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Leiarane sikrar ikkje systemansvaret

Risikoelement 1.2 Det er ikkje oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege

Risikomatrise styringsmål 5, styringsvariabel 1, tertial 2

		Konsekvens				
Sannsynleg heit		Ikkje alvorleg	Mindre alvorleg	Alvorleg	Svært alvorleg	Kritisk/ Katastrofal
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1.2	1.1	
	Liten					
	Svært liten					

Risikoelement 1.1 Leiarane sikrar ikkje systemansvaret

Risikoelement 1.2 Det er ikkje oppnemnd medisinsk faglege rådgjevar i dei kliniske einingane kor leiar ikkje er lege