

Risikovurdering per 1.tertial 2024

Else Kristin Reitan, kvalitetssjef
Torhild Einstabland, økonomidirektør
30.04.2024

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Innledning

- Metode: SSHF foretar risikovurdering av foretakets 14 policyområder, hvor alle policiene inkluderer OBD'en.
- Verktøy: SSHF benytter Kvalitetsportalen

Målsetting

Gjennomføre overordnet risikovurdering for SSHF pr. 1. tertial 2024, i tråd med føringer fra HSØ, for å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav.

Det utarbeides risikovurdering for hvert tertial. Denne viser helseforetaket risiko slik ledelsen i SSHF vurderer den ved inngangen til neste tertial. Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periodes internkontrollarbeid. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

All drift er forbundet med risiko. Det er imidlertid ikke all risiko som krever at det iverksettes spesielle tiltak. Etablerte rapporteringssystemer og løpende monitorering av utvikling vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å hindre uønsket utvikling eller oppdage denne på et tidlig tidspunkt.

For alle områder som er forbundet med «moderat» eller «høy» risiko synliggjøres tiltak som gjennomføres for å redusere risiko.

Beskrivelse

Det er tatt utgangspunkt i de 14 policyområdene i virksomhetsstyringen, der risikoområder fra OBD er lagt inn i sine relevante policyområder:

NIVÅ A) Ledelsessystem

1. LEDELSE OG VIRKSOMHETSSTYRING
2. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET
3. HR
4. HMS
5. BEREDSKAP
6. ØKONOMI
7. FORSKNING
8. UTDANNING
9. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN
10. TEKNOLOGI
11. RISIKOSTYRING
12. KOMMUNIKASJON
13. SAMHANDLING
14. BYGG

Virksomhetsstyring SSHF: 14 policies med tilhørende [risikovurdering](#)

1 Policyområde Ledelse og virksomhetsstyring - oppfølging

2 Policyområde Kvalitet og pasientsikkerhet

- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk
- 2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen
- 2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon
- 2.4 Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasient
- 2.5 Risiko for å ikke nå målet om at forbruket av bredspektrede antibiotika skal være lavere enn i 2019

3 Policyområde HR

- 3.1 Risiko for å ikke nå målet med – ressursstyring/bemanning
- 3.2 Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere
- 3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover.

4 Policyområde HMS

- 4.1 Risiko for å ikke forbedre – psykososialt arbeidsmiljø
- 4.2 Risiko for å ikke nå målet om – inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging.

5 Policyområde Beredskap

- 5.1 Risiko for nedetid innenfor teknologi og telefoni
- 5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner
- 5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)

6 Policyområde Økonomi - resultatoppnåelse

7 Policyområde Forskning

- 7.1 Risiko for at foretaket ikke får – måloppnåelse kliniske studier.
- 7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere – forskningskultur.

8 Policyområde Utdanning

- 8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.
- 8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor).

9 Policyområde Infosikkerhet og personvern

- 9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik
- 9.2 Manglende forankring/ressurser i internkontroll av personvern
- 9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer

10 Policyområde Teknologi

- 10.1 Medisinsk teknologisk utstyr - unngå havari
- 10.2 Arkiv og dokumentasjon - lukking av avvik etter tilsyn
- 10.3 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer
- 10.4 Behandlingshjelpemidler - økonomisk risiko

11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut

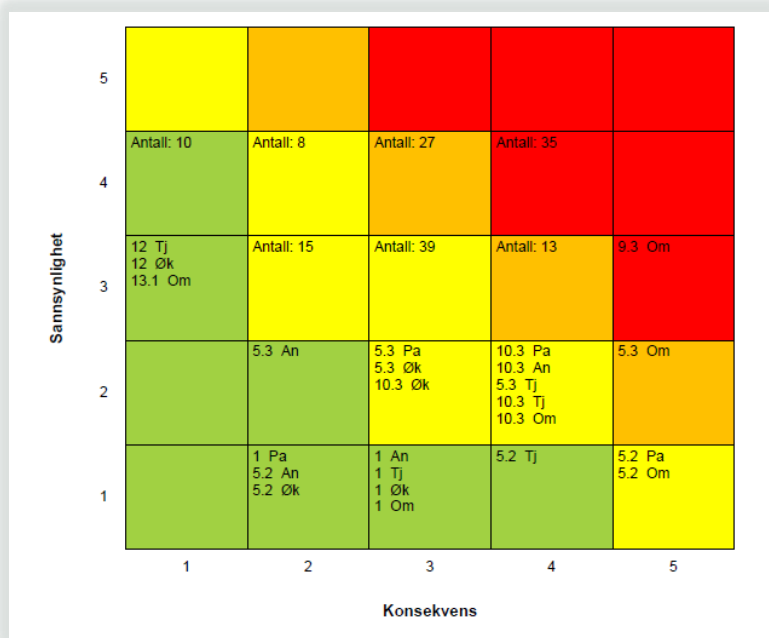
12 Policyområde Kommunikasjon - internkommunikasjon i en beredskapssituasjon

13 Policyområde Samhandling

- 13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.
- 13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen
- 13.3 Risiko for at samhandling mellom kommunene og SSHF utvikles. Omstilling og innovasjonskapasitet i Helsefelleskapet.

14 Policyområde Eiendom - vedlikeholdsetterslep og behov for funksjonell tilpasning

Risikovurdering før tiltak

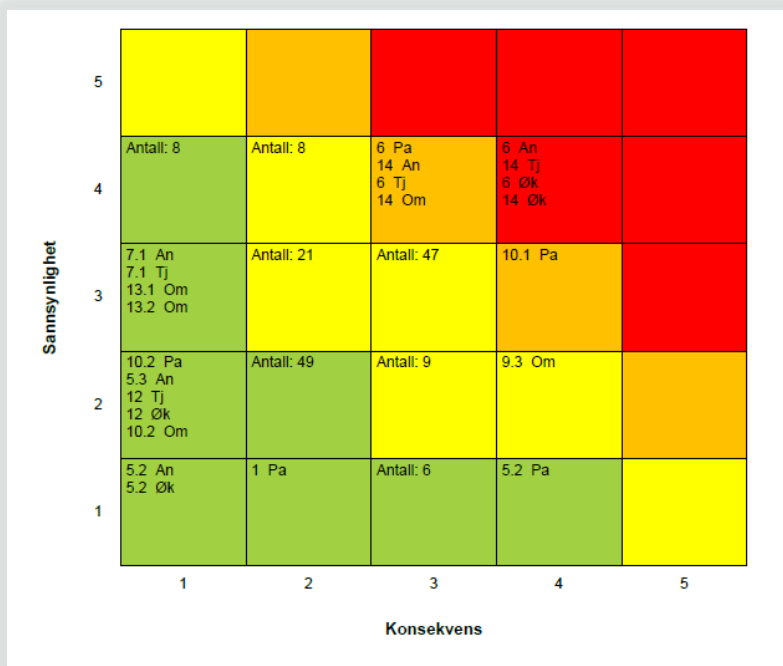


Forklaring konsekvens

Pa - Pasient
 An - Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
 Tj - Tjenesteproduksjon, drift
 Øk - Økonomi, kostnader
 Om - Tillit og omdømme
 Ym - Ytre miljø
 Pv - Personvern og info.sikkerhet
 Pr - Prosjekt

Risikomomenter / hendelser	Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
1 Policyområde Ledelse og virksomhetsstyring - oppfølging	1	2	3	3	3	3			
2 Policyområde Kvalitet og pasientsikkerhet									
2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk	4	4	3	2	4	4			
2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen	3	3	3	3	3	3			
2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon	3	4	3	2	2	3			
2.4 Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasient	4	4	3	3	3	4			
2.5 Risiko for å ikke nå målet om at forbruket av bredspektrede antibiotika skal være lavere enn i 2019	4	3	3	3	3	3	3		
3 Policyområde HR									
3.1 Risiko for å ikke nå målet med – ressursstyring/bemanning	3	2	4	4	4	3			
3.2 Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere	4	3	4	4	4	3			
3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover.	3	3	3	3	3	3			
4 Policyområde HMS									
4.1 Risiko for å ikke forbedre – psykososialt arbeidsmiljø	4	4	4	4	4	4			
4.2 Risiko for å ikke nå målet om – inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging.	4	4	4	4	4	4			
5 Policyområde Beredskap									
5.1 Risiko for nedetid innenfor teknologi og telefoni	4	3	1	3	2	4			
5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	1	5	2	4	2	5			
5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)	2	3	2	4	3	5			
6 Policyområde Økonomi - resultatopptjening	4	3	4	3	4	2	1	1	1
7 Policyområde Forskning									
7.1 Risiko for at foretaket ikke får – måloppnåelse kliniske studier.	4	4	1	1	4	4			
7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere – forskningskultur.	3	4	3	2	3	4			
8 Policyområde Utanning									
8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-læringer.	3	3	3	3	3	3			
8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor).	4	4	4	4	4	4			
9 Policyområde Infosikkerhet og personvern									
9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	3	2	2	2	2	3		3	3
9.2 Manglende forankring/ressurser i internkontroll av personvern	3	2	2	3	2	3		3	3
9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer	3	3	3	4	4	5		4	
10 Policyområde Teknologi									
10.1 Medisinsk teknologisk utstyr - unngå havari	3	4	4	3	3	3			
10.2 Arkiv og dokumentasjon - lukking av avvik etter tilsyn	4	2	3	4	3	4			
10.3 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	2	4	4	4	3	4			
10.4 Behandlingshjelpemidler - økonomisk risiko	4	2	1	1	4	1			
11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut	3	3	3	3	3	3		4	
12 Policyområde Kommunikasjon - interkommunikasjon i en beredskapssituasjon	3	2	2	1	1	4			
13 Policyområde Samhandling									
13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.	3	2	2	3	3	1			
13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen	4	4	3	3	2	1			
13.3 Risiko for at samhandling mellom kommunene og SSHF utvikles. Omstilling og innovasjonskapasitet i Helsefelleskapet.	4	3	3	3	3	3			
14 Policyområde Eiendom - vedlikeholdsetterslep og behov for funksjonell tilpasning	4	2	3	4	4	3	2		

Risikovurdering etter tiltak



Forklaring konsekvens

- Pa - Pasient
- An - Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tj - Tjenesteproduksjon, drift
- Øk - Økonomi, kostnader
- Om - Tillit og omdømme
- Ym - Ytre miljø
- Pv - Personvern og info.sikkerhet
- Pr - Prosjekt

Risikomomenter / hendelser

- 1 Policyområde Ledelse og virksomhetsstyring - oppfølging
- 2 Policyområde Kvalitet og pasientsikkerhet
 - 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk
 - 2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen
 - 2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon
 - 2.4 Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasient
 - 2.5 Risiko for å ikke nå målet om at forbruket av bredspektrede antibiotika skal være lavere enn i 2019
- 3 Policyområde HR
 - 3.1 Risiko for å ikke nå målet med – ressursstyring/bemanning
 - 3.2 Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere
 - 3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover.
- 4 Policyområde HMS
 - 4.1 Risiko for å ikke forbedre – psykososialt arbeidsmiljø
 - 4.2 Risiko for å ikke nå målet om – inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging.
- 5 Policyområde Beredskap
 - 5.1 Risiko for nedetid innenfor teknologi og telefoni
 - 5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større kritesituasjoner
 - 5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)
- 6 Policyområde Økonomi - resultatoppnåelse
- 7 Policyområde Forskning
 - 7.1 Risiko for at foretaket ikke får – måloppnåelse kliniske studier.
 - 7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere – forskningskultur.
- 8 Policyområde Utdanning
 - 8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-læringer.
 - 8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor).
- 9 Policyområde Infosikkerhet og personvern
 - 9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik
 - 9.2 Manglende forankring/ressurser i internkontroll av personvern
 - 9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer
- 10 Policyområde Teknologi
 - 10.1 Medisinsk teknologisk utstyr - unngå havari
 - 10.2 Arkiv og dokumentasjon - lukking av avvik etter tilsyn
 - 10.3 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer
 - 10.4 Behandlingshjelpemidler - økonomisk risiko
- 11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut
- 12 Policyområde Kommunikasjon - interkommunikasjon i en beredskapssituasjon
- 13 Policyområde Samhandling
 - 13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.
 - 13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen
 - 13.3 Risiko for at samhandling mellom kommunene og SSHF utvikles. Omstilling og innovasjonskapasitet i Helsefellesskapet.
- 14 Policyområde Eiendom - vedlikeholdsetterlep og behov for funksjonell tilpasning

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
1	2	3	3	3	3			
3	3	3	2	3	2			
2	2	2	2	2	2			
2	3	2	2	2	2			
3	3	2	2	2	3			
3	2	2	2	3	2	2		
3	2	3	3	3	2			
3	3	3	3	3	3			
3	3	3	3	3	3			
3	3	3	3	3	3			
3	3	3	3	3	3			
3	3	3	3	3	3			
4	2	1	2	1	2			
1	4	1	3	1	3			
2	2	1	3	2	3			
4	3	4	3	4	2	1	1	1
3	3	1	1	3	3			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	3		3	3
3	2	2	3	2	3		3	3
2	2	2	3	3	4		3	
3	4	3	3	3	3			
2	1	2	2	2	1			
2	2	2	2	2	2			
4	2	1	1	2	1			
2	2	2	2	2	2			2
2	2	2	1	1	2			
3	2	2	3	3	1			
3	2	2	2	2	1			
2	2	2	2	2	2			
4	2	3	4	4	3	2		

Policy 1 Ledelse og virksomhetsstyring

LGG gjennomgang 05.03.2024. Ingen definerte risiko.

Policy 2 Kvalitet og pasientsikkerhet

1. Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk. Tiltak:
 - «Ta tiden tilbake»
 - Behovsstyrt poliklinikk
 - Oppgaveglidning
2. Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – vekstregelen. Tiltak:
 - Optimalisering i ABUP, logistikkarbeid i KPH
3. Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon. Tiltak:
 - Videreføre arbeidet i Fagrådene, inkl rapportering til FL
4. Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasientsikkerhet. Tiltak:
 - Rutinemessig etterspørre oppfølging av delplanen i alle ledelsesnivåer
 - Implementere delplanen
5. Risiko for å ikke nå målet om at forbruket av bredspektrede antibiotika skal være lavere enn i 2019. Tiltak:
 - Antibiotika styringsprogrammet – gjennomføring

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	3	2	3	2			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	>	>	>	>	>			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	3	>	>	>	>			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	2	2	2	3			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	2	2	2	3	2	2		

Policy 3 HR

1. Risiko for å ikke nå målet med – ressursstyring/bemanning. Tiltak:

- Aktivitetsbasert ressursplanlegging for sengepostene /ARP)
- Tiltak for å redusere innleie av byrå i KPH,MSK og SSF

Sann	Pa	An	Ti	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	2	3	3	3	2			

2. Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere. Tiltak:

- Implementer delplan rekruttere, beholde, utvikle medarbeidere
- Oppgavedeling og kompetansehevende tiltak
- Arbeidsgruppe for å beholde sykepleiere lengre enn 5 år
- Samarbeid med Dnlf om å beholde overleger og LIS leger
- Bruke sluttundersøkelser og nyansatt tilbakemeldinger i forbedringsarbeid
- Endret markedsføringsstrategi
- Øke antall lærlinger

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	3	3	3	3			

3. Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover. Tiltak: bruke ressursene mest mulig effektivt. Vurdere organisering og antall vaktordninger i foretaket

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	3	3	3	3	3			

Policy 4 HMS

1. Risiko for å ikke forbedre – psykososialt arbeidsmiljø. Tiltak:

- Opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler mot helsepersonell herunder teori og simulering
- Gjennomføre risikovurderinger av vold og trusler
- Gjennomgå og følge opp antall HMS hendelser

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	3	3	3	3			

2. Risiko for å ikke nå målet om – inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging. Tiltak:

- Gjentatte fravær - kartlegge hvor stor andel gjentatte fravær og iverksette tiltak
- Indikatorer for å kartlegge/igangsette tiltak for å øke nærvær/reducere fravær
- Utvikle trepartssamarbeidet
- Kvinnehelse –kvinner har mer fravær enn menn . Øke innsatsen
- IA –bransjeprogram. Bruk av verktøykassen
- Samarbeid med NAV

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	3	3	3	3			

Policy 5 Beredskap

1. Risiko for nedetid innenfor teknologi og telefoni. Tiltak:
 - Beredskapsplan for EKOM-hendelser
2. Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner. Tiltak:
 - Implementere erfaringer og tiltak fra NokBlod (Haukeland) og Helse Nord
3. Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet). Tiltak:
 - Risikoanalysere og iverksette tiltak for forsyningssikkerhet ved SSHF

Sann
4

Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	1	2	2	2			

Sann
1

Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	1	1	1	1			

Sann
2

Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	1	3	2	3			

Policy 6 Økonomi

LGG gjennomgang 05.03.2024.

Sann
4

Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	4	3	4	2	1	1	1

1. Risiko for at foretaket ikke leverer vedtatt overskudd (80 mkr)
– forbedre driften i klinikkene. Tiltak:
 - Sikre at ledere har beslutningsverktøy og –grunnlag for å ta beslutninger for god drift.
 - Gjennomføring av påbegynte prosjekter, som f.eks. Ta Tiden Tilbake, Oppgaveglidning, ARP, klinikkvise handlingsplaner for å forbedre driften.

Policy 7 Forskning

1. Risiko for at foretaket ikke får – måloppnåelse kliniske studier.

Tiltak:

- Ansette forskningssykepleiere og studieleger

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	3	1	1	3	3			

2. Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere – forskningskultur.

Tiltak:

- Etterspørre forskningskompetanse ved lederrekruttering mm.

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	>	>	>	>	>			

Policy 8 Utdanning

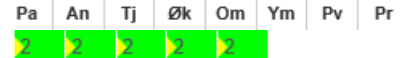
1. Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeiderlæringer. Tiltak:

- Innføring av selvstendig lærebedrift for lærlinger
- Økning av antall lærlinger

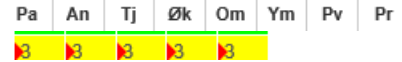
2. Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor). Tiltak:

- Utnytte handlingsrommet nye retningslinjer (rethos) gir – bruke hele året, hele døgnet til praksisstudier
- Oppgavedeling

Sann
3



Sann
4



Policy 9 Informasjonssikkerhet og personvern

1. Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik. Tiltak:
 - Understøtte Samhandlings- og dokumentasjonsprosjektet
 - Gjennomgå evt etablere forvaltningsrutiner for RDAP prosjektet
2. Manglende forankring/ressurser i internkontroll personvern. Tiltak:
 - Avvente HSØ sin utredning og anbefaling, drøfte med forskning
3. Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer. Tiltak:
 - Gjennomføre verdivurdering, jfr OBD 2023

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	>	>	>	>	3		3	3

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	2	2	3	2	3		3	3

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	>	>	3	3	4		3	

Policy 10 Teknologi

1. Medisinsk teknologisk utstyr – unngå havari. Tiltak:
 - Det må skapes handlingsrom for å investere i nødvendig utstyr
2. Arkiv og dokumentasjon – lukking av avvik etter tilsyn. Tiltak:
 - Handlingsplan for lukking av tilsynet for arkiv og dokumentasjon er under gjennomføring
3. Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer. Tiltak:
 - Kontinuerlig tiltak Sykehuspartner – løfter seg mht plunder og heft
 - Regionale IKT-prosjekter (DIPS Arena, RIS/PACS), samt generelle infrastrukturprosjekter
4. Behandlingshjelpemidler – økonomiske risiko. Tiltak:
 - Forhandlinger om pris og produkt for behandlingshjelpemidler løftes til HSØ

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	4	3	3	3	3			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	▶	▶	▶	▶	▶			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	▶	▶	▶	▶	▶			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	2	1	1	2	1			

Policy 11 Risikostyring

LGG gjennomgang 05.03.2024.

1. Risiko for at risikostyring ikke når helt ut i linjen (implementering). Tiltak:
 - Risikostyring – jobbe for økt forståelse og modenhet i hele organisasjonen

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶

Policy 12 Kommunikasjon

1. Risiko for å ikke nå ut med internkommunikasjon i beredskapssituasjon. Tiltak:

- Styrke enhetens evne til å håndtere slike situasjoner ved å frigjøre nok ressurser, ha rett kompetanse og verktøy og sikre god kunnskap om foretakets planer for håndtering av alle sider av en beredskapssituasjon

Sann

3

Pa An Tj Øk Om Ym Pv Pr

Policy 13 Samhandling

1. Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen. Tiltak:
 - Samhandling – styrke dialog, avtalefesting, ansvarliggjøring
2. Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen. Tiltak:
 - Samhandling – styrke dialog, avtalefesting, ansvarliggjøring
3. Risiko for at samhandling mellom kommunene og SSHF utvikles. Omstilling og innovasjonskapasitet i Helsefellesskapet. Tiltak:
 - Jobbe for å prioritere ressurser til omstilling og samhandlingstiltak (et større felles budsjett i Helsefellesskapet)

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	2	2	3	3	1			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	2	2	2	2	1			

Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4	>	>	>	>	>			

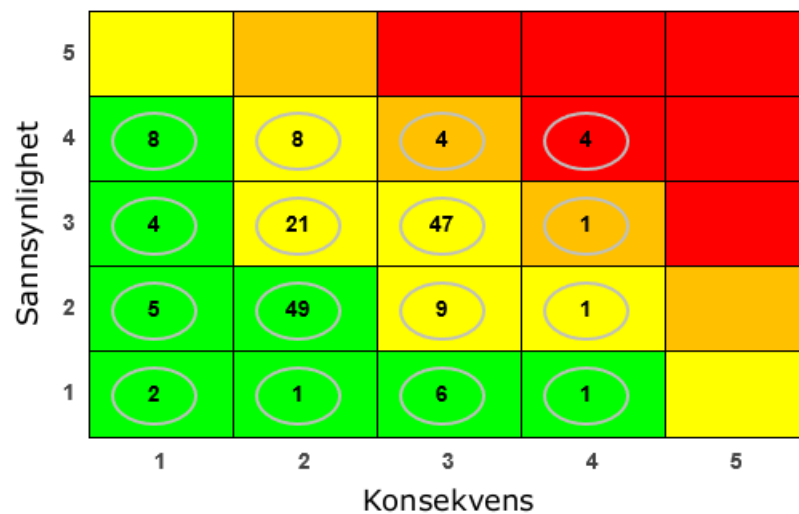
Policy 14 Eiendom

1. Risiko for manglende finansiering av vedlikeholdsetterslep og behov for funksjonell tilpasning. Tiltak:
 - Ferdigstille arealbruksplan og prosjektprogram – søke om finansiering til verdibevarende tiltak for en trinnvis utvikling av SSHF

Sann
4

Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	3	4	4	3	2		

Oppsummert risikobilde – etter tiltak



Foretaket har gjennomført en risikovurdering per 1.tertial basert på en gjennomgang av de 14 policy områdene definert i virksomhetsstyringen.

Det er avdekket risiko innenfor flere områder. For disse områdene er det etablert tiltak for å redusere risiko – se vedlagt liste.

Det er to områder som foretaket må jobbe ytterligere med for å redusere risiko fra rødt nivå: resultat oppnåelse og verdibevarende vedlikehold (finansiering).

Administrerende direktør vurderer at risiko etter gjennomførte tiltak er innenfor akseptert risiko.

Vedlegg



Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Ferdigstille manglende planhierarki	Torhild Einstabland	31.12.2024	Aktiv	1 Policyområde Ledelse og virksomhetsstyring - oppfølging	Ev. manglende oppfølging av instruksjoner, planer, strategier
"Ta tiden tilbake"	Susanne Miriam Sørensen Hemes	31.12.2024	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk	Lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi, barne- og ungdomsmedisin, øye, karkirurgi mfl).
Behovstyrt poliklinikk	Elise Aksnes Omland	31.12.2025	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk	Lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi, barne- og ungdomsmedisin, øye, karkirurgi mfl).
Oppgaveglidning	Nina Føreland	31.12.2024	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider – somatikk	Lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi, barne- og ungdomsmedisin, øye, karkirurgi mfl).
Rutinemessig etterspørre oppfølging av delplan kvalitet og pasientsikkerhet i alle ledelsesnivå	Susanne Miriam Sørensen Hemes	31.12.2024	Aktiv	2.4 Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasient	Så sterkt press på drift at det ikke er rom for å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Sviktende rekruttering med mange vakante stillinger som forsterker dette.
Implementere delplan kvalitet og pasientsikkerhet	Else Kristin Reitan	30.06.2025	Aktiv	2.4 Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og manglende gjennomføring av delplan for kvalitet og pasient	Så sterkt press på drift at det ikke er rom for å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Sviktende rekruttering med mange vakante stillinger som forsterker dette.
Videreføre arbeid i fagrådene, inkl. rapportering til FL, styrke de fagrådene som ikke virker	Susanne Miriam Sørensen Hemes	31.12.2024	Aktiv	2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon	Organisering i tre ulike somatiske klinikker øker risikoen for uønsket variasjon i utredning og behandling innenfor det samme fagområdet
Implementere delplan rekruttere, beholde, utvikle medarbeidere	Nina Føreland	31.12.2024	Aktiv	3.2 Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere	Sviktende rekruttering med mange vakante behandlerstillinger. Risiko for lavere aktivitet og dårligere kvalitet. Gjelder legespesialister, psykologspesialister, spesialsykepleiere og sykepleiere. Redusere innleie fra vikarbyrå.
Forbedre driften i klinikkene	Torhild Einstabland	31.12.2024	Aktiv	6 Policyområde Økonomi - resultatoppnåelse	SSHF når ikke budsjettet for 2024, dvs mindre investeringsmidler enn planlagt i 2025.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Ferdigstille arealbruksplan og prosjektprogram - be om finansiering til verdibevarende tiltak for trinnvis utvikling av SSHF	Per Willads Torgersen	31.12.2026	Aktiv	14 Policyområde Eiendom - vedlikeholdsetterslep og behov for funksjonell tilpasning	<p>Akk. etterslep på 4,3 milliarder i 2024 (TG2/TG3). Dårlig teknisk tilstand fører i økende grad til driftsforstyrrelser i klinikkene.</p> <p>Manglende funksjonell egnethet reduserer muligheten for rasjonell og effektiv drift (størrelsesorden 2-3 milliarder som kommer i tillegg til ovenstående.</p> <p>Både teknisk tilstand og manglende funksjonalitet kan føre til dårlig pasientsikkerhet. Risikoen øker, pga at mer og mer kommer over i kategorien "haster mye".</p>
Ansette forskningssykepleiere og studieleger	Øyvind Holme	31.12.2024	Aktiv	7.1 Risiko for at foretaket ikke får – måloppnåelse kliniske studier.	Pasientene får ikke tilgang til nyeste behandling, fordi vi takker nei til å delta i studier pga kapasitetsutfordringer i driften.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Samhandling - styrke dialog, avtalefesting, ansvarliggjøring	Mirjam Lien Smedsrød	31.12.2024	Aktiv	13 Policyområde Samhandling	Samhandling med 25 ulike kommuner kan være krevende for å sikre god pasientflyt og riktig fordeling av ansvar og oppgaver og roller.
				13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatisk ikke tas imot av kommunen.	I perioder, i noen kommuner, blir ikke pasientene tatt i mot når de er utskrivningsklare. Det er stor variasjon, men uheldig for pasientene med unødvendig forlenget opphold i akuttavdelinger. Store konsekvenser for sykehuset, med ekstra innleie av personell, opptar behandlingsplasser.
				13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen	Det er utfordrende når kommuner ikke tar over behandlingsansvar i tråd med retningslinjer. Det har store konsekvenser for pasienter som blir institusjonalisert, samtidig som behandlingsplasser og ressurser i spesialisthelsetjenesten, inklusive akuttplaner. Dette er ofte pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger, med kombinasjoner av alvorlig psykisk sykdom kombinert med rus, og flere med tvungent psykisk helsevern.
ARP-prosjektet	Nina Føreland	31.12.2024	Aktiv	3.1 Risiko for å ikke nå målet med – ressursstyring/bemanning	Det er fare for at vi ikke klarer å planlegge med tilstrekkelig bemanning tilpasset aktiviteten, og derfor ikke klarer å ta ut gevinsten ved innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging for pleietjenesten (ARP). Ledere synes det er vanskelig å endre praksis, og vi har vakante stillinger. Vi har mye innleie fra vikarbyrå, for å opprettholde beredskap.
Omdisponere ansatte	Signy Svendsen	31.01.2024	Aktiv	3.2 Risiko for å ikke lykkes med å – beholde og rekruttere	Sviktende rekruttering med mange vakante behandlerstillinger. Risiko for lavere aktivitet og dårligere kvalitet. Gjelder legespesialister, psykologspesialister, spesialsykepleiere og sykepleiere. Redusere innleie fra vikarbyrå.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Styrke enhetens evne til å håndtere slike situasjoner	Signy Svendsen	31.07.2025	Aktiv	12 Policyområde Kommunikasjon - internkommunikasjon i en beredskapssituasjon	Å ikke kunne komme ut med informasjon internt og eksternt i krisesituasjoner, pga mangel på virkemiddel (for eksempel har vi ikke info-skjermer spredt ut i virksomheten).
Beredskapsplan for EKOM-hendelser	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2024	Aktiv	5.1 Risiko for nedetid innenfor teknologi og telefoni	Krevende infrastruktur og økende avhengighet gjør oss sårbare. Foretaket trenger redundante løsninger og reserveplaner for å håndtere utfall.
Implementere erfaringer og tiltak fra NokBlod (Haukeland), og Helse Nord	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2024	Aktiv	5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	SSHF har beredskap for å håndtere den daglige ulykken, men har ikke tilstrekkelig beredskap med hensyn til Krig og større katastrofer.
Risikoanalysere og iverksette tiltak for forsyningssikkerhet ved SSHF	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2024	Aktiv	5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)	SSHF har plan for legemiddelforsyning, men må revidere planverk for sentral- og steriltforsyning. Foretaket må være forberedt på å være selvforsynte i en periode dersom veinett blokkeres.
Implementere ny funksjonalitet for forenklet ROS	Vemund Gitlestad	19.06.2024	Avsluttet	11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut	Det kan være krevende å oppnå full forståelse av behovet for god risikostyring på alle ledernivå. Kan bli sett på som ressurskrevende prosesser der leder ikke i tilstrekkelig grad ser den store nytten.
Ferdigstille retningslinjer om risikostyring	Else Kristin Reitan	12.06.2024	Avsluttet	11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut	Det kan være krevende å oppnå full forståelse av behovet for god risikostyring på alle ledernivå. Kan bli sett på som ressurskrevende prosesser der leder ikke i tilstrekkelig grad ser den store nytten.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Innføring av selvstendig lærebedrift for lærlingene	Bente Jahnsen	31.12.2024	Aktiv	8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.	Vi har hatt en liten økning hvert år. Behovet er nok større, og målet er 32 lærlingeplasser. Status pt. er 18. De skal veiledes av helsefagarbeidere. Alle relevante avdelinger har meldt inn økning, men det går for sent ifht behovet, jfr. behov for oppgaveglidning osv. Enhetsledere ser ut til å måtte erfare reelt behov pga mangel på sykepleiere før de ansetter helsefagarbeidere? Vi øker fra 18 til 25 fra og med høsten 2024.
Utnytte handlingsrommet nye retningslinjer gir - bruke hele året hele døgnet	Bente Jahnsen	31.12.2025	Aktiv	8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor).	Primært sykepleiere. Vi har økt med 40 praksisplasser etter godt samarbeid med UIA knyttet til distriktsutdanningen. Fortsatt behov for ytterligere økning. For å sikre god kvalitet i praksis, er det vanskelig å øke ytterligere. Det må tenkes nytt for å få til dette. Nye retningslinjer gir rom for dette: ta hele døgnet i bruk og ta hele året i bruk. Kontinuerlig press, men krevende.
Oppgavedeling	Bente Jahnsen	31.12.2025	Aktiv	8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser (Bachelor).	Primært sykepleiere. Vi har økt med 40 praksisplasser etter godt samarbeid med UIA knyttet til distriktsutdanningen. Fortsatt behov for ytterligere økning. For å sikre god kvalitet i praksis, er det vanskelig å øke ytterligere. Det må tenkes nytt for å få til dette. Nye retningslinjer gir rom for dette: ta hele døgnet i bruk og ta hele året i bruk. Kontinuerlig press, men krevende.
Arbeidsgrupper beholde og rekruttere leger og sykepleiere	Nina Føreland	31.12.2024	Aktiv		

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Vold og trusler - videreføre arbeidet	Frank Hansen	31.12.2024	Aktiv	4.1 Risiko for å ikke forbedre – psykososialt arbeidsmiljø	Mellommenneskelig og organisatoriske forhold som settes under press pga vakanser, rekrutteringsutfordringer, omorganiseringer med mer og innleie. Vold og trusler blir også mer utfordrende pga tyngre og endret pasientgruppe og lovendringer med mindre bruk av tvang som konsekvens.
Sikre riktige rammer for de ansatte - gode og trygge arbeidsforhold - pågående arbeid	Nina Føreland	31.12.2024	Aktiv	4.2 Risiko for å ikke nå målet om – inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging.	Henger også sammen med punkt 4.1. Vond sirkel med syke og slitne medarbeidere.
Handlingsplan for lukking av tilsynet for arkiv og dokumentasjon er under gjennomføring	Cecilie Danine Aarre	31.12.2024	Aktiv	10.2 Arkiv og dokumentasjon - lukking av avvik etter tilsyn	Ikke godt nok arkiv- og dokumentasjonssystem - gjennomført tilsyn 2023 fra arkivverket medførte 9 pålegg, som vurderes som alvorlige.
Det må skapes handlingsrom for å investere i nødvendig utstyr	Edzo M E Klawer	31.12.2024	Aktiv	10.1 Medisinsk teknologisk utstyr - unngå havari	SSHF har en eldre utstyrspark som medfører risiko for havari
Forhandlinger om pris og produkt for behandlingshjelpemidler - løftes til HSØ	Mikkel Peter Høiberg	31.12.2024	Aktiv	10.4 Behandlingshjelpemidler - økonomisk risiko	Usikkerhet rundt økonomiske konsekvenser, økende etterspørsel og behov
Kontinuerlige tiltak SP - løfter seg mht plunder og heft	Kjetil Nyhus	31.12.2024	Aktiv	10.3 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	Det er helt avgjørende for drift av SSHF at DIPS, RIS/PACS osv har høy grad av oppetid
Regionale IKT-prosjekter (Dips Arena, RIS/PACS), samt generelle infrastrukturprosjekter	Kjetil Nyhus	31.12.2024	Aktiv	10.3 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	Det er helt avgjørende for drift av SSHF at DIPS, RIS/PACS osv har høy grad av oppetid
Antibiotikastyringsprogrammet - gjennomføring	Susanne Miriam Sørensen Hemes	31.12.2024	Aktiv	2.5 Risiko for å ikke nå målet om at forbruket av bredspektrede antibiotika skal være lavere enn i 2019	Økende trend pr. idag
Risikostyring - jobbe for økt forståelse og modenhet i hele org.	Else Kristin Reitan	31.12.2025	Aktiv	11 Policyområde Risikostyring - implementering helt ut	Det kan være krevende å oppnå full forståelse av behovet for god risikostyring på alle ledernivå. Kan bli sett på som ressurskrevende prosesser der leder ikke i tilstrekkelig grad ser den store nytten.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Jobbe for et større felles budsjett i Helsefelleskapet	Mirjam Lien Smedsrød	31.12.2024	Aktiv	13.3 Risiko for at samhandling mellom kommunene og SSHF utvikles. Omstilling og innovasjonskapasitet i Helsefelleskapet.	For å utvikle vår felles helsetjeneste er samhandling mellom kommunene og SSHF helt sentralt. Det betyr at begge parter må evne å prioritere og fremskaffe ressurser til omstilling og samhandlingstiltak. Helsefelleskapet har nå flere større prosjekter knyttet til felles pasientforløp, som kan bli vanskelig å gjennomføre.
Etterspørre forskningskompetanse ved lederrekruttering mm	Øyvind Holme	31.12.2024	Aktiv	7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere – forskningskultur.	Manglende forståelse for forskning kan føre til at ansatte ikke får deltatt i forskningsprosjekter. Stort press på klinisk drift gjør at ledere ikke fristiller medarbeidere i tilstrekkelig grad. Ledere må forstå at forskning er en av sykehusets fire hovedoppgaver.
Avvente HSØ sin utredning og anbefaling, drøfte med forskning	Rune Nesdal Jonassen	31.12.2024	Aktiv	9.2 Manglende forankring/ressurser i interkontroll av personvern	SSHF har for få personer som jobber med utførende oppgaver knyttet til personvern. Mange av oppgavene havner derfor hos personvernombudet. Forskning for eksempel mangler slik ressurs. Unntak er ATI som har slik ressurs. Mangler også jurist som har kompetanse på dette (utarbeide DPIA med mer). HSØ utreder nå dette.
Understøtte prosjektet Samhandlings- og dokumentasjonsprosjektet	Geir Harald Hovind	31.12.2024	Aktiv	9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	Når data hentes ut fra Dips, MV, GAT osv og over i RDAP eller lagring på filområder gir dette en risiko for at man mister noe av de innebyggede mekanismene rundt dette med ivaretagelse sikkerhet, innsynsbegrensning, taushetsplikt osv. Dette gir økt fragmentering og mindre kontroll på data. GDPR tilsier at vi skal ha oversikt og kontroll med behandling av helse- og personopplysninger.

Tiltaksplan

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Gjennomgå, evt etablere forvaltningsrutiner ifm RDAP	Kirsten Jacobsen	31.12.2024	Aktiv	9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	Når data hentes ut fra Dips, MV, GAT osv og over i RDAP eller lagring på filområder gir dette en risiko for at man mister noe av de innebyggede mekanismene rundt dette med ivaretagelse sikkerhet, innsynsbegrensning, taushetsplikt osv. Dette gir økt fragmentering og mindre kontroll på data. GDPR tilsier at vi skal ha oversikt og kontroll med behandling av helse- og personopplysninger.
Gjennomføre verdivurdering, jf OBD 2023	Kjetil Nyhus	31.12.2024	Aktiv	9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer	IKT- og informasjonssystemer skal ivareta tilgjengelighet iht kritikalitet. For å etablere og bygge inn tilstrekkelig robusthet må foretakets verdier og behov være kjent. Hvis robusthet og beredskapsplaner baseres på antagelser og ikke på fakta, kan ressurser benyttes på feil sted, og prioritering ved hendelser kan bli feil. Mindre, men likevel kritiske funksjoner kan havne "under radaren", slik at beskyttelse av verdier og opprettholdelse av viktige funksjoner påvirkes ved alvorlige og omfattende hendelser. Se også policyområde 5 Beredskap, punkt 5.1 Teknologi og telefoni, med tiltak TIL16 "Beredskapsplan for EKOM-hendelser"
Optimalisering i ABUP, logistikkarbeid i KPH	Vegard Øksendal Haaland	30.04.2025	Aktiv	2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen	Aktivitet skal være høyere i 2024 enn i 2023, innenfor alle omsorgsnivåene - vekstregelen. SSHF når målene for voksne og rus, mens det fortsatt er risiko for å ikke nå målet i ABUP.
Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover.	Nina Føreland	31.12.2025	Aktiv	3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover.	Framskrivninger viser at det er/vil bli manglende tilgang på helsepersonell. SSHF må sikre at vi organiserer og utnytter våre ansatte best mulig, i hele foretaket.