

Ledelsens gjennomgåelse I-2016

Styremøte SØ 29.02.16

Innholdsfortegnelse

1. MÅL	3
2. SAMLET VURDERING	3
3. RISIKOBILDE	4
4. UTVIKLING SIDEN FORRIGE RAPPORTERING	5
4.1 Utvikling og oppfølging av tidligere meldte risikoer	5
4.2 Nye innmeldte risikoer	6
4.3 Risikoer som er tatt ut.....	6
5. REVISJONER	7
5.1 Eksterne revisjoner	7
5.2 Interne revisjoner	7
6. MILJØSTYRING	7
7. METODE	7
7.1 Forklaringer	8
7.2 Sannsynlighetsskala	8
7.3 Konsekvensskalaer	9
8. HANDLINGSPLAN	10

1. Mål

Sikre en kontrollert, forsvarlig og pasientsikker drift i Sykehuset Østfold.

2. Samlet vurdering

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) og overordnet risikoreport SØ vil heretter samles i en rapport. Denne vil bli presentert for styret tre ganger i året og vil sammenfalle med administrerende direktørs oppfølgingsmøter med avdelingene. Rapportene følger ikke nødvendigvis tertialene og vil heretter nummereres I, II og III.

Etter innflytting i nytt sykehus har det vært utfordringer knyttet til innarbeiding av nye rutiner og innkjøring av nye IKT-systemer, noe som har bidratt til blant annet lang ventetid på prøvesvar. Dette har ført til at pasientflyten foreløpig ikke fungerer optimalt. Det er iverksatt en rekke tiltak for å begrense antall pasienter inn i akuttmottaket, samtidig som det arbeides med tiltak for å bedre pasientflyten internt. Summen av tiltakene har gitt en betydelig forbedring, men det er viktig å opprettholde fokus på god pasientflyt, logistikk, etterlevelse av konseptet og et godt arbeidsmiljø.

Fra medio januar har influensaepidemien gitt en forverring i sykdomsbildet for store kronikergrupper og pasienter med nedsatt immunforsvar. Pasientene har vært sykere og blitt liggende lenger på sykehuset. I tillegg har det siden årsskiftet vært et økende antall ferdigbehandlede pasienter som har blitt liggende på sykehuset i påvente av kommunale helsetjenester. Sykehusledelsen har den siste tiden intensivert dialogen med den faglige og administrative ledelsen i de aktuelle kommunene.

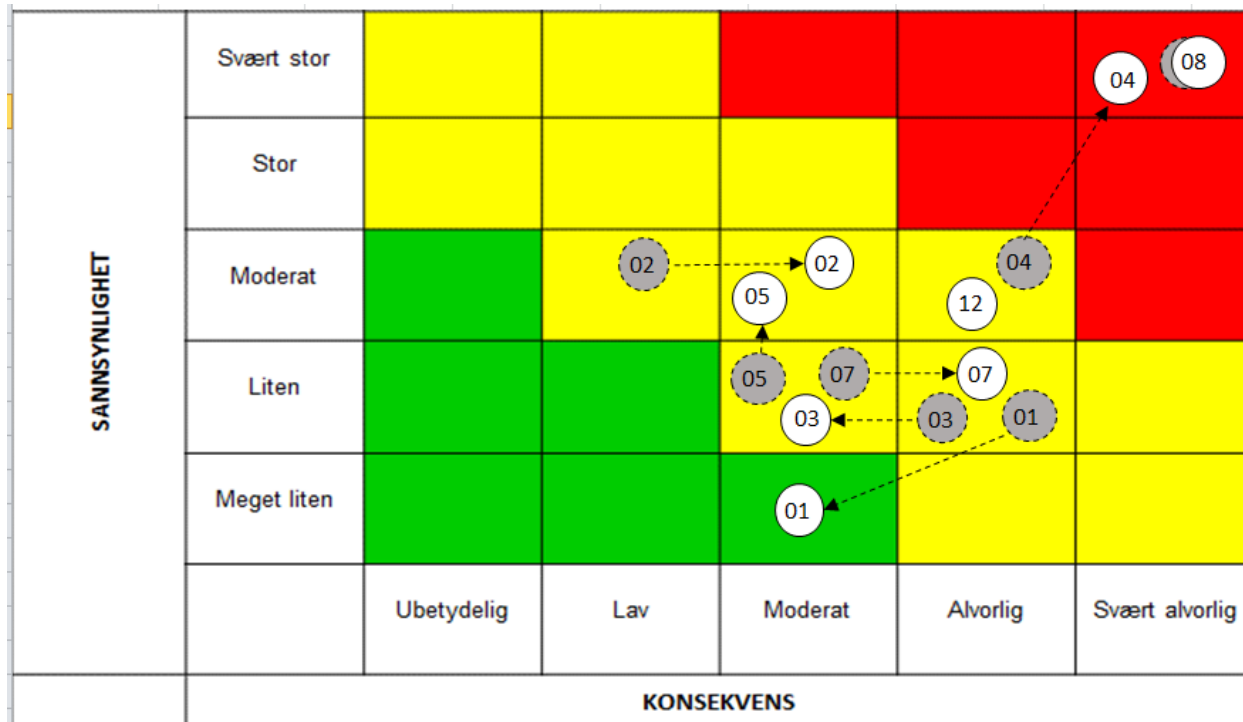
Årsresultatet for 2015 viste en budsjettoverskridelse på 203 millioner kroner hvorav 105 millioner skyldtes flyttingen til Kalnes og at drift av nytt sykehus var mer krevende i november og desember enn forutsatt. I tillegg hadde SØ i 2015 et merforbruk på kostnader til blant annet medikamenter og pasientreiser. Det har vært mangel i en del leveranser både i bygg og IKT-løsninger og det har vært satt inn ekstrabemannning på flere ulike områder for å sikre trygg pasientbehandling. Sykehuset har satt inn flere tiltak for å redusere kostnadene. Dette vil ikke gå ut over pasientsikkerheten.

Områdene med høyest risiko gjelder 1) fare for å overse alvorlig sykdom på grunn av høye restanser innen fagområdet patologi, 2) utfordringer knyttet til restanser, mangelfulle leveranser og ibruktakelse av nye IKT-systemer og 3) fare for overskridelser av budsjett 2016.

Nødvendige tiltak er iverksatt for alle kjente risikoer meldt fra linje og IKT-prosjekter, med størst fokus der det er høy sannsynlighet eller konsekvens. Det blir arbeidet med å forankre og etablere tiltak for nye risikoer. Resultat av tiltakene vil bli rapportert tilbake til styret.

3. Risikobilde

Risikomatrise



Stiplet grå sirkel viser risikoplassering i overordnet risikorapport desember 2015 og pilen viser endring av risikoen fra en konsekvens eller sannsynlighet til en annen. Heltrukket hvit sirkel viser dagens risiko.

Risikomatrisen over presenterer risikoene samlet, som et produkt av sannsynlighet og høyeste konsekvens. Sannsynlighets- og konsekvensskalaer er presentert lenger bak i rapporten. Det er to ulike konsekvensmatriser; en for drift og en for IKT fase 3. Det er fire ulike konsekvensområder for henholdsvis drift og IKT fase 3, og hver enkelt konsekvensvurdering står for seg selv, og kan ikke sees på tvers av konsekvensområdene. Om høyeste konsekvens er 5 innenfor ett konsekvensområde, kan det være 2 for ett annet. Dette fremgår ikke av risikomatrisen over, som kun viser høyeste konsekvenstall. Risiko-ID og nærmere beskrivelse av risikoene gjenfinnes i handlingsplanen lenger bak i rapporten. Handlingsplanen er delt opp en tabell med risikoer fra drift og en fra IKT fase 3. Her er områdene med høyest risiko listet først.

Risikoene som omhandler IKT er i denne rapporten samlet under én risiko-ID (08). Risikoen er del av IKT fase 3 som er et prosjekt for videreføring av gjenstående IKT-leveranser til nytt østfoldsykehus.

Risiko-ID	Beskrivelse
01	Mangelfullt tilbud og oppfølging til kreftpasienter i SØ grunnet vedvarende kapasitets- og kvalitetsutfordringer i tilbudet til kreftpasienter
02	Redusert behandlingskvalitet med fare for uønskede hendelser på grunn av korridor- og utepasienter
03	Fare for å overse alvorlige tilstander hos pasienten på grunn av stor pasientpågang og opphopning i akuttmottak
04	Fare for overskridelser av budsjett 2016
05	Medarbeidere og ledere opplever stort arbeidspress knyttet til endring og omstilling etter klinisk ibruktakelse
07	Potensialet i ny teknologi, nytt bygg, nytt konsept og nye arbeidsprosesser utnyttes ikke i tråd med vedtatt konsept
08	Utfordringer knyttet til restanser, mangelfulle leveranser og ibruktakelse av nye IKT-systemer
12	Fare for å overse alvorlig sykdom på grunn av lange svartider og ubesvarte remisser innen fagområde patologi

4. Utvikling siden forrige rapportering

4.1 Utvikling og oppfølging av tidligere meldte risikoer

Fare for å overse alvorlig sykdom på grunn av lange svartider og ubesvarte remisser innen fagområde patologi

Det arbeides aktivt med å redusere de høye restansene innenfor fagområdet patologi og det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre situasjonen. Kortsiktige tiltak har vært å sende ut vevsblokker til private laboratorier og fortløpende innleie av vikarer. Alle foretak i HSØ er forespurt om bistand. Det er også innført daglige pulsmøter for å sikre kontroll over arbeidsflyten. Parallelt gjennomføres det en kapasitetsanalyse for å identifisere flaskehals, optimalisere arbeidsprosesser, gjennomføre oppgaveglidning og eventuelt identifisere et gap mellom antall rekvisisjoner inn og antall seksjonen er i stand til å besvare ut. Patologidelen i labdatasystemet LVMS vil bli videreutviklet gjennom IKT fase 3. Man begynner å se god effekt av tiltakene og området cytologi anses ikke lenger som et risikoområde. Også innenfor histologi har utviklingen vært god. Uendret sannsynlighet og konsekvens.

Redusert behandlingskvalitet med fare for uønskede hendelser på grunn av korridor- og utepasienter

Sykehuset har gjennom det siste året hatt en kraftig reduksjon i antall korridor- og utepasienter, særlig i perioden rett etter innflytting i nytt sykehus. Fra medio januar 2016 har den årlige influensaepidemien gitt en forverring i sykdomsbildet for store kronikergrupper og pasienter med nedsatt immunforsvar. Pasientene har vært sykere og blitt liggende lenger på sykehuset. Det har siden årsskiftet vært et økende antall ferdigbehandlede pasienter som har blitt liggende på sykehuset i påvente av kommunale helsetjenester. Dette har medført korridor- og utepasienter i januar. Sykehusledelsen har den siste tiden intensivert dialogen med den faglige og administrative ledelsen i de aktuelle kommunene. Uendret sannsynlighet, men økt konsekvens grunnet forventet merforbruk av personell og økte kostnader.

Fare for å overse alvorlige tilstander hos pasienten på grunn av stor pasientpågang og opphopning i akuttmottak

For å sikre god medisinsk behandling av alvorlige sykdomstilstander er det en forutsetning at triagering foregår raskt etter ankomst på sykehuset. Bruken av elektroniske tavler med angivelse av eksakt tidspunkt og klassifisering av hver enkelt pasient er et viktig hjelpemiddel. Moderpostprinsippet er gjeninnført for å hindre at pasienter blitt liggende i akuttmottak (etter at pasienten er medisinsk vurdert klargjøres den for oversendelse til aktuelt sengetun som så har ansvaret for mottak og videre overvåkning og behandling). I senere tid har det skjedd en betydelig faglig styrkning i akuttmottaket ved at erfarne overleger overvåker pasientstrømmen inn i akuttmottaket. Uendret sannsynlighet, redusert konsekvens.

Mangelfullt tilbud og oppfølging til kreftpasienter i SØ grunnet vedvarende kapasitets- og kvalitetsutfordringer i tilbudet til kreftpasienter

Siden forrige rapportering i desember har det blitt ansatt en ny overlege og flere spesialsykepleiere, men det er fortsatt behov for flere. Avdelingen fortsetter arbeidet med rekruttering av lege- og sykepleiespesialister, samtidig som det arbeides med samkjøring av kreftpoliklinikk og sengepost for å få et mer helhetlig pasientforløp. Sees allerede nå god effekt av tiltakene som er gjennomført, og en ytterligere positiv effekt forventes i løpet av våren 2016. Redusert sannsynlighet og konsekvens.

Potensiale i ny teknologi, nytt bygg, nytt konsept og nye arbeidprosesser utnyttes ikke i tråd med vedtatt konsept

For å få til en god pasientflyt internt, er det viktig at nytt konsept og nye arbeidsrutiner etterleves. Dette er forutsetning for å opprettholde poliklinisk aktivitet slik at ikke ventetidene øker og det genereres fristbrudd. Det er iverksatt flere både kortsiktige og langsiktige tiltak for å sikre dette. Det gis opplæring og trening i bruk av ny teknologi og nye arbeidsprosesser og restanser innenfor IKT skal leveres gjennom IKT fase 3. For å optimalisere poliklinisk virksomhet er det etablert et prosjekt som skal arbeide med dette. Uendret sannsynlighet, men økt konsekvens grunnet mulig tap av inntekter og økte kostnader.

Medarbeidere og ledere opplever stort arbeidspress knyttet til endring og omstilling etter klinisk ibruktakelse
Ibruktakelse av et nytt høyteknologisk bygg med endrede arbeidsprosesser har medført mange endringer for medarbeidere og ledere. Etter innflytting har det i tillegg vært uventet stor pasientpågang og utfordringer knyttet til innarbeiding av nye rutiner og innkjøring av nye IKT-systemer. Summen av dette kan medføre at medarbeidere og ledere opplever stort arbeidspress. For å opprettholde et godt arbeidsmiljø og forebygge høyere sykefravær og AML-brudd, må både ledere, stabsfunksjoner og verneombud observere proaktivt og ha beredskap på «slitenhet og utbrenthet» blant enkeltmedarbeidere og grupper, forebygging av konflikter og fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. Alle avdelinger og seksjoner tilbys HMS-aksjonsmøter og HMS-minikurs for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Økt sannsynlighet, uendret konsekvens.

Utfordringer knyttet til restanser, mangelfulle leveranser og ibruktakelse av nye IKT-systemer (IKT fase 3)

- **Utfordringer knyttet til felles labdatasystem**
Svært manglende funksjonalitet og avvik i felles labdatasystem (LVMS) for medisinsk biokjemi, mikrobiologi og patologi. Forsinkelser og manglende funksjonalitet påvirker arbeidsprosessene og gir økte svartider. Konsekvensene er omfattende manuelle rutiner i drift og forvaltning, noe som kompenseres med økt bemanning. Det arbeides kontinuerlig med å identifisere og rette opp feil.
- **IHR-Lab (elektronisk henvisning og rekvirering av laboratorieanalyser)**
Det er inngått et nært samarbeid med det regionale prosjektet for å realisere IHR-løsningen mot primærhelsetjenesten. Ny pilot med inntil seks legekontorer startes i løpet av første kvartal 2015 og beslutning om videre utrulling av IHR-løsning tas basert på erfaringer fra denne piloten. Det er iverksatt manuelle rutiner/prosedyrer inntil IHR-løsningen er på plass.
- **Utfordringer knyttet til de nye regionale integrerte løsningene og restanser på leveranser som påvirker driftseffektiviteten i SØ**
De nye regionale integrerte løsningene har mange og komplekse integrasjoner. Innføringen innebærer både mer krevende drifts- og forvaltningssituasjon og kompetanse og helhetsperspektiv hos Sykehuspartner. Dette påvirker arbeidsprosessene, men sykehuset kompenserer med tiltak som økt lokal funksjonell bruker støtte, forvaltning, test og feilretting. Manglende IKT-leveranser medfører redusert funksjonalitet på områder som blant annet sikker print, booking, EKG-scan, multimedialt arkiv, T-doc.

Fare for overskridelser av budsjett 2016

Det er en risiko i forhold til overskridelse av budsjett 2016. Per utgangen av januar anslås budsjettoverskridelsen å utgjøre ca. 100 mill. kr. Risikoen er hovedsakelig knyttet til lønn- og innleiekostnader, medikamentkostnader og pasientreiser. Enkelte avdelinger har et høyere bemanningsforbruk enn forutsatt i budsjettet. Merforbruket på personalkostnader skyldes «innkjøringsproblemer» i nytt bygg og nye umodne IKT-løsninger samt dyre personalkostnader med høy andel overtid og innleie. Manglende effekt av tiltak innen pasientreiser og økte medikamentkostnader øker også risikoen for budsjettavvik. Det er iverksatt gjennomgang av alle avdelinger for å sikre at bemanning og øvrige kostnader er i henhold til budsjetttrammer. Økt sannsynlighet og konsekvens.

4.2 Nye innmeldte risikoer

Ingen nye risikoer er meldt inn.

4.3 Risikoer som er tatt ut

Fare for forsinket diagnostikk og behandling på grunn av manglende rørpost

I midten av desember 2015 startet sykehuset opp igjen bruken av rørpostanlegget og alle rutiner for manuell prøvehenting ble avsluttet. Rørpostsystemet regnes ikke lenger som et risikoområde og tas derfor ut.

5. Revisjoner

5.1 Eksterne revisjoner

I løpet av 3. tertial 2015 ble det gjennomført fire eksterne tilsyn;

- ✓ To revisjoner fra Mattilsynet som resulterte i 1 avvik/pålegg. Avviket er lukket.
- ✓ En revisjon fra Statens Legemiddelverk som resulterte i 2 avvik som begge er lukket.
- ✓ En revisjon fra Riksrevisjonen. Sykehuset har foreløpig ikke mottatt rapport fra denne revisjonen.

Når det gjelder Konsernrevisjonens «Revisjon av nytt Østfoldsykehus» arbeider sykehuset med handlingsplan for gjennomføring av anbefalinger.

5.2 Interne revisjoner

Det ble ikke gjennomført interne revisjoner i 3. tertial 2015 grunnet flyttingen til nytt sykehusbygg på Kalnes.

6. Miljøstyring

LGG for miljøstyringssystemet gjennomføres på nyåret for hele foregående år. Rapporten for 2015 er under utarbeidelse, og vil i 2016 bli presentert som egen sak for styret i styremøtet den 04.04.16.

7. Metode

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) er et verktøy for styring og kontroll av virksomheten for ledere på alle nivå. En risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt i forhold til måloppnåelse. Med risiko menes sannsynligheten for og konsekvensen av at noe uønsket skal hende eller utvikle seg. Tiltakene som gjennomføres skal forebygge eller hindre at risikoen inntreffer eller utvikler seg. Ambisjonen er å rapportere risikoer som er over toleransenivå, samt de risikoer som truer målbildet om å sikre en kontrollert, forsvarlig og pasientsikker drift i SØ.

LGG og overordnet risikorapport SØ vil heretter bli presentert som en rapport. Denne vil bli lagt frem for styret tre ganger i året og vil sammenfalle med administrerende direktørs oppfølgingsmøter med avdelingene. Rapportene følger dermed ikke tertialene og vil heretter nummereres I, II og III. Det er valgt å ta utgangspunkt i Overordnet risikorapport SØ desember 2015. Dette fordi denne er mer oppdatert mht. risiko enn forrige gjennomførte LGG.

Ledelsens gjennomgåelse I-2016 er basert på:

- ✓ Erfaringer fra de første månedene med drift i nytt sykehus på Kalnes
- ✓ Innsendte rapporter fra avdelingene basert på realiserte tall per november 2015
- ✓ Oppfølgingsmøter mellom alle kliniske avdelinger og administrerende direktør, gjennomført januar 2016
- ✓ Overordnet risikorapport SØ desember 2015
- ✓ LGG 3. tertial 2014

Tiltak som er under arbeid eller som skal iverksettes beskrives i handlingsplanen. Gjennomførte tiltak er skrevet i grå skrift, og har en hake bak teksten. Disse tas ut av neste LGG. Nye konsekvenser og tiltak står med "NY:" foran teksten. Effekten av tiltakene fremgår under samme rubrikk. Handlingplanen er delt opp en tabell med risikoer fra drift og en fra IKT fase 3.

Risikovurderingen er gjennomgått både i stabsdirektørmøte og i ledermøte med avdelingssjefer og direktører.

7.1 Forklaringer

	Konsekvensområder	Forklaring
Drift	Pasient / Kvalitet	Med pasient menes effekt og påvirkning på pasient og pasientsikkerhet. Med kvalitet menes effekt og påvirkning på tjenesten og evne til å tilby kunden tjenesten.
	HMS	HMS inkluderer 1) fysisk, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, 2) indre og ytre miljø, 3) fysisk sikkerhet og brannvern, 4) personvern og informasjonssikkerhet og 5) beredskap.
	Ressurs	Med ressurs menes effekt på ressursbruk av mennesker, kompetanse, utstyr og materiell.
	Økonomi	Med økonomi menes effekter på budsjett, regnskap og finansiering.
IKT fase 3	Fremdrift	Med fremdrift menes effekt på ferdigstilling sammenlignet med plan for klinisk ibruktakelse.
	Økonomi	Med økonomi menes effekter på budsjett, regnskap og finansiering. Økonomi måles her overordnet mot konsekvenser for SØ, og ikke mot prosjektbudsjett.
	Kvalitet	Med kvalitet menes levert funksjonalitet i tjeneste eller produkt sammenlignet med spesifisering. Dette inkluderer effekter på HMS og pasientsikkerhet sammenlignet med spesifisering.
	Gevinst	Med gevinst menes forventet gevinstuttak sammenlignet med gevinstrealiseringsplan. Gevinstuttaket skjer i drift, mens prosjekter legger til rette for at gevinstuttaket skal kunne skje. Dette inkluderer effekter på HMS og pasientsikkerhet.

7.2 Sannsynlighetsskala

Sannsynlighetsskala	Tallverdi	Betydning	
Svært stor	5	Mer enn 90 % sannsynlighet	Inntil to ganger per uke (en hendelse for hver 3-4 dager). Hyppig og regelmessig
Stor	4	Mellom 65 % og 90 % sannsynlighet	Ca. en gang i måneden/regelmessig
Moderat	3	Mellom 35 % og 65 % sannsynlighet	Omtrent halvårlig/ikke regelmessig, forekommer
Liten	2	Mellom 10 % og 35 % sannsynlighet	En gang i året/forekommer av og til, sjeldent
Meget liten	1	Mindre enn 10 % sannsynlighet	Mer sjelden enn hvert år/svært sjelden

7.3 Konsekvensskalaer

Det er to konsekvensskalaer; en for drift og en for IKT fase 3. Det er fire ulike konsekvensområder. Konsekvenstill må sammenlignes mellom tilsvarende konsekvensområde i risikoen og i tabellene. F.eks. har en 5-er i konsekvensområde økonomi i risikotabellene ikke noe med pasient/kvalitet eller HMS å gjøre.

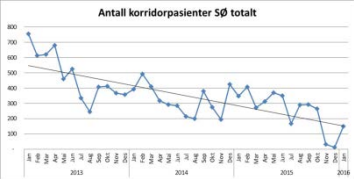

Konsekvensskala DRIFT	Tallverdi	Pasient / Kvalitet (liv, helse)	HMS (liv, helse, indre & ytre miljø)	Ressurser (kapasitet)	Økonomi (materielle verdier)
Svært alvorlig	5	Tap av liv / Hoved- og avhengige produksjons- linjer settes permanent ut av drift	Tap av liv. Omfattende miljøskader av varig karakter	Situasjonen kan kreve mobilisering av eksterne ressurser	> 10 millioner NOK
Alvorlig	4	Betydelig pasientskade. Fare for tap av liv / Produksjonen settes ut av drift for lengre tid. Andre avhengige produksjonslinjer rammes midlertidig	Betydelig fysisk / psykisk personskade og fare for tap av liv. Betydelig miljøskader, fare for miljøskader av varig karakter.	Situasjonen kan kreve mobilisering av ressurser fra andre enheter	< = 10 millioner NOK
Moderat	3	Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand / Driftsstans i flere døgn	Alvorlig fysisk / psykisk personskade. Alvorlig miljøskade som kan reverseres.	Situasjonen kan kreve ekstraordinær ressursbruk fra egen enhet	< = 1 million NOK
Lav	2	Mindre alvorlig pasientskade, mindre endringer i pasientens medisinske tilstand /Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kan føre til skader om det ikke finnes alternativer eller reserver	Mindre alvorlig fysisk / psykisk personskade. Mindre alvorlig miljøskade som kan reverseres.	Situasjonen kan håndteres med begrenset ekstra ressursbruk	< = 100.000 NOK
Ubetydelig	1	Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand / Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kun mindre forsinkelser, ikke behov for reserver	Ubetydelig fysisk / psykisk personskade. Ingen kjente miljøskader	Situasjonen kan håndteres med bruk av ordinære ressurser	< = 10.000 NOK

Konsekvensskala IKT fase 3	Tallverdi	Fremdrift	Økonomi	Kvalitet	Gevinst
Svært alvorlig	5	Sluttmilepæl ikke nådd	> 10 millioner NOK	Leveransen blir ikke akseptert	Negativ gevinst
Alvorlig	4	Forskjøvet kritisk linje. Konsekvens ut over prosjektets rammer.	< = 10 millioner NOK	Vesentlig dårligere enn avtalt. Konsekvens for drift etter ibruktakelse.	Ingen gevinst kan realiseres
Moderat	3	Utenfor planlagt slakk. Sluttdato påvirkes.	< = 1 million NOK	Litt dårligere enn avtalt	Forventet gevinst er at < 50 % av gevinstplan kan realiseres
Lav	2	Innenfor planlagt slakk. Sluttdato påvirkes ikke.	< = 100.000 NOK	Lavere enn ambisjoner i prosjekt	Lavere gevinst enn beregnet i prosjekt
Ubetydelig	1	Ingen endring i planer.	< = 10.000 NOK	Ingen endring i planer	Ingen endring i gevinstplan


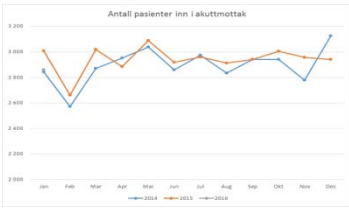
8. Handlingsplan

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
04	<p>Fare for overskridelser av budsjett 2016, p.g.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forventet effekt av nye IKT-systemer uteblir Manglende effekt av tiltak knyttet til pasientreiser Tiltak som medfører pukkelkostnader blir ikke avvirket Bemanning utover budsjett på enkelte områder <p>Fare for økte kostnader knyttet til medikamenter (særlig til kreftbehandling).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Svekket likviditet Mindre rom for investering 	5 ⬇️				5 ⬇️	<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> NY: Gjennomgang av alle avdelinger for å sikre at bemanning og øvrige kostnader er i henhold til budsjettrammer NY: Større bruk av sanntidsdata som gir mulighet for raskere iverksettelse av tiltak ved avvik NY: Øke samreisegraden og beleggprosenten på Helseekspressen og redusere bruken av drosje NY: Sikre leveranser gjennom IKT fase 3 NY: Midlertidig ansettelsesstopp Aktiv oppfølging av risikoområdene og driften i SØ og iverksette tiltak ved avvik <p>Effekt: Budsjettet for 2016 overholdes med muligheter for investeringer.</p>	

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
12	Fare for å overse alvorlig sykdom på grunn av lange svartider og ubesvarte remisser innen fagområdet patologi (histologi)	<ul style="list-style-type: none"> Forsinket utredning og behandling Pasientens tilstand blir forverret Økte kostnader 	3	4	1	4	4	<p>Tiltak:</p> <p>Se også risiko-ID 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> NY: Innføre daglige pulsmøter for å sikre kontroll over arbeidsflyten <input checked="" type="checkbox"/> NY: Ta initiativ om bistand fra alle foretakene i HSØ <input checked="" type="checkbox"/> Gjennomføres kapasitetsanalyse for å identifisere flaskehals, optimalisere arbeidsprosesser, gjennomføre oppgaveledning og eventuelt identifisere et gap mellom antall rekvisisjoner inn og antall som seksjonen er i stand til å besvare ut Innleie av vikarer (patologer, bioingeniører og sekretærer) Kjøp av tjenester fra eksterne leverandører <p>Effekt:</p> <p>Svartid og antall ubesvarte remisser innenfor fagområdet histologi ligger innenfor det som er akseptert og anbefalt.</p> <p>Tiltakene begynner å få effekt og fagområdet cytologi anses ikke lenger som et risikoområde.</p>	

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
02	<p>Redusert behandlingskvalitet med fare for uønskede hendelser på grunn av korridor- og utepasienter*</p>   <p>* Pasienter som er registrert med en lokasjon (post) utenfor eget definert fagområde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fare for å overse alvorlige endringer i pasientens tilstand når de er utepasienter • Vanskelig å ivareta pasientenes rett til personvern og taushetsplikten • Økt belastning på medarbeidere • Utepasienter får lengre liggetid grunnet sene visitter • Økte kostnader 	3	2	1	2	3	<p>Tiltak: Se også risiko 03.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NY: Intensivert dialog mellom ledelsen i SØ og kommunehelsetjenesten • Etablert konfereringstelefon for fastlegene <input checked="" type="checkbox"/> • Pasienter behandles på rett faglig døgnområde – ikke som utepasienter • Tilpasse arbeidsplaner etter aktivitet gjennom døgnet. Dette for å sikre bedre kontinuitet og rett kompetanse både innen lege- og pleiegruppen • Økt bruk av tavlemøter for å sikre gode logistikk i behandlingsskjeden, samt implementere nye og endrede arbeidsprosesser • Arbeide for bedre utnyttelse av kommunale akutte døgnplasser (KAD), i samarbeid med kommunene (følges opp i fagutvalg KAD) <ul style="list-style-type: none"> ○ «Diagnostisk sløyfe» er iverksatt for indremedisin og iverksettes for ortopedi, kirurgi og nevrologi i desember. Dette gir mulighet for tilbakeføring til KAD fra akuttmottak <input checked="" type="checkbox"/> <p>Effekt: Mer effektiv pasientflyt og trygg pasientbehandling. Rett pasient på rett fagområde medfører bedre kvalitet og raskere avklaringer og visitter.</p>	

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
05	Medarbeidere og ledere opplever stort arbeidspress knyttet til endring og omstilling etter klinisk ibruktakelse	<ul style="list-style-type: none"> • Redusert trivsel og høyere sykefravær • Ansatte slutter • Nødvendig arbeid blir forsinket • AML-brudd • Økte kostnader 	3 ↻	1	2	2	3	<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NY: Fokus på at alle avdelinger skal ha HMS-handlingsplan • Ledere og verneombud observerer proaktivt og har beredskap på: <ul style="list-style-type: none"> - «slitenhet og utbrenthet» blant enkeltmedarbeidere og grupper - forebygging av konflikter - fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, herunder ergonomi • Stabsfunksjonene er proaktive i å fange opp signaler og koordinerer innsatsen gjennom organisering i team • Legge til rette for nødvendig kompetanseheving og ha fokus på godt samarbeid • Ekstra fokus på AML-brudd 	
07	Potensiale i ny teknologi, nytt bygg, nytt konsept og nye arbeidsprosesser utnyttes ikke i tråd med vedtatt konsept	<ul style="list-style-type: none"> • NY: Redusert aktivitet poliklinikk (økning i ventetider og fristbrudd) • Dårlig pasientlogistikk • Gamle rutiner opprettholdes • Planlagt gevinstrealisering oppnås ikke, blant annet når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet • Tap av inntekter og økte kostnader 	2	2 ↻	1	3	4 ↻	<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NY: Oppstart prosjekt optimalisering av poliklinisk virksomhet (samordne tidligere og pågående prosjekter vedrørende poliklinisk virksomhet) • NY: Leveranse av restanser gjennom IKT fase 3 • NY: Gjennomføre tavlemøter på alle kliniske områder • Opplæring og trening i bruk av ny teknologi og nye arbeidsprosesser • Utarbeide plan for oppfølging og videreutvikling etter innflytting jf. Strategi Sykehuset Østfold 2016 – 2020 <p>Effekt:</p> <p>Gode arbeidsprosesser og pasientbehandling i tråd med vedtatt konsept.</p>	

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/Kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
03	<p>Fare for å overse alvorlige tilstander hos pasienten på grunn av stor pasientpågang og opphopning i akuttmottak</p>  	<ul style="list-style-type: none"> • Forsinket behandling og forverring i pasientens tilstand • Lengre liggetid i akuttmottaket • Økt belastning på medarbeidere • Vanskelig å ivareta pasientenes rett til personvern og taushetsplikten 	2	3 ⬇	2	3	2	<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimalisere arbeidsprosessene for at driften skal være tilpasset konseptet i nytt sykehus, og for å sikre en effektiv pasientflyt • Indremedisinsk overlege i SØ konfereres telefonisk for å avklare hvorvidt pasienten skal overføres fra legevakt/kommune til sykehus <input checked="" type="checkbox"/> • Endre lokale rutiner på mottaksrom – organisering av mottaket <input checked="" type="checkbox"/> • Gjøre om en 6-sengssal fra 12 timer/5 dager til 24/7-bruk <input checked="" type="checkbox"/> • Sette opp skillevegger i skrankesonen for å dempe lydnivået - avventes <p>Effekt:</p> <p>Kontroll på pasienttilstrømming og sikker pasientbehandling i akuttmottaket.</p>	

RISIKOTABELL, DRIFT				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Pasient/kvalitet	HMS	Ressurs	Økonomi		
01	Mangelfullt tilbud og oppfølging til kreftpasienter i SØ grunnet vedvarende kapasitets- og kvalitetsutfordringer i tilbudet til kreftpasienter	<ul style="list-style-type: none"> Pasienter må overføres til andre sykehus for behandling Redusert kvalitet på pasientbehandlingen Store kostnader knyttet til innleie av leger og sykepleiere grunnet ubesatte stillinger 	1 ↻	3	2	3	3 ↻	<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Omstrukturere pasientflyten i SØs tilbud til kreftpasienter <ul style="list-style-type: none"> Arbeider med samkjøring av kreftpoliklinikk og sengepost Rekruttering <ul style="list-style-type: none"> Arbeide videre med rekruttering av lege- og sykepleierspesialister Ansatt en spesialsykepleier som skal være med på å bygge opp en utprøvende enhet (uttesting av nye medisiner). Vil på sikt styrke pasientbehandling og forskning, og kan få en positiv økonomisk effekt. <input checked="" type="checkbox"/> Ansatt 3 spesialsykepleier i rotasjonsstilling <input checked="" type="checkbox"/> Ansatt ny overlege fra 01.02.16 <input checked="" type="checkbox"/> Sikre et godt fungerende arbeidsmiljø for alle yrkesgrupper, for å beholde medarbeidere <p>Effekt: Bedre pasientflyt vil øke kvaliteten på pasientbehandlingen, redusere liggetiden og øke DRG-indeksen. Flere kreftpasienter behandles ved kreftavdelingen, noe som vil frigjøre ressurser ellers i sykehuset.</p> <p>Ser allerede nå god effekt av tiltakene som er gjennomført. Forventer å se en ytterligere effekt i løpet av våren 2016.</p>	

RISIKOTABELL, IKT fase 3				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Fremdrift	Økonomi	Kvalitet	Gevinst		
08	<p>Utfordringer knyttet til restanser, mangefulle leveranser og ibruktakelse av nye IKT-systemer</p> <p>1) Svært manglende funksjonalitet og avvik i felles labdatasystem (LVMS) for medisinsk biokjemi, mikrobiologi og patologi.</p> <p>1. Lab-løsningen som er i produksjon dekker ikke funksjonelle behov.</p> <p>2. Løsningen er levert med mangelfull kvalitet.</p>	<p>1. Behov for økt bemanning, fører til økt overtid. Tilliten til LVMS reduseres</p> <p>2. Økte svartider Behov for kompenserende arbeidsrutiner med økt bemanning ved senter for laboratoriemedisin Omfattende manuelle rutiner i drift og forvaltning</p>	5	4	5	5	4	<p>Tiltak:</p> <p>1. Kartlegger fortløpende konsekvenser av feil i systemet og identifiserer tiltak Avdelingen kompenserer med økt bemanning</p> <p>2. Sikre tilstrekkelig kapasitet til å håndtere feilsituasjoner i produksjon samtidig som leveranse ivaretas. Fortsatt nært samarbeid mellom prosjektet, SØ og Sykehuspartner. Leverandør, SØ/HSØ utarbeider en omforent og akseptert feil- og videreutviklingsplan. Følge opp leverandøren på avtalte leveranser i 2016.</p> <p>Effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Større grad av forutsigbarhet • Sikring av nødvendig ressurser • Stabilisert drifts- og forvaltningssituasjon 	

RISIKOTABELL, IKT fase 3				Konsekvens-områder					Tiltak
Risiko-ID	Risiko	Konsekvens	Sannsynlighet	Fremdrift	Økonomi	Kvalitet	Gevinst		
	<p>2) IHR-Lab (interaktiv henvisning og rekvisisjon) ikke levert ihht til kravspesifikasjon</p> <p>3) Utfordringer knyttet til de nye regionale integrerte løsningene og restanser på leveranser som påvirker driftseffektiviteten i SØ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ineffektivitet ved senter for laboratoriemedisin Fare for feil som følge av manuell håndtering Rekvisisjonene fra fastlegene kommer ikke elektronisk og planlagt tids- og ressursbesparelse innfris ikke Kundefrafall <ul style="list-style-type: none"> Flere driftsavbrudd for SØ Potensielt mer kompleks feilretting med lengre reponstid Økt ressursbehov for funksjonell brukerstøtte og forvaltning hos SØ Redusert funksjonalitet på områder som sikker print, booking, EKG-scan, mulimedialt arkiv, T-doc m.m 						<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> NY: Ny pilot med inntil seks legekontorer startes i løpet av første kvartal 2015. Beslutning om videre utrulling av IHR-løsning tas basert på erfaringer fra denne piloten Videreføre manuelle rutiner ved senter for laboratoriemedisin Øke bemanning for skanning av innkomne papirrekvisisjoner (samt manuell innleggelse som avvikshåndtering) <p>Effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikker og effektiv drift ved senter for laboratoriemedisin Opprettholde kundegrunnlaget <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Øke lokal funksjonell brukerstøtte, forvaltning, test og feilretting hos SØ Sykehuspartner må etablere nødvendig kompetanse for å ivareta forvaltning og arkitekturarbeid Sikre nødvendig finansiering via HSØ utover vedtatte midler i IKT fase 3 <p>Effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Høyere oppetid og færre driftsavbrudd Større grad av forutsigbarhet i leveranser Støttefunksjoner dimensjonert ihht operativt behov Forbedret grunnlag for gevinstrealisering 	