

**Risikostyring - tiltaksliste**

Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Ledelse og styring i SSHF\Virksomhetsstyring SSHF

**Iverksatte og planlagte tiltak i forhold til risikoområder med mer enn akseptabel risiko 3. tertial 2017 SSHF**

| Risikoområder   | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens  | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar          | Frist   |
|---|--|--|---|-----------------|---------|
| <b>1</b><br>Klinik for somatikk Arendal:<br>Antall innleggelser og<br>dagbehandling med tilhørende<br>inntekter og DRG poeng blir<br>lavere enn budsjettet.<br><br>Kostnader 2017 overskrider<br>budsjett | Negativt resultatavvik og<br>redusert investeringsevne<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Økonomisk underskudd | Aktivitet tilpasset ressurser (personell og<br>operasjonsstuer) og pasienttilgang innen hvert<br>enkelt fagområde<br><br>Gjennomgang, opplæring og oppfølging<br>kodepraksis. Flyttet ansvar for<br>sekundærkoding medisin fra siste tertial 2017.<br><br>Ny plastikk kirurg fra 1.10.2017<br><br>Prosjekt på Øye i samarbeid med HSØ:<br>gjennomgang av poliklinisk aktivitet.<br><br>Avventer beslutning på aktivitetsforbedring<br>gjennom omfordeling i kirurgiprojekt (URO)<br><br>Det er iverksatt flere tiltak for å ta ned<br>merforbruk i årsverk ift budsjett 2017, blant<br>annet <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosjekt «Gode pasientforløp»</li> <li>2. Ansetter flere i faste stillinger på<br/>                             sengepost fra januar og tett oppfølging</li> <li>3. Flytte inngrep fra dagkirurgi til<br/>                             poliklinikk</li> </ol> | Økt aktivitet<br><br>Økt indeks<br><br>Økt aktivitet<br><br>Bedre logistikk,<br>færre fristbrudd og<br>økt pol. aktivitet<br><br>Øke<br>heldøgsaktivitet<br><br><br><br><br><br><br>1. Redusert<br>liggetid og<br>belegg og bruk<br>av variabel<br>lønn<br>2. Redusert bruk<br>av variabel<br>lønn.<br>3. Bedre samsvar<br>ressursbruk/ | Klinikkdirektør | Løpende |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder   | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens  | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar                         | Frist        |
|---|--|--|---|--------------------------------|--------------|
|   |  | Redusere kveldspoliklinikk<br><br>Etablering av seksjonert vakt gastro<br><br>Ferieplan 2018   | inntekt<br><br>Redusert bruk av overtid<br><br>Kan øke kostnadene, med mindre vi finner samarbeidsløsninger med SSK<br><br>Reduserte lønnskostnader/<br>innleie |                                |              |
| Klinikk for somatikk Kristiansand<br>(jf. Pkt 5 og 6 nedenfor)      | Store arealutfordringer SSK bl.a. er akuttmottak og intermediær/intensiv sårbar. Bygningsmessig standard er dårlig og enerom med isoleringsmulighet mangler. Også investeringer i medisinskteknisk utstyr er avgjørende for virksomheten, særlig innenfor kreftdiagnostikk og nevrologi. | Sikre midler til investeringer i MTU og bygg gjennom god drift i hele SSHF   | Pasientsikkerhet  | SSHF<br>KRS<br>Avd.<br>Enheter | Løpende      |
| Klinikk for somatikk Flekkefjord<br>Resultat i henhold til budsjett | Klinikken har p.t. ikke tilstrekkelige tiltak for å kunne oppnå budsjettbalanse. Det arbeides med ulike tiltak.  | Satsingen rett drift – rett drift er det viktigste tiltaket vi har for å oppnå budsjettbalanse. I tillegg nye pasienter fra Rogaland. Håndtere aktivitetsveksten rimeligst mulig. Det er satt i verk ulike arbeidsgrupper i fht. å nå budsjett 2018. |   | Klinikkdirektør                | Kontinuerlig |
| 2   | Klinikk for somatikk Kristiansand<br>Fristbrudd, ventetider,   | Oppretter sekretær I-funksjon med ansvar for ventelister poliklinikk Kir avd.  | Redusere fristbrudd   | KRS<br>Kir. avd.               | Des -17      |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder            | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens   | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar   | Frist   |
|--------------------------|---|--|---|--|---|
|                          |   | Opplæring av merkantile og leger i håndtering av fristbrudd i Dips og riktig prioritering iverksettes.<br>Økt antall urologer og betydelig økt poliklinisk aktivitet er iverksatt<br>Ny adm. enhetsleder skal rekrutteres i Kir avd. fra 2018, og da blir logistisk kompetanse viktig.<br>Iverksatt prosjekt for å vurdere om operasjonsbooking kan samordnes og effektiviseres. |   |  | Jan -18<br><br>Sept -17<br><br>Vår 2018<br><br>Vår 2018 |
|                          | Betydelig antall fristbrudd på utredning av sykelig overvektige.                  | AFR jobber med å få inn legevikar på timebasis.  |   | AFR  | Des -17   |
| Klinikk somatikk Arendal | Fristbrudd hovedsakelig Øye   | Opprydding ventelister; prioritering av langtidsventende – prosjekt i samarbeid med HSØ  | Ventelister og ventetider er på vei ned.<br>Driftsforbedringer er iverksatt.  |  |   |
| <b>3</b>                 | Klinikk for somatikk Kristiansand<br>Merkantile ressurser i kirurgiske avdelinger | Mange år med stor aktivitetsøkning uten økning i kontortjenester.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Økt med 1,25 årsverk på de to avdelingene med mest akutt behov tidlig i 2016, samt 0,8 årsverk ved Anestesiavdelingen i budsjett 2017.</li> <li>Det legges til rette for å jobbe på tvers av avdelingene, men dette er ikke tilstrekkelig til å avhjelpe reell ressursmangel.</li> </ul> | Mest kritisk på Kvinneklubben og Ortopedisk avd.             |   |
|                          | Pasientadm. Arbeid Arendal  | Fremdeles for stort antall åpne dokumenter; periodevis for lang epikrisetid/svartid polikliniske notater   | Ny organisering av merkantilt personell skal gi bedre samlet ressursutnyttelse  | Ser noe effekt av samarbeid; ikke helt på plass samlet sett. |   |
|                          | Klinikk for somatikk Flekkefjord; pasientadministrativt arbeid                    | <b>Vurderingstid henvisninger:</b>   |   |  |   |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder  | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens  | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar  | Frist   |
|--|--|--|---|---|---|
|  | Klinikken har kort vurderingstid på henvisninger.<br><b>Andel timetildeling sammen med svarbrev på mottatt henvisning:</b><br>Noe variasjon mellom avdelingene, andelen med time i første brev må opp.<br><b>Tid polikliniske notater:</b><br>De aller fleste notater går raskt ut. Enkelthendelser som tar for lang tid. Høyt belegg over lang tid fører til økt tid før notater går ut til primærhelsetjenesten. | Det arbeides med å bli bedre på 6-måneders arbeidstidsplnlegging for legene.<br><br>Direkte oppfølging av enkeltleger.   |   | Avd.sjefer<br><br>Avd. sjefer                                     | Fortløpende<br><br>Fortløpende                                      |
| 4 MSK<br>Kreftbehandling<br>Responstid kreftpakker   | Høye krav til svartider radiologi og patologi.<br>Utfordring med kapasitet SSK pga. økende behov for radiologiske us.  | Utskiftning av eldre utstyr innen radiologi.<br>Kveldspoliklinikk settes opp der dette er mulig.<br>Tydelig prioritering på undersøkelser  | Unngå fristbrudd.<br>Få ned svartid slik at man bedrer logistikk også i somatikken  | Klinikkdirektør   | Kontinuerlig  |
| 5 <b>Arealutfordringer</b><br>Somatikk SSK:<br>akuttmottak, hørselssentral, brystdiagnostisk senter, sengerom medisin m.v. | Arealmangel medfører kapasitetsbegrensninger og ineffektiv drift som kan true kvalitet og pasientsikkerhet.  | Sengerressursprosjekt i somatikk Kristiansand gjør plass for flere medisinske senger/intermediærsenger på medisinsk siden + ortogeriatriske senger.<br><br>Modulbygg som strakstiltak ved akuttmottak SSK.<br><br>Mulighetsstudie for nytt akuttbygg, med sikte på realisering innen 2025. | Kapasitet og kvalitet<br><br>Kapasitet og kvalitet<br><br>Beslutningsgrunnlag for videre planlegging >> Kapasitet og kvalitet | Klinikkdirektør<br><br>Teknologidirektør<br><br>Teknologidirektør | Påbegynt, ferdig 2018<br><br>Sept. 2018<br><br>April 2018 (>> 2025) |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder   | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens   | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar   | Frist        |
|---|---|--|---|--|--------------|
| <b>Arealutfordringer</b><br>Medisinsk service SSK;<br>Laboratorier og radiologi | Trangt på alle avdelinger. For lite til å kunne foreta overgangen til ny, moderne løsning<br><br>Avdelingens utstyr er fordelt ut over flere områder. Gir logistikkutfordring   | Tilleggsareal i nytt modulbygg og ombygginger i eksisterende arealer. Etablere brystdiagnostisk senter. Planlegging pågår. | Bedre logistikk, økt produktivitet og reduksjon i svartid til avd. Mulig med økt aktivitet. Radiologi kan lettere overholde krav til svartid. | Klinikkdir MSK<br>(Med støtte fra Teknologidirektør) | 2018-2020    |
| <b>6 Investeringer</b><br>MTU   | Generelt høy alder på utstyrsparke. Årlige investeringsrammer er begrensende for utskiftingstakten. Det er behov for kontinuerlig utskifting og gjenanskaffelser av MTU. I tillegg er det behov for nyinvesteringer som f.eks. automatisering av laboratorieavdelingene, og nytt utstyr til nye undersøkelses- og behandlingsmetoder som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. | Stram prioritering innenfor investeringsrammene. Produktivitetsforbedringer for å øke investeringsevnen.                   |   | Teknologidirektør                                    | Kontinuerlig |
| <b>Investeringer</b><br>Bygg og teknisk infrastruktur                           | Eldre og uhensiktsmessig bygningsmasse gir dårligere  | Forprosjekt for nødstrøm ved SSA og SSF gjennomføres i 2018. Operasjonsstue 1 og 2   | Løser det kortsiktige behovet   | Teknologidirektør                                    |              |

### Risikostyring - tiltaksliste

| Risikoområder | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens  | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt  | Ansvar   | Frist   |
|---------------|--|--|---|--|---|
|               | muligheter for en effektiv drift/produksjon.<br>Bla.a. er manglende nødstrøm til hinder for en dynamisk utvikling av sykehusene (f.eks vanskelig å oppgradere et rom fra Gr.1 til Gr.2). | ved SSK blir tilkoblet nødstrøm i 2018.<br>Kard.lab og angio ferdigstilles i 2018.   | (SSK) i påvente av større oppgradering på alle lokasjoner   |  |   |
| 7             | Antall tvangsinnleggelseser redusert – samarbeid med kommunene, sammenliknet med 2016.<br><br>Antall pasienter i døgnbehandling som har ett tvangsmiddelvedtak, er redusert.             | Ratejustert pr. 100.000 innbyggere ligger andel tvangsinnleggelseser ligger hiå. under hiå. i fjor. Det er nødvendig å følge dette tett for å oppnå mål fra Oppdrag og bestilling 2017.<br><br>Bruk av tvangsmidler har en variasjon innad i klinikken. Tvangsinnleggelseser og bruk av tvang har sterkt mediefokus. | I tillegg til å følge utviklingen av tvangsinnleggelseser følges også bruk av tvangsmidler tett måned for måned, både i klinikken, i avdelingen og på enhetsnivå. Det kjøres denne våren forbedringsprosjekter på tvang og tvangsmidler, slik som questback etter bruk av tvang. Opplæringstiltak kjørt slik som TMA (terapeutisk mestring av aggresjon).                     | Redusert og riktig bruk av tvangsinnleggelseser. Økt frivillighet. Reduksjon av tvangsmiddelvedtak.<br><br>Bevisstgjøring ved utøvelse av tvang. | Prosess- ansvar<br>PSA<br><br>31.12.2017              |
| 8             | Aktivitet KPH  | ABUP vil ikke oppnå mål i oppdragsdokumentet for 2017  | ABUP følger utviklingen tett, det samme gjør klinikkdirektør. Estimert pr juli endret fra 50 000 til 47 000 inntektsbringende konsultasjoner. Ny måte å registrere aktivitet på er ikke sammenliknbar med rapportene som ble benyttet i 2016, dette har vist seg å gi spesielt utslag for ABUP. Interne ABUP-rapporter viser økning på antall konsultasjoner på samme utvalg. | Måloppnåelse.  | Klinikk-direktør og avdelings-sjef.<br><br>31.12.2017 |
| 9             | Diagnostikkapasitet MSK  | Svært krevende forhold på poliklinikk lab SSK:<br>Inneklima, areal, logistikk, taushetsplikt.  | 2 mill. bevilget til oppgraderinger i 2017.   | Mer effektiv drift, kan ta unna forventet økning i polikliniske  | Klinikkdirektør<br><br>4. kvartal 2017                |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens  | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt   | Ansvar  | Frist  |
|---------------|--|--|--|---|--|
|               |  |  | pasienter  |   |  |
| <b>10</b>     | Samhandling primærhelsetjenesten MSK.<br>Meldingsløftet, elektronisk kommunikasjon.  | IHR (Interaktiv henvisning og rekvisisjon)<br>Leverandørens arbeid med ny programversjon er sterkt forsinket.  | Utbredelse mot legekontorer pågår, innen de rammer man har mulighet for, selv med forsinket leveranse fra leverandør.<br><br>IHR mot radiologi er i prosjektfase og vil gi økt mulighet for elektronisk overføring av henvisninger også innen radiologi. | Automatisering av manuelle oppgaver gir effektivisering og færre muligheter for feil. |  |
| <b>11</b>     | Støttetjenester:<br>IKT-systemer<br>Forsinkelser i utrulling av regionale løsninger.<br>Forsinkelser i modernisering av infrastruktur. | Eldre lab.- og radiologisystemer gir økende risiko for driftsstans med konsekvenser for pasientbehandling.<br>Nytt system for elektronisk kurve og medikasjon skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet.<br>Nye adm.støttesystemer skal forbedre logistikk og produktivitet. | Straktiltak: skifte RIS-løsning (radiologi).<br><br>Avventer regionale løsninger.  | Radiologer og fagavdeling får et moderne fagsystem å forholde seg til.                | Teknologidirektør<br><br>Forberedelser 2018, utskifting 2019 |
| <b>12</b>     | Generelt vedlikeholdsetterslep på bygg og tekniske anlegg  | Nivå på oppussing, oppgradering og nybygg er langt fra det som er nødvendig.<br>Vedlikeholdsetterslepet er pr 2016 beregnet til 2.100 MNOK. Jf utviklingsplanen.   | Reviderer vedlikeholdsplan tidlig i 2018.<br>Modulbygg akutt SSK, nybygg ARA, nytt psykiatribygg SSK, mulighetsstudie nytt akuttbygg SSK.  | Teknologidirektør   |  |
| <b>13</b>     | Rekruttering og utdanning<br><br>MSK: radiologi og laboratoriefag  | Vanskelig å rekruttere spesialister med nødvendig spisskompetanse inne både radiologi og laboratoriefag.   | Videreføre og utvikle LIS-ordningen i alle fag da man er avhengig av å utdanne egne fagfolk internt for å sikre rekruttering.  |   | Kontinuerlig   |

**Risikostyring - tiltaksliste**

| Risikoområder  | Beskrivelse<br>Mulig konsekvens   | Tiltak   | Oppnådd effekt /<br>forventet effekt   | Ansvar                         | Frist       |
|--|---|--|--|--------------------------------|-------------|
| Rekruttering innen flere fagspesialiteter  | Legespesialister innen gastrokirurgi, PCI-operatører, i det siste også ortopedi<br>Sykepleiere i ordinære stillinger; specialspl.<br>Konsekvens er dyre innleieløsninger.           | Aktiv rekruttering – ulike tiltak: satse på egne LIS; rotasjonsordninger (internt SSHF eller mot andre HF)<br>Bemanningsprosjekt for sykepleiere.  |  |                                |             |
| Enkelte legespesialister er utfordrende å rekruttere i Kristiansand – mamma/endokrin, karkirurgi, endokrinologi bl.a. Utfordring å rekruttere revatologer. |   | Innenfor mamma/endokrin må HSØ sikre sideutdanningsmuligheter ved OUS. Dette er en betydelig flaskehals p.t.<br>Rekruttering pågår.  | Sikre legebemanningen og dermed pasienttilbud og vaktberedskap   |                                |             |
| Klinikk for somatikk Flekkefjord: Rekruttering   | Vanskelig rekrutteringssituasjon i fht. ortoped, anestesilege og gastrokirurg.<br><br>Vanskelig å rekruttere sykepleiere. Få sykepleiere og kommunene har bedre lønnsbetingelser.   | Bistand fra organisasjonsavdeling i fht. rekrutteringsprosess og hvilke land som er aktuelle for rekruttering fra.<br><br>Tett samarbeid med NAV Eures og Nordisk Jobstart+. Har deltatt på flere rekrutteringsmesser i Danmark i 2017. Deltar på ny messe i januar 2018. Spes. rådgiver arbeider spesielt i fht. rekruttering av sykepleiere og ferievikarer. |  | Avd. sjefer                    | Fortløpende |
| 15<br>Utskriving av pasienter<br><br>Utskrivningsklare pasienter Arendal   | Bl.a. fare for at kommunen ikke får nødvendig informasjon og at pasientene derfor ikke får tilstrekkelig og korrekt oppfølging etter utskriving.<br>Overbelegg og korridorpasienter | Etter konsernrevisjonen ble det utarbeidet en rekke tiltak knyttet til utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Disse er risikovurdert og konkret tiltak utarbeidet.<br><br>Dialog med kommunene; raske svar fra sykehuset (epikriser og polikliniske notater).<br>Interne rutiner for utskriving - ulike tiltak for å få ned liggetider.            | Sikre nødvendig informasjon slik at pasienten får nødvendig helsehjelp<br><br>Opplever at det er bedring i samhandlingen med kommunene | Linjeledelsen<br>Fagavdelingen |             |