



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 16. februar 2012

Møtedato: 23. februar 2012

Saksbehandler: Foretakscontroller Ole Martin Olsen

Sak nr:	11-3/2012
Navn på sak:	Orienteringssaker - Virksomhetsplanlegging 2012

Adm. direktørens forslag til tilrådning:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar saken om Virksomhetsplanlegging 2012 til orientering.
2. Styret ønsker at direktøren foretar en evaluering av ordningen i forbindelse med planleggingen for 2013.
3. Styret ber direktøren se på muligheter for videreutvikling av verktøy for virksomhetsplanlegging i samarbeid med hele den regionale foretaksgruppen.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg fra foretakscontroller
2. Virksomhetsplan fra Klinikk Prehospitale tjenester
3. Virksomhetsplan fra Klinikk Kirkenes
4. Virksomhetsplan fra Klinikk Hammerfest
5. Virksomhetsplan fra Drifts- og Eiendomssenter
6. Virksomhetsplan fra Klinikk Psykisk helsevern og rus

Hans Petter Fundingsrud

Adm. dir.



Saksbehandler: Foretakscontroller Ole Martin Olsen
Dato: 23. februar 2012

Styresak 11/2012 Virksomhetsplanlegging 2012 (Orienteringssak)

Strategiplan

Den nye strategiplanen for foretaket ble vedtatt i februar 2010. Planen gjelder fra inneværende år og fram til 2015. Det er pekt ut 6 strategiområder som man skal fokusere på i virksomhetsplanleggingen. En vesentlig faktor for å vitalisere strategiplanen er at klinikkene tar initiativ til og gjennomfører avdelingsvis virksomhetsplanlegging som bidrar til etablering av årsplaner som er forankret i strategien.

Risikostyring

Helseforetakene skal rulle ut risikostyring som et hjelpemiddel eller metode i arbeidet med å løse de styringsmessige utfordringer foretakene står ovenfor. Gjennom fokus på virksomhetsplanlegging med klinikkvise utformede tiltakene som er nødvendig for å lykkes, vil risikostyring bidra til mer målrettet styring med fokus på risikovurdering og avbøtende tiltak på sentrale målområder.

Budsjettprosess

Dersom planprosessen skal være fruktbar så bør det være slik at det man planlegger skal påvirke hvordan budsjettet til slutt blir seende ut. En slik synkronisering vil kunne gi mer riktige budsjetter, og det vil bli lettere å prioritere tiltak i budsjettet. Vårt mål er derfor at planprosessene skal starte så tidlig som mulig og integreres i budsjettprosessen på en fornuftig måte.

Vurdering

Vi tror at de vedlagte virksomhetsplanene er et godt bidrag til å forankre foretakets strategier ute i klinikkene. Planene vil være et verktøy for å omskape gode intensjoner til konkrete handlinger. For å skape systematikk i arbeidet, har vi definert et årshjul for virksomhetsplanlegging. Årshjul for virksomhetsplanlegging bidrar til systematisk arbeid med planlegging av neste års virksomhet. Planprosessen søkes synkronisert med de mest sentrale milepælene i den årlige budsjettprosessen, og inngår i foretakets arbeid med etablering av systemer for risikostyring. Virksomhetsplanen gjennomgås og evalueres kontinuerlig i forhold til effekt av tiltak og vurdering av risiko.

				Lederne behandler avvik fortløpende	Lederne behandler ikke avvik fortløpende	Klinikken har for lang saksbehandlingstil og ubehandlede avvik	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Fokus overfor den enkelte leder på bruk av modulen								
									Bruk av veiledningsressurs i kvalitetsavdelinga								
				Ansatte er opplært i avviksmodule	Ansatte er ikke opplært i avviksmodule	Fortsatt mange som ikke kan avviksmodule	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Opplæring av superbrukere								



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/ delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Hammerfest	6.2 stabile fagmiljø															
		1. Ved hjelp av kompetente medarbeidere skal Klinikk Hammerfest utvikles til å bli en effektiv og resultatorientert klinikk														
			1.1: Klinikken virksomhet skal være definert	Klinikken har beskrevet virksomheten og kompetansebehovet	Klinikken har ikke beskrevet virksomheten og kompetansebehovet	Har ikke kartlagt kompetanse og avklart kompetansebehov	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	Kartlegge kompetanse							
									Etablere beskrivelse av virksomheten og den enkelte avdeling							
			1.2: Klinikken skal ha oversikt over kompetansekapitalen	Oversikt over kompetansekapitalen er etablert	Klinikken har ikke oversikt over kompetansekapitalen	Har ikke kartlagt kompetanse og avklart kompetansebehov. Questback gjennomført, men ikke brukt videre	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	Questback resultater tas i bruk som utgangspunkt for kartlegging i den enkelte avdeling							
									Utarbeide langsiktig plan for kompetansebehov							
		2. Klinikk Hammerfest skal være en målrettet utdanningsarena for studenter, lærlinger og medarbeidere der forskning og fagutvikling skal være en naturlig og prioritert del av virksomheten														
			2.1: Alle studenter, lærlinger og nyansatte skal følges opp i utdannings- og opplæringstiden	Opplærings- og introduksjonsplaner er utarbeidet	Opplærings- og introduksjonsplaner er ikke utarbeidet	Er ikke utarbeidet for alle faggrupper og avdelinger	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	Utarbeide mal for introduksjonsplan							
									Etablere samarbeid mellom avdelingene for avstemming av planer							
			2.2: Klinikken skal legge tilrette for fagutvikling	Alle avdelinger har utarbeidet årlig kompetanseplan	Alle avdelinger har ikke utarbeidet årlig kompetanseplan	Er ikke utarbeidet kompetanseplan i alle avdelinger. Manglende oversikt over elæringsmoduler	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	Sette av ressurser til egenutvikling							
									Legge til rette for bruk av nye elæringsmoduler							
									Etablere oversikt over elæringsmodulene på intranett							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Hammerfest	6.3 Samhandling															
		1. Klinikk Hammerfest skal bidra til god samhandling mellom alle nivå i helsetjenesten gjennom forpliktende avtaler og etablering av og deltagelse i samhandlingsfora														
			1.1: Igangsette hospiteringstilbud for helsepersonell fra sykehusene	Samarbeidsavtale i forhold til hospitering er etablert	Samarbeidsavtale er ikke etablert	Avtale er utarbeidet. Jobbet med å gjøre muligheten kjent for kommunene. Ingen har vært på hospitering.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Gjøre ordningen kjent i kommunene							
									Ta avtalene med i klinikkvise avtaler i forbindelse med samhandlingsreformen							
				Plan for hospitering er etablert	Plan for hospitering er ikke etablert	Plan er ikke etablert.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Lage forenklede rutiner for hospitering							
									Vurdere organisering av hospitering for klinikkens personell ute i kommunene							
			1.2: Med hjelp av praksiskonsulentene utvikle et samarbeidsfora mellom allmenleger og sykehusleger	Samarbeidsarenaer er etablert	Samarbeidsarenaer er ikke etablert	Arenaer for faglig samarbeid er ikke etablert.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Bidra til samhandlingsenheten og det arbeidet som de etablerer							
									Delta i arbeidsgrupper for samhandlingsprosjekt og byggeprosjekt							
				Nettstedet er videreutviklet	Nettstedet er ikke videreutviklet	Nettstedet ble etablert i 2011.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Utvikle rutiner for avdelingsvis oppdatering av sidene							
									Definere overordnet ansvarlig for utvikling av sidene							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Hammerfest	6.4 Desentralisering															
		1. I nært samarbeid med kommuner og brukere skal Klinikk Hammerfest ta i bruk ny teknologi og kunnskap for å videreutvikle tjenestetilbudet														
			Videreutvikle pasientsamarbeidet på lyd/bilde	Etablert veiledning/undervisning via Lyd/bilde for kommuneansatte	Veiledning er ikke etablert på lyd/bilde	Veiledning foregår via egen sykestuekoordinator.	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Sykestuekoordinator må ansvarliggjøres							
									Etablere opplæringsplan for bruk av utstyr i klinisk virksomhet							
				Pasientsamarbeid på lyd/bilde er etablert innenfor viktige pasientgrupper	Pasientsamarbeid er ikke etablert på lyd/bilde	Foregår i liten grad pasientkontakt via lyd/bilde. Vake utstyr brukes ikke systematisk	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Sykestuekoordinator må ansvarliggjøres							
									Etablere opplæringsplan for bruk av utstyr i klinisk virksomhet							
									Aktivt ta i bruk VAKE utstyr ved klinikkene							
			Etablere drift ved eksterne poliklinikker som er tilpasset behov og ønsker om utvikling	Ambulerende virksomhet er tilpasset behovet	Ambulerende virksomhet er ikke tilpasset behovet	Utstrakt ambulerende. Høy aktivitet. Potensiale for tilpasning til behov	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Protesevurdering første gang i Hammerfest							
									Kontroller protese desentralisert							
									Utføre behovsundersøkelse og tilpasse operasjonsprogram til kapasitet på personell og operasjonsstuer							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Hammerfest	6.5 Organisasjon og ledelse															
		1. Verdigrunnlaget og etiske retningslinjer skal inngå i Klinikk Hammerfest sitt kvalitets- og HMS arbeid som en del av den daglige virksomheten														
			1.1 Sikre at alle ansatte blir verdsatt og opplever trygghet i arbeidssituasjon	KVAM råd er organisert og utfører sin virksomhet iht plan	KVAM råd er ikke organisert og utfører ikke sin virksomhet iht plan	KVAM råd er etablert. Ikke fått til gjennomfående rapportering fra KVAM grupper til KVAM råd og videre oppover	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Utarbeide prosedyre/mal for behandling i de ulike organer/nivå							
									Utpeke ansvarlig i klinikken for oppfølging av prosedyrer og maler							
			1.2 Alle ansatte kjenner og har forståelse for verdigrunnlaget og etiske retningskinjer	Kafedialog er etablert som aktivitet ute på avdelingene	Kafedialog er ikke etablert som aktivitet ute i avdelingene	Kafedialog er gjennomført som planlagt på ledernivå. Ikke implementert ute i avdelingene	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Repetere opplæring i Kafedialog							
									Bidra til støtte for gjennomføring							
		2. Gjennom organisasjonsutvikling, god økonomistyring og investeringer skal ressursene i Klinikk Hammerfest utvikles og tilpasses fremtidens behov														
			2.1 Lederne har felles forståelse for klinikkens drift og økonomi og har god økonomistyring i egen avdeling	ØBAK tiltak er kjent og følges opp ute i avdelingene	ØBAK tiltak er ikke kjent	2012 tiltak er gjort kjent for avdelingslederne	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	ØBAK tiltak månedlig tema i ledergruppen							
									Månedlig oppfølging av gjennomføring etableres							
									Utpeke ØBAK ansvarlig i klinikken							
				Månedlig budsjettoppfølging gjennomføres iht plan	Månedlig budsjettoppfølging gjennomføres ikke iht plan	Budsjettoppfølging gjennomføres iht plan	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Månedlig tema i ledermøte							
									Ansvariggjøring av ledere i forhold til tiltak fra budsjettoppfølgingsmøter							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Hammerfest	6.6 Samisk kultur															
		1. Utvikle og profilere Klinikk Hammerfest som et kompetansemiljø for en helhetlig og koordinert spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen														
			1.1 Opplære helsepersonell i samisk kultur- og språkkompetanse	Nødvendig helsepersonell med samisk språkbakgrunn er rekruttert/opplært	Nødvendig helsepersonell med samisk språkbakgrunn er ikke rekruttert/opplært	Potensial for forbedring i forhold til rekruttering	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Gjennomgang av rutiner knyttet til rekruttering for forbedring og etablering av nye tiltak							
				Alle har gjennomført halvdagskurs i kulturforståelse	Alle har ikke gjennomført kurs	Ingen har gjennomført kurs i 2011	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Motivere foretaksledelsen til gjennomføring av felles opplæring							
									Motivere for deltakelse på felles opplæring							
			1.2 Gjennomføre "Tolkeprosjektet"	Tid er satt av til detalakse i prosjekt	Tid er ikke satt av til detalakse	Prosjekt er gjennomført, men strver med deltakelse i kursmoduler	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Motivere for deltakelse på felles opplæring							
									Utpeke ansvarspersoner							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/ delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbetende tiltak	Startdato avbetende tiltak	Slutt dato avbetende tiltak	Status avbetende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Kirkenes	6.1 kvalitet	1. Behandlingsforløpene i Klinikk Kirkenes skal være forutsigbare, helhetlige og effektive.														
			1.1 Utarbeide pasientforløp													
				1.1. A. Prosjektleder er fysisk tilstede gjennom forløpsarbeidet	Prosjektleder er fraværende	Prosjektleder for team har fått beskjed om valgt forløp	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	1.1.A: Plan med milepøler for pasientforløpsarbeid ved klinikken utarbeides og vedtas straks forløp er valgt							
									1.1.A: Klinikken oppnevner lokalt ansvarlige for pasientforløp ved den aktuelle avdeling med ansvar for kommunikasjon med eksterne prosjektleder							
				1.1.B: Pasientforløp er valgt, arbeidsgruppe er etablert og tid er satt av til arbeidet	At pasientforløp ikke blir valgt, arbeidsgruppe ikke etableres og at gruppen ikke frngs tid	Klinikken har valgt pasientforløp gjennom akuttmottaket 15.11.11. Klinikken har 2 støtte personer som er kurset i arbeidsmetode	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.1.B: Klinikken må sette av økonomiske ressurser til frikjøp av helsepersonell til deltakelse i arbeidsgrupper 1.1.B: Planlegge møter tidlig slik at helsepersonell kan delta innenfor rammen av turnus og arbeidsplaner							
			1.2 Sikre bruk av rutiner for systematisk kvalitetsforbedring													
				1.2.A: Ansatte er blitt kjent med kvalitetsstrategien for HF, og dokumentet er levendegjort i klinikken	Dokumentet ikke er kjent og levendegjort i klinikken	Klinikkens avdelinger har ulike fokus/ ståsted i kvalitetsarbeid	Stor sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.2.A: Gjennomgang av kvalitetsstrategi på ledermøte							
									1.2.A: Kontinuerlig oppfølging av avdelingene i klinikken							
				1.2.B: Avviksmodulen i DocMap er tatt i bruk i hele klinikken og avvik meldes og lukkes iht fastsatte rutiner	Avviksmodulen er ikke tatt i bruk i hele klinikken og alle avvik meldes og lukkes ikke iht rutiner	I dag har klinikken over 100 avvik i DocMap som ikke er lukket	Middels Sannsynlighet og Middels konsekvens		1.2.B: Avtale med sentral DOCMAP konsulent opplæring og oppfølging av avdelingsledere							
									1.2.B: Gjennomføre kurs i DocMap tidlig på året for alle med ubehandlede avvik i DocMap							
			1.3 Etterleve nasjonale retningslinjer /veiledere for pasientbehandling													
				1.3 A: Nasjonale retningslinjer/veiledere er implementert	Nasjonale veilederne ikke er etablert og kjent, og således ikke er tatt i bruk i klinikken	Veilederne er ikke godt kjent ute i hele klinikken	Middels sannsynlighet og stor konsekvens	●	1.3.A: Systematisk opplæring av vikarer og fast ansatte på veileder							
									1.3.A: Månedlig fokus på veiledere i ledergruppen							
									1.3.A: Tertialsvis rapportering og kontroll av implementering							
			1.4 Klinikken skal følge opp pasientsikkerhets-kampanjer													
				1.4 A: Pasientsikkerhetskampanjen er kjent og implementert i klinikken	Klinikken klarer ikke å implementere tiltak verksatt gjennom kampanjen	Klinikken er i gang med oppfølging/Utdannet 1 spl + 1 lege til GTT team. Ikke rekruttert spl nr 2. Sjøkkliste trygg kirurgi er etablert. Ikke alle følger vedtatt prosedyre Helse Nord vedr. personalantrekk.	Middels sannsynlighet og stor konsekvens	●	1.4.A: Fast tema på klinikkledermøtene							
									1.4.A: Hygienepleier fast medlem i Kvamråd							
									1.4.A: Utnevne en kampanjeansvarlig i klinikken							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/ delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Slutt dato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Kirkenes	6.2 Stabile og sterke fagmiljøer	1. Rekruttere og stabilisere fagpersonell som ønsker å arbeide i Helse-Finnmark														
			1.1 Mininum 5 personer med høyskole/universitet utdanning skal være ansatt i 2012													
					1.1. A: Klinikken har etablert et stabilt og attraktivt fagmiljø	Klinikken klarer ikke å etablere et stabilt og attraktivt fagmiljø	Klinikken har plan for rekruttering av spesialsukepleiere,Ligger ikke inne i ramne for dekning av nytt personell,Plan for rekruttering av nevrolog	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.1.A: Klinikken må videreutvikle plan for rekruttering og følge opp denne kontinuerlig						
									1.1.A: Klinikken må bidra til at det settes av rammer i budsjett som sikrer at man får dekt inn nytt personell							
									1.1.A: Klinikken må etablere samarbeid med legerekrutteringsprosjektet for å få enda større fart på arbeidet og bedre finansiering							
									1.1.A: Klinikken skal arbeide aktivt med HMS arbeid							
					1.1.B: Kontinuerlig fagutvikling/Kompetanseplaner utarbeidet	Har ikke en overordnet kompetanseplan for foretaket.Avdelingene har ikke sin kompetanseplan på plass	Foretaket ga ikke ut overordnet kompetanseplan 2011;. klinikken har ikke total oversikt pr d.d i klinikken ang . opplæringsplaner 2011	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.1.B: Fokus på opplæringsplan på klinikkledermøter						
									1.1.B: Etablere overordnet kompetanseplan for klinikken							
									1.1.B: Etablere oversikt over alle avdelingsvise opplæringsplaner							
			1.2 Alle stillinger skal være besatt med fagkompetanse													
					1.2 A: Rekrutteringsplan for legespesialister er på plass	Rekrutteringsplan er ikke på plass	Får ikke midler nok til å gjennomføre planene.Rekruttere, kanskje ikke så painlagt men mer etter individuelle ønsker. I fremtiden mer styrt da enkelte fagområder er dekket pr i dag.	Middels sannsynlighet og alvorlig konsekvens	●	1.2.A: Systematisk planlegging iht behov						
									samarbeid med legerekrutteringsprosjektet for å få enda større fart på arbeidet og bedre							
									1.2.A: Utarbeide rekrutteringsplan for legespesialister							
					1.2.B: Rekrutteringsplan for personell med spesialkompetanse er utarbeidet	Rekrutteringsplan er ikke på plass	Fått inn intensiv,kreft, jordmødre i utdanningsforløp	Liten sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.2.B: Utarbeide rekrutteringsplan for personell med spesialkompetanse						



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Kirkenes	6.3 Samhandling	1. Gjennom samhandling internt, med andre sykehus og primærhelsetjenesten skal Klinikk Kirkenes sikre at pasientene får god behandling på riktig nivå i helsetjenesten.														
			1.1 Ha kjennesap til overordnet samarbeidsavtale vedr ansvarsfordelingen i samhandlingsreformen.													
				1.1.A: At alle er kjent med samarbeidsavtalen	Klarer ikke å gjøre den kjent i org.	???????????	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	1.1.A: Tema på klinikkledermøte							
									1.1.A: Utarbeide plan for mangfoldiggjøring av avtalen i hele klinikken							
				1.1.B: Kriterier i overordnet samarbeidsavtale i samhandlingsreformen vedr innskriving av pasienter er kjent i organisasjonen	Kriteriene ikke er godt nok kjent og implementert i klinikken	?????????????????	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	1.1.B: Tema på klinikkledermøte							
									1.1.B: Utarbeide plan for mangfoldiggjøring av avtalen i hele klinikken							
				1.1.C: Overordnet samarbeidsavtale i samhandlingsreformen vedr utskrivningsklare pasienter etterlevs	Overordnet samarbeidsavtale etterlevs ikke	?????????????????	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	1.1.C: Tema på klinikkledermøte							
									1.1.C: Utarbeide plan for oppfølging av avdelingsledere							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
	6.5 Organisasjon og ledelse	1.Klinikk Kirkenes skal gjennom organisasjonsutvikling sikre at klinikken kan imøtekomme framtidens tjenester og ressursbehov.													
			1.1 Delta i Proff	Tid til deltagelse	For lite kjent i klinikken	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●								
								1.1 Lederopplæring							
			1.2Implementere sasportal	Lederne får ikke et eierforhold til portalen	Nedsatt arbeidsgruppe på foretaksnivå for å kvalitetssikring av tall.Utarbeidet plan på foretaksnivå for implementering	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●								
								1.2Opplæring i sas portal							
	6.5 Organisasjon og ledelse	2. Klinikk Kirkenes skal gjennom godt lederskap og styring utvikle en kultur der tildelte ressurser forvaltes på en kostnadseffektiv måte.													
			1.3Forutsigbar aktivitetsplanlegging	Klarer ikke å følge oppsatte planer pga uforutsett fravær	Har laget planer for å nesten alle faggruppene i klinikken for 2012	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●								
								1.3 Kontinuerlig oppfølging av aktivitetstall							
			1.4 Klinikken skal følge opp overordnet IA handlingsplan	Alle lager lager sin handlingsplan og implementerer den i sin enhet	Har hatt kurs for alle lederene, planlegger kurs for alle ansatte	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●								
								1.4.1 Opplæring av ansatte i IA avtalen							
								1.4.2 Oppfølging av handlingsplaner IA på klinikkledermøter							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Psykisk helsevern og rus	3.1 Kvalitet	Mål 1: Klinikken psykisk helsevern og rus skal sikre gode behandlingsforløp med høy faglig kvalitet gjennom å arbeide kontinuerlig med kvalitetsforbedring og internkontroll systemer. Kvalitetsforbedringsarbeidet skal skje i nær dialog og samarbeid med brukerne, primær- og spesialisthelsetjenesten for øvrig ved: Helhetlige gode pasientforløp, sikre internkontroll rutiner, brukerundersøkelser i forhold til tilfredshet hos brukerne, utvikle lærende organisasjoner														
			1.1. Ferdigstille/videreutvikle helhetlig pasientforløp på DPS / Sanks / Finnmarksklinikkene	Pasientforløpet er ferdig	Pasientforløpet er ikke ferdigstilt	BUP-ene har ferdigstilt. Det er utviklet i voksenpsykiatrien/rus, ferdigstilles i klinikknivå	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Månedlig oppfølging i klinikkledermøte.							
									Legges i DocMap							
									Samordnes på tvers av DPS nivå							
			1.2 Ferdigstille utredningspakker for de 10 hyppigste diagnosene for barn og unge, voksne og rus	Utredningspakker er på plass	Utredningspakken er ikke på plass	Saken ligger hos Klinikksjefen for oppfølging i klinikkledermøte/endelig vedtak	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Rådgiver skal sakbehandle når hun er på plass etter permisjon							
									Klinikkledermøte fordeler oppgaven med utarbeiding av utredningspakken							
			1.3 Iverksette arbeidet med å etablere tverrfaglige spesialiserte rusteam og/eller akutteam.	Rusteamet er på plass	Rusteamet/akutteam er ikke kommet på plass	Rusteam er etablert i DPS Vest. DPS Øst har etablert akutteam i 2011 og mangler Rusteam. SANKS/DPS Midt har PUT og Akutteam.	Høy sannsynlighet og høyt konsekvens	●	Arbeidet for økte ressurser og økt økonomisk handlingsrom.							
									Rekruttere fagfolk med rett kompetanse							
			1.4: Iverksette prosess for utvidet åpningstid ved poliklinikkene ved DPS	Utvidet åpningstid er på plass	Utvidet åpningstid er ikke kommet på plass	Saken skal til behandling hos HR sjefen	Høy sannsynlighet og høyt konsekvens	●	Arbeidet for økte ressurser og økt økonomisk handlingsrom.							
									Utarbeide tidsplan for implementering							
		Mål 2: Kvalitetsforbedringsarbeidet skal skje i nær dialog og samarbeid med brukerne, primær- og spesialisthelsetjenesten for øvrig ved: Helhetlige gode pasientforløp, sikre internkontrollrutiner. Brukerundersøkelser i forhold til tilfredshet hos brukerne, utvikle lærende organisasjoner.														
			2.1. Videreutvikle internkontrollrutiner på klinikknivå	Internkontrollrutiner er på plass	Internkontrollrutiner er ikke på plass	Holder på å etablere internrevisjoner og plan for gjennomføring	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	2.1.1: Opprette faglig internrevisjonsgruppe på klinikknivå							

									2.1.2: Gjennomføre interrevisjoner; - journalføring, og bidra til selvmordsvurdering og klinisk bruk av medisiner								
			2.2. Utvikle lærende organisasjoner/vi dereutvikle faglige samarbeidsrelasjoner på tvers av klinikken	Lærende organisasjon er på plass	Lærende organisasjon er ikke på plass	Fagdager, BUP samarbeidsarenaene, BUP kontorfaglig dager, Kvam-dager, kvam aktivitet, fagligesamlinger, kursvirksomhet, langsgående utdanningsløp, forskning og utvikling	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	2.2.1: Utarbeide rutiner på klinikknivå for journalforløp								
									2.2.2: Tilsynsrapporter fra Helsetilsynet gjennomgås og følges opp i alle avdelinger i DPS/Finmarksklinikken								
									2.2.3: Konkretisere og videreutvikle fagligsamarbeid innenfor VPP/BUP/Døgn								
	3.2 Stabile og sterke fagmiljø	Mål 1: Klinikken psykisk helsevern og rus skal gi tilbud av faglig høy kvalitet med ansatte som har nødvendig fagkompetanse til å sikre pasienten riktig behandling til riktig tid på riktig nivå ved: kompetanseplan som viser oversikt over klinikkens fagkompetanse og fremtidige behov, kompetanseutviklingsplaner, videreutvikle faglige samarbeidsrelasjoner på tvers av klinikken, rekruttering og stabilisering av spesialister.															
			1.1: Utarbeide kompetanseplan for hele klinikken.	Kompetanseplan er på plass	Kompetanseplan er ikke på plass	Ferdigstilles jan/feb 2012	Liten sannsynlighet og lav konsekvens	●									
			1.2: Rekruttering og stabilisering av spesialister	Spesialiststillinger er besatt	Spesialiststillinger ikke besatt	Mange vakantestillinger, og mange ambulerende spesialister	Høy sannsynlighet og høyt konsekvens	●	1.2.1: Oppfølging av føringer i notat "Langsiktige utviklingstrekk mot 2020" jf. Vedlegg styresak 48/2011								
									1.2.2: Utrede muligheter for at høyskoleutdannede i større grad kan drive utviklingsarbeid								
	3.3 Samhandling	Mål: 1: Klinikken skal bidra til at brukerne sikres riktig behandling til riktig tid på riktig nivå ved at spesialisert kompetanse kommer brukerne til gode gjennom dialog og samarbeidsavtaler mellom klinikken, kommunene, UNN HF og spesialisthelsetjenesten forøvrig. Klinikken skal sammen med våre samarbeidspartnere bidra til helhetlig pasientforløp i dialog med brukerne ved: samarbeidsavtaler med kommuner og UNN, DPS kommunedager, samhandlingstiltak, samarbeid og dialog med brukerorganisasjoner.															
			1.1 Videreutvikle samhandling med kommuner og spesialisthelsetjenesten.	Samhandling skjer	Samhandling skjer ikke	Samhandlingsavtaler er under utarbeiding	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.1.1: Tjenesteavtaler med kommuner, UNN, innenfor avdeling for spesialpsykiatri og Rus, BUPA								
									1.1.2: Benytte praxis konsulent ordning i dialog/samhandling med kommunene								
			1.2 Samarbeid og dialog med brukerorganisasjoner	Samarbeidet/dialog skjer ikke	Samarbeid/dialog skjer ikke		Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.2.A: 2 ganger i året møte med brukerorganisasjoner								

			1.1: Fokus på organisasjon og ledelse skal ha høy prioritet i 2012	Har fokus på organisasjon og ledelse	Har ikke fokus på organisasjon og ledelse	Ledersamlinger på foretaksnivå, klinikksejens månedlige avdelingsmøter, klinikkledermøte, DPS møter, klinikken bidrar i utvikling av nasjonale lederplattform. Ledere etterspør kompetansegivende lederutdanning med påfølgende coaching	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	1.1.1: Implementere verdibasert ledelse på alle nivå i klinikken								
									1.1.2: Ta i bruk navigasjonshjulet								
									1.1.3: Lederutvikling - herunder oppfølging av foretakets lederopplæring/utvikling								
									1.1.4: Videreutvikle struktur og innhold for klinikksejens månedlige møte med avdelingsledere								
									1.1.5: Fokus på lederskap på klinikk og DPS/Finmarks-klinikkens nivå, som jevnlig tema på ledermøter								
	3.6 Samisk kultur og språk	Har i klinikken skal tilby likeverdige tilbud til den samiske befolkningen innenfor psykisk helsevern og rus. Rekruttering og stabilisering av spesialister og ansatte med samisk språk- og kulturkompetanse, tilby nærhet og tilgjengelighet til bruker i forhold til samisk språk og kultur, bidra til utdanning av tolker med helsefaglig kompetanse, opplæring av pasient og dialog med pårørende på samisk, sikre flere maler / dokumenter på samisk til utredning, tester og informasjon og etablere grensesamarbeid med Sverige i forhold til pasientarbeid tilsvarende dagens ordning med Finland.															
			1.1 Rekruttering og stabilisering av spesialister og ansatte med samisk språk og kultur	Har tilstrekkelig ansatte	Har ikke tilstrekkelig ansatte	Har behov for flere samiskspråklige spesialister og behandlere	Høy sannsynlighet og høyt konsekvens	●	Alltid skal være tilgjengelig samiskspråklig terapeut								
									Kontinuerlig med kontakt med direkte potensielle LIS legen og andre fagfolk								
			1.2 Sikre flere maler / dokumenter på samisk utredning, tester og informasjon.	Har maler/dokumenter på samisk	Har ikke maler/dokumenter på samisk	Mangler flere utredningsverktøy/maler/dokumenter . Oversettelsesarbeid utføres av SANKS som tilleggssaktivitet (ansvaret er ikke tillagt SANKS)	Høy sannsynlighet og høyt konsekvens	●	Avklare nasjonalt ansvar for utarbeiding samt økonomisk ansvar								

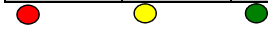
Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/ delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Kvalitet	1. Kvaliteten og servicen fra SDE skal bidra til å sikre at ansatte, pasienter og foretakets eiendom ivaretas på en god måte i henhold til foretakets verdier, lover og forskrifter.														
			1.1 SDE skal implementere og videreutvikle nødvendige systemer og rutiner, som muliggjør bedre styring og organisering av kvalitetsarbeidet													System for ansvarliggjøring innen IKT er implementert. All bygningsmasse og utstyr er gjennomgått og registrert.
				1.1.A: All bygningsmasse og teknisk utstyr skal registreres/ajourføres og katalogiseres for å sikre periodisk vedlikehold (Plania/Renplan/Merida)	Bemanning/mangel på tilgjengelige ressurser/kompetanse	Bemannings situasjonen er OK, men sårbar. Få personer har inngående kunnskap.	Middels sannsynlighet og lav konsekvens	●	Rekruttering/ bemanningsplanlegging på drift							
				1.1.B: Etablere system og rutiner for systemansvar (STISS) og en oversikt over de viktigste IKT-systemene	Endringsprosessen går tregt, og resultatet av reorganisering kan skape nye utfordringer	Arbeid med reorganisering godt i gang, men sårbar i forhold til ny organisering i Finnmarkssykehuset	Middels sannsynlighet og høy konsekvens	●	Aktivt bidra til reorganisering							
			1.2 Gjennom kontinuerlig fokus på kvalitet skal det utvikles en kvalitetskultur i SDE													Statistikk fra DocMap over nye/reviderte prosedyrer og antall avvik ikke lukket innen 90 dager.
				1.2.A: Alle avvik skal meldes i DocMap, og lukkes innen 90 dager	Manglende opplæring i DocMap kan føre til at avvik ikke blir meldt/behandlet	Variierende kunnskap om DocMap	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	De som har behov skal gjennomføre opplæring i DocMap							
				1.2.B: Oppdatere viktige prosedyrer årlig i DocMap	Manglende kapasitet og kompetanse	Variierende kunnskap om DocMap	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Dedikere en ressurs som DocMap-ansvarlig							
									Prioritere bort de mindre viktige prosedyrene							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/ delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Stabile og sterke fagmiljø	1. SDE skal til enhver tid søke å inneha den nødvendige kompetansen for å utføre sine tjenester ved alltid å ha rett kompetanse ansatt.														
			1.1 Etablere faste system og rutiner for hospitering og erfaringsutveksling.												1 møte/ hospitering gjennomført.	
				1.1.A: Gjennomføre årlig, fysisk møte i ledergruppen samt at ansatte også skal hospitere/samarbeide på tvers.	Avdelingslederne prioriterer ikke dette arbeidet	SDE har jevnlig møter, og samarbeider på tvers	Liten sannsynlighet og lav konsekvens	●	Lederne tar ansvar for at møter og hospitering blir gjennomført							
			1.2 Tilrettelegging for kompetanseheving.												Gjennomført kompetansekartlegging og utarbeidet kompetanseheving splan.	
				1.2.A: Gjennomfør enkel kompetansekartlegging utfra oppdrag/situasjon	1.2.A Avdelingsleder prioriterer ikke dette arbeidet	Ikke gjennomført	Stor sannsynlighet og lav konsekvens	●	Rapportering hver 3. måned							
				1.2.B: Etablere opplæringsplan på bakgrunn av eventuelle behov fra kompetansekartlegging	Kompetansekartlegging blir ikke gjennomført, og ressurser blir ikke satt av til dette.	Ikke gjennomført	Stor sannsynlighet og lav konsekvens	●								



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Samhandling	SDE skal gjennom høy grad av service oppleves som en samarbeidspartner og skal samhandle med hele foretakets virksomhet.														
			1.1 Etablere egne faste system og rutiner for aktiv samhandling.												Statistikk fra Plania	
				1.1.A: Bruke innførte systemer for oppfølging av oppdrag i hele foretaket	Rutiner for tilbakemeldinger er ikke tilfredsstillende	For stor mengde uløste arbeidsoppdrag gjør tilbakemelding vanskelig	Stor sannsynlighet og middels konsekvens	●	Utarbeide tilfredsstillende rutiner for tilbakemelding til brukerne							
			1.2 Utvikle en servicekultur i SDE.												Gjennomføre "kundemøter"	
				1.2.A: Gjennomføre årlige kundemøter.	Driftssjef prioriterer ikke dette arbeidet	Ikke gjennomført	Middels sannsynlighet og lav konsekvens	●								
				1.2.B: Påse at SDE blir invitert inn i plan og beslutningsprosesser for å muliggjøre tidlig samhandling	Klinikkene gjennomfører tiltak uten å involvere SDE	Arbeides med å få fokus på dette området	Liten sannsynlighet og middels konsekvens	●	Driftssjef har fokus på dette i ledermøter.							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Desentralisering	SDE skal gjennom sin virksomhet bidra til at de andre klinikkene har optimale rammebetingelser for sin desentraliserte virksomhet knyttet til utstyr, lokaler og andre ting som er klinikk drift sitt ansvarsområde.														
			1.1 Etablere en helhetlig organisering av eiendomsdrift						Gjennomføre grundig planprosess i forbindelse med omorganisering.						Omorganisering er gjennomført	
				1.1.A: Rolleavklaring og gjennomgang av organisering av klinikkens oppgaver og ansvar i forhold til Klinikk for psykisk helsevern og rus	Omorganisering blir ikke gjennomført	Prosessten er iverksatt, men usikkerhet rundt antatt ferdigstillelse	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●								
			1.2 Forbedre datalinjer etc til Klinikk for psykisk helsevern og Klinikk for prehospitaltjenester.												Innloggingstid på maskiner i psykiatrien bør ligge i nærheten av tiden det tar på sykehusene. Prehospitaltjeneste bør kunne bruke programvare de er pålagt å bruke (Clockwork, DocMap etc.)	
				1.2.A: Sørg for at HNIKT optimaliserer nettverkskonfigurasjonen i regionen	Andre leverandørers (NHN, Telenor) føringsveier vanskeliggjør optimalisert konfigurering	Plattformprosjekt igangsatt og planlagt ferdig våren 2012	Middels sannsynlighet og middels konsekvens	●	Fokusområde for IKT							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Organisasjon og ledelse															
		SDE skal gjennom godt lederskap og styring være tilgjengelig og yte god intern service.														
			1.1 Vi skal ha fokus på administrasjon og ledelse.													Klinikken har hatt deltakere på lederopplæring? Jevnlige ledermøter avholdt
				1.1.A: Sørge for at klinikken alltid har deltakere på lederopplæringsprogram i regi av foretaket	Ingen	SDE har fokus på dette			Ingen							
				1.1.B: Det skal gjennomføres faste ledermøter hver måned, eller ved behov.	Ingen	Gjennomføres			Ingen							
			1.2 Klinikken skal ha høyt fokus på Helse, Miljø og sikkerhet													KVAM-råd/grupper er opprettet og brukt.
				1.2.A: Risikostyring benyttes som prinsipp ved gjennomføring av våre tjenester	Manglende kompetanse og tid til risikostyring	Risikostyring brukes ikke som arbeidsverktøy i daglig drift, men det er fokus på dette	Høy sannsynlighet og lav konsekvens	●	Legge til rette for opplæring i risikostyring							
				1.2.B: KVAM-råd og KVAM-grupper skal etableres/vitaliseres og alle ledere skal ha gjennomført HMS-kurs	Arbeidet blir ikke prioritert	KVAM-grupper benyttes i varierende grad, KVAM-råd hver 3. mnd. HMS-kurs vil prioriteres når det arrangeres	Middels sannsynlighet og lav konsekvens	●	Fokus fra DES							



Klinikk	Strategi	Hovedmål	Styringsvariabel/delmål	Kritisk suksessfaktor/ KSF	Risikofaktor	Nåsituasjon risikofaktor	Status risiko	Symbol	Avbøtende tiltak	Startdato avbøtende tiltak	Sluttdato avbøtende tiltak	Status avbøtende tiltak	Symbol	Status måloppnåelse delmål/KSF	KPI/ styringsparametere	Kommentarer (legg inn hvem som er risikoeier)
Senter for Drift og eiendom	6.1 Økt forståelse for samisk språk og kultur															
		SDE skal gjennom opplæring i samisk kulturforståelse få styrket kompetansen og forståelsen for samisk kultur.														
			1.1 Aktuelle ansatte i SDE skal ha kjennskap til samisk språk og kultur.												Aktuelle ansatte har deltatt på kurs	
				1.1.A: Aktuelle ansatte skal ha opplæring om samisk kulturforståelse i regi av foretaket	At det ikke arrangeres kurs.	Det gjennomføres ikke kurs	Høy sannsynlighet og lav konsekvens	●								

