

Risikovurdering		2. tertial 2018					Sørlandet sykehus HF			
Nr	Risikoomåde	Mål / Beskrivelse	Merknader	S	K	Risiko-nivå	Tiltak	Ansvarlig	Frist	
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen										
1	Ventetid	Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Under 57 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-behandling	Etterslep Øye på veg ned. Noe økte ressurser videreføres høst 2018. Høy risiko plastikk pga manglende kirurg	3	3	Høy	Ekstra legeressurs på Øye mai 2018 vil redusere etterslepet Samarbeid på tvers i SSHF Ekstra poliklinikk plastikk vurderes. Vurdere hørselstidbud i SSF Samarbeid mellom ulike DPS Bedre stryking av spesialister i KPH Evaluering av vurderingsteam/modllen i KPH			
2	Fristbrudd	Ingen fristbrudd	Økt fristbrudd mammografi pga legemangel radiologi. Redusert fristbrudd SSK	3	2	Middels	Viderefører økte ressurser høst 2018			
3	Tjenestestart	Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017	Avventer rapporter/definisjon							
4	Pasientavtaler	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid) og minst 93% av avtalene i 2018	Etterslep Øye og ortopedi SSA på vei ned.	2	3	Middels				
5	Pakkeforløp kreft	Andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid skal være minst 70% for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå	Økt risiko pga flere fristbrudd innen BDS	3	3	Høy	Dialog med OUS i saker der flere HF er involvert			

7	Drift og budsjett	Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr		4	4	Kritisk	Gjennomgangspasientforløp SSA mht til liggetid/belegg. Kapasitetsutnyttels SSHF Ferieplanlegging. Sengepostprosjekt BUA SSK Streng oppfølging/årsvervskontroll nye turnuser SSA Samarbeid med SUS EVAR starter opp mai Blodtypescreening Operasjonskoordineringsprosjekt Medisinsk koding Med avd SSK Forundersøkelse i poliklinikk – omlegging døgn til dag kirurgi Arealforbedrende tiltak i flere avd. Innsparinger husøkonom		
8	Samordning	Bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet	Avtaler med avtalesspesialister regulerer i liten grad aktivitet og henvisningspraksis. SSA har skoret høyere pga private nyetableringer	2	2	Lav	Inngått avtaler med avtalesspes		
Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling									
9	Vekst psykisk helsevern/TSB	Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge		4	3	Høy	Håndtere pasienter på tvers av lokasjoner. Ambulante tjenester bistår i oppstart av behandling for enkelte pasienter. Bruk av avtalespesialister på de lengst ventende pasientene. Reduksjon av tid til fellesmøter. Løpende kontroll med ventelister og daglig inntaksteam. Tett oppfølging av den enkelte medarbeider. Bruke telepsykiatri for økt tilgjengelighet. 1.gangs samtale tilbys innen 30 dager (ABUP). Følge opp mot avdelingene at poliklinisk aktivitet på døgnpst blir kodet og inkludert i ISF-beregningsgrunnlag.		

10	Tvangsinnleggelse	Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017		1	1	1	Lav		
11	Tvangstiltak	Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017		3	3	3	Høy	Bevisstgjøring ved bruk av tvang, tett oppfølging måned for måned på enhetsnivå, avdelingsnivå og klinikknivå. Opplæringstiltak som f.eks terapeutisk mestring av aggresjon (TMA) er iverksatt. Tiltak i HSØ-rapport om bruk av tvangmidler vil bli implementert tidlig høst 2018.	
12	Avbrudd TSB	Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Nytt punkt. Mangler foreløpig tall.						
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet									
13	Pasientskader	Redusere andel pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene)	Mangler oppdaterte GTT-tall for 2018	3	3	3	Høy	Ønsker innføring av et generelt komplikasjonsregister på alle operasjoner, for å følge pasienten på en bedre måte, samt evaluering av behandlingsmetoder. Pasientsikkerhetsprogrammet	
14	Sykehusinfeksjoner	Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3%	1,4 % totalprevalens i SSA mai 2018	2	3	3	Middels	Flere hendelser ville blitt fanget opp ved evt. innføring av et generelt komplikasjonsregister. Risikotavler	
15	Antibiotikabruk	30% reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehusene i 2020 sammenliknet med 2012	SSA nådd målet for 2020	2	3	3	Middels		
16	Trombolyseandel	Minst 20% av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling		1	1	1	Lav		

17	Trombolysetid	Minst 50% av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse		1	1	Lav		
18	Hjemmedialyse	Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse	SSA p.t. 40 %	1	2	Lav		
19	Korridor-pasienter	Ingen korridorpasienter		3	3	Høy	Pumper for hjemmeinfusjon. Gode pasientforløp Redusere innleggelser/liggetid	
20	Kliniske behandlingsstudier	Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017		3	2	Middels	Kurs Utredet deltakelse i industrifinansierte studier	
21	Avvisningsrate DPS	Redusere raten.	Uklarheter fra Helsedirektoratet med henviste pasienter på Raskere tilbake i forhold diskrepans i hva spesialisthelse-tjenesten skal ta inn i hht. Prioriterings-veilederen påvirker også avslagsraten ved DPS'ene.	3	3	Høy	Besøke henvisere og gi informasjon og undervisning om prioriteringsveileder/forskrift. PASIN-møtene opprettholdes. Fortsette å ansette primærleger som trenger sykehustjeneste. Følge opp henvisere med mange avslag. Oppdatert på og godt orientert om pakkeforløpsarbeidet.	