

## Handlingsplan – felles - mottak av vestbypasienter - tiltak for å redusere risiko

Oppfølgig av risikovurdering «Mottak av vestbypasienter» . Status pr 12.03.18

### Detaljert beskrivelse av tiltak som har hatt høy vekting

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
R2	Manglende døgnenger (hovedsakelig innenfor medisin)  For mange utepasienter og høy beleggsprosent i enkelte fagområder, spes. indremedisin (hjerte, lunge og infeksjon)	Omfordeling av senger – somatikk	Utarbeide sak til sykehusledermøte om omfordeling av senger internt i klinikk for medisin	1.4.18	Klinikk sjef medisin	50 %	Saken har vært til behandling i sykehusledermøte sak 33-18 med følgende vedtak: 1. Ta i bruk 4 senger på døgnområde 1 (de kardiologiske senger er flyttet til overvåkningen) 2. Fortsette arbeidet med å redusere liggetider og forbedre utskrivingsrutiner
			Evaluere «moderpostprinsippet». En eventuell omfordeling av senger mellom fagområder beslutes innen 2. mai 2018	2.5.18	Administrerende direktør		
			Etablere ekstra Pacemakerdag (øke fra 2 til 3 dager per uke)	19.2.18	Avdelings sjef hjerteavd	100 %	Ekstra pacemakerdag er innført. For tidlig å si noe om effekt av tiltak da oppstart var i uke 9.
			Gjennomgang av visittmodell per døgnområde – hverdager og helg	Følger frist satt av tverrfaglig forbedrings-team – utskrivelses-prosess	Alle avdelings-sjefer i Klinikk for medisin. Kirurgi, Kvinne barn og kreft	50 %	Noen avdelinger har allerede gjennomført dette som en del av prosessforbedrings-programmet.  Utskrivelsesrate i helg har økt.
		Bedre samhandling med kommunene for pasienter med behov for kommunalt tilbud etter utskrivelse	Øke fokus på kvalitet og innhold i pleie og omsorgsmeldinger samt bedre samhandlingen med kommunene - Gjennomføre intern kvalitetskontroll (stikkprøvekontroll) på alle fagområder (gjelder medisin)	1.4.18	Klinikk-rådgiver medisin	20 %	Påbegynt
	Øke fokus på utskrivningsklare pasienter (USK) og samhandling med kommunene i kapasitetsmøtet	Kontinuerlig	Alle avdelings-sjefer i klinikk for medisin. Kirurgi,		Følges opp daglig i kapasitetsmøte		

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
					Kvinne barn og kreft		
			Etablere koordinatører for utskrivningsklare pasienter innenfor kirurgi og medisin for å bedre samhandling med kommunene om pasienter med behov for kommunalt tilbud etter utskrivelse (reducere antall «overliggedøgn»).	April 2018	Klinikkssjef for medisin og kirurgi		Oppretter 2 stillinger til sammen 100%
			Etablere Mobil teledetri-løsning (TM) (overvåking av hjerte)	se status	Avdelings-sjefer hjerte og nevrologi	50 %	Oppstart avhenger av Sykehuspartner som melder at de har 12/15 mnd. ventetid på dette.  Avdelingssjef medisinskteknisk avdeling følger opp
			Implementere pakkeforløp – hjerneslag, fase 1		Avdelings-sjef nevrologi	80 %	Påbegynt, men ikke slutført
			Utarbeide pasientforløp – akutt funksjonssvikt hos eldre pasienter (geriatrisk avdeling)	påbegynt	Avdelings-sjef geriatri		Er i forprosjektfase
			Redusere ventetid på gjennomføring av prosedyrer		Alle avdelings-sjefer		Eksempevis; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobil TM (se eget punkt)</li> <li>• PM innleggelse (Se eget punkt)</li> <li>• colonoskopier</li> <li>• Øke Ultralydkompetanse blant leger nevrologi</li> </ul> Andre prosedyrer: radiologi/MR
			Hjemmebehandling Eksempelvis: - antibiotika-behandling	pågår	Alle avdeling-sjefer medisin, kirurgi, kvinne barn og kreft		Foregår, men planlegger å utvide tilbudet i samarbeid med Helsehusene
			Prosjekt forebygge reinnleggelse		Avdelings-sjef lunge	50 %	Samarbeidsprosjekt som ledes av utviklingsenheten.  Effekt av tiltak kan ikke måles før prosjekt er slutført
			ERAS implementering / oppfølging	1.3.18	Avdelings-sjef kirurgi	75 %	Iverksatt døgnområde 7 og 8
			Igangsett tiltak for å redusere liggetid med antibiotikapumpe for neutropene pasienter i hjemmet	10.4-18	Avd sjef kreft		Gir effekt på 1 seng

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
		Gjennomgang av utreiseprosessen/utskrivingsprosessen	<p>Økt fokus på utreiseprosess og forløpsplaner</p> <p>Øke andel pasienter som skrives ut før kl 1400</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vistt for USK pasienter skal gjennomføres innen 1130</li> <li>Utreisesamtale og nødvendige papirer skal klargjøres innen kl 1330 (tidligere om mulig)</li> </ul>	kontinuerlig	Alle avdelings-sjefer	60 %	<p>Igangsatt eget forbedringsteam som skal kartlegge dette. Fra medisin deltar lunge, geriatri, hjerte</p> <p>Enkelte fagområder har hatt fokus på dette gjennom egne forbedringsteam</p> <p>Økt bemanning og legetetthet innen enkelte fagområder har bidratt til økt fokus.</p>
			<p>Videreføre arbeid forbedringsteam pasientflyt, og gjennomføring av tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oppfølging liggetider (reduksjon 0,3 døgn)</li> <li>Effektivisering av utskrivingsprosessen</li> <li>Oppfølging av «ut før kl 12»</li> <li>Benchmarking - akuttinntak og andre relevante fagområder</li> </ul>	pågår	kliniksjefer		Rapportering i ukentlige forbedringsmøter, hver 14.dag til kliniksjefer og månedlig i sykehusledermøtet
		4: Omfordeling fra døgn til dag	Ny gjennomgang av pasientkategorier som er aktuelle for dagbehandling	1.4.18	Alle avdeling-sjefer medisin, kirurgi, kvinne barn og kreft		
			Etablere tilbud i Moss med infusjon av jern til hjertesviktpasienter	pågår	Avdelings-sjef hjerte		
			Øke poliklinisk aktivitet innen enkelte fagområder	1.9.18	Alle avdelingssjefer innen klinikk for medisin	20 %	Vedtatt om utvidelse av enkelte poliklinikkområder er vedtatt i sykehusledermøte, sak 36-18. Øking av aktivitet er i tillegg avhengig av tilgang på legeressurser. Enkelte fagområder rekrutterer i disse dager nye overleger
			Tilby dagbehandling for pasienter som skal ha Immunglobulin intravenøst		Avdelings-sjef nevrologi		Avventer oppstart til omfordeling av rom i poliklinikkområdene er ferdig
			Narkosetilbud på ortopol to dager pr uke – redusere liggetid og frigir operasjonskapasitet på SOP	26.2.18	Avdelings-sjef ortopedi	100 %	Startet som fast tilbud 26. 02.18

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
		Etablere halv ø-hjelp poliklinikk for hjertepasienter	Se tiltak under punkt R6.	26.03.2018	Avdelings.sjef akuttmedisin		
		Øke bruk av utreise – og dagenhet – flere pasientkategorier som kan benyttes?	Kartlegge bruk av utreiseenheten  Oppfordre til økt bruk av utreiseenhet intern i egen klinikk	Kontinuerlig	Alle avdelings-sjefer		Siden oppstart har det vært variert bruk av utreiseenheten. Oppfordre og minne seksjonslederne på at pasienter kan overflyttes til utreiseenhet i påvente av papirer, resepter mv.
			Ca. mammae pasienter behandles dagkirurgisk – (når det er medisinsk forsvarlig). Vurder om flere av disse op. kan overflyttes til Moss	1.4.18	Avd.sjef kirurgi	50 %	Flere av pasientgruppene behandles dagkirurgisk og går til dagenhet etter operasjon / PO
			Optimalisering av utredning av origo inserta til dagenheten fra sengepost med slottid på rtg.	1.2.-18	Avd sjef kreft	0,2 senger	Jobber med optimalisering av utredning av origo inserta til dagenheten fra sengepost med slottid på rtg.
			Optimalisere ytterligere sykepleier pol klinikk og oppstart lege pol klinisk konsultasjon	1.3.-18	Avd sjef kreft		
			Øke operasjonskapasiteten for å redusere ventetid til operasjon og liggetid (se R3)	Innen des. 2018	Klinikksjef i driftsråd for op.virksomhet	0 %	Noen tiltak iverksatt og noe skal prosjekt utredes (se R3)
<b>R3</b>	Manglende operasjons- og PO- kapasitet (er allerede utfordrende i dag)	Redusert ventetid/ ventelister  Ivareta ø-hjelp - redusert liggetid som bieffekt  Økt elektiv aktivitet – økt inntekt  Redusert behov for ekstra ordinære tiltak	Utrede etablering av ekstra kveldsteam operasjon Kalnes mandag til torsdag  Etablering vil kunne gi økt antall operasjoner (4 -500 pr år)  Etablering vil innebære økt bemanning (operasjonsteam og evt PO) utfra en nøktern vurdering	1.5.18	Avd.sjef operasjon Kalnes	0 %	Prosjektutredning i oppstartsfase. Tillitsvalgte og verneombud vil delta i prosjektutredningen, starter opp i mars -18. Forslag til prosjektdirektiv er utarbeidet
			Øke utnyttelsesgrad akuttstue Kalnes . Utrede etablering av akuttoperasjoner (sectio og akutte blødninger) på føden - herunder ombygning, utstyr, bemanning Konsekvensbeskrive og risikovurdere tiltak Utrede kostnader og gevinster	1.9.18	Klinikksjef kirurgi og kvinne barn	0 %	Prosjektutredning i oppstartsfase. Tillitsvalgte og verneombud vil delta i prosjektutredningen. 2,7 inngrep er snitt pr operasjonsstue
			Øke kapasitetsutnyttelse 3. etasje Moss Utrede -fra narkose til lokal – plastikk inngrep og endring av operasjonsdag for frigjøring av operasjonsteam	1.5.18	Avd.sjef kir, op. Moss	0 %	Vurderer omrokkering av plast / mammae Flere inngrep ble tatt i lokal under legestreiken 2016 Pågår i samarbeid med klinikk mellom kirurgi og kvinne barn

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
			Utrede og Konsekvensbeskrive mulighet for flytting av cancer mammae inngrep til Moss				
			Forbedringsteam operasjon Kalnes	Pågår	Klinikksjef i driftsråd for op.virksomhet	50 %	Identifiserer forbedringsområder og optimalisere pasientflyt Samarbeidsmøter om operasjonsplanlegging og forbedringsmøter akutt ortopedi iverksatt
			Skaffe egen transportbil for sterilt gods mellom Moss og Kalnes Redusere kostnader – bruk av taxi, budfirma Sikre rett og bedre transport av kostbart utstyr Sikrer en buffer ved nedetid på en lokasjon Innspill til budsjett 2019	1.1.19	Avd.sjef sterilentral	30 %	Dialog med FM startet og det er nedsatt en prosjektgruppe
			Narkosetilbud på ort. pol to dager pr uke	26.2.18	Avd.sjef ortopedi	100 %	Iverksatt 26.02,evalueres etter 3 mnd drift
			Dreier aktivitet fra operasjon til dagkirurgi og videre fra dagkirurgi til poliklinikk, eget arbeid pågår	Pågår,	Klin.sjef kvinne-barn	50 %	Delvis oppnådd
			Avtalt med Ahus om at de beholder utvalgte operasjoner (gjelder Kvinne barn)	2.5.18	Klin.sjef kvinne-barn	100 %	Meldt i budsjett 2018 at det vil påløpe en gjestepas.kostnad ifm. manglende kapasitet/kjøp av tjenester ved Ahus. Eval/justeres underveis. Det utarbeides brev til pas. og henviser for aktuelle tilfeller
			Samarbeid med klinikk for kirurgi i driftsråd om felles utfordringer knyttet til operasjonskapasitet og prioritering/tildeling av team	Pågår	Kl.sjef i driftsråd operasjon	-	Pågående arbeid
<b>R4</b>	Fare for økt belastning på medarbeidere pga. høyere pasientgrunnlag	Redusere arbeidspress på døgnområdene	Kartlegge hvilke oppgaver som kan overføres til annen yrkesgruppe. Gjennomgang i døgnområder Oppgaveglidning; Sykepleier -> helsefagarbeider Pleiepersonell -> servicemedarbeider	1.4.18	Alle avdelingssjefer i klinikk for medisin, kirurgi, kvinne barn og kreft	50 %	Påbegynt.
			Etablerer et pilotprosjekt på geriatri i forhold til buffet og utdeling av mat,	1.6.18	Avdelings-sjef og seksjonsleder geriatri	0 %	Under planlegging
			Følge opp tiltak beskrevet i HMS handlingsplaner og månedlig oppfølging av sykefravær, AML-brudd, vikarbruk mv.	Kontinuerlig	Alle avdelingssjefer i klinikk for medisin, kirurgi, kvinne barn		Gjennomgå i oppfølgingsmøter med ledere

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
					og kreft		
			Kartlegge risikoområder knyttet til arbeidspress i forbindelse med vernerunde 2018	1.4.18	Alle avdelingssjef er medisin/VO	30 %	Flere døgnumråder har allerede gjennomført vernerunder 2018
			Redusere korridorbelegg. se tiltak under R2		Alle avdelingssjef er		
			Gjennomgang og vurdering av bekymringsmelding døgnumråde 6	1.4.18	Avd.sjef ort	50 %	Bekymringsmelding er gjennomgått og oppfølgin er startet fra uke 10
			Gjennomføre risikovurdering døgnumråde 6 og Moss 4. Utarbeide tiltaksplan og gjennomføre evaluering	1.4.18	Avd.sjef ort	0 %	Arbeid startet i uke 10
			Gjennomgang og vurdering av bekymringsmelding døgnumråde 7	1.4.18	Avd.sjef kir	50 %	
			Gjennomføre risikovurdering døgnumråde 7 og 8. Utarbeide tiltaksplan og gjennomføre evaluering	1.4.18	Avd.sjef kir	50 %	Risikovurdering gjennomført for Døgn 8 Risikovurdering Døgn 7 – hatt møte i uke 11 med TV/VO
<b>R6</b>	Akuttmottak har høyt volum av pasienter og lenger liggetid enn forutsatt	Etablere halv ø-hjelp poliklinikk for hjertepasienter oppstart 26.03.2018	Etablere Halv ø-hjelp poliklinikk for følgende prosedyrer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• el.konvertering</li> <li>• Atrieflimmer</li> <li>• Lungeemboli</li> <li>• Trombose</li> <li>• brystmerter</li> </ul>	23.03.18	Avdelingssjef akuttmedisin	70 %	
		Effektiv og trygg pasientflyt i SØ - Redusere opphopning i akuttmottak Sikre kapasitet i døgnumråder	Forbedringsteam akuttmottak «gående pasienter» videreføres og beskrevne tiltak gjennomføres, som feks: Prioritere ressurs til grovtriage Gjennomføre teamtriage Forbedre kommunikasjon via Imatis/Dips	pågår	Avdelingssjef akuttmottak/ klinikksjef		Rapportering i ukentlig statusmøte
		Akuttmottak har tilstrekkelig areal og ress. til å håndtere pasienttilstrømmingen	Utvidelse av akuttmottak – tilbygg - konseptutredning	Jun. 18	Eiendoms-sjef/ klinikksjef		
			Utvidelse med 1 undersøkelsesrom  Øking av personellressurser	Gjennomført  pågår	Klinikksjef akutt		Iverksetter økt personell i akuttmottaket i april og juni; 7,25 sykepleiere, 2,75 sekretærer
<b>R8</b>	Klarer ikke å ta imot øyepasienter fra vestby fordi kapasiteten allerede	Klarer ikke å ta imot øyepasienter fra Vestby fordi kapasiteten allerede er utnyttet maksimalt	Utarbeide avtale med OUS om å videreføre eks. avtale med Ahus	1.4.18	Klinikksjef Avd.sjef øye	50 %	Det er etablert kontakt mellom lederne i OUS og SØ, og gjort avtale om videreføring av øyepasienter på OUS. Skriftlig avtale er under

Risiko ID	Risikoområde	Mål	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvarlig for gjennomføring (utøver)	Mål-oppnåelse (%)	Status
	er utnyttet maksimalt						utarbeidelse. Sendt søknad til HSØ for å etablere injeksjonspoliklinikk i Moss (i samarbeid med Ahus)
			Etablere injeksjonsklinikk i SØ	Pågår	Klinikkisjef Avd.sjef øye	0 %	Søknad sendt HSØ juni 2017, saken skal opp til behandling i sykehusledelsen på Ahus Diskuteres i fagdirektørmøte i HSØ
R9	Kapasitets-utfordringer barn og ungdom – mottak, døgnet og poliklinikk	Forsvarlig mottak av pasienter fra Vestby Bedre pasientflyten generelt	Planlagt romendringer/tilpasninger i eksisterende areal  Berørte er barn/ungdom mottak/døgnet, BUP-team, fylkeskommunen, pedagoger, habiliteringstjenesten, fysioterapi, sekretærer	2.5.18	Klin.sjef kvinne-barn	70 %	Tiltak er hensyntatt i investerings-budsjettet. Befaring av teknisk/ eiendom er utført, Romendringer uten behov for byggetekniske endringer er utført
R10	Kapasitetsutfordringer ambulanse	Sikre en ambulansekapasitet som er i samsvar med befolkningens og SØs behov for transport. Dette vil redusere ventetid på ambulanse, og bidra til å redusere liggetid	Etablere transportenheter (hvite biler)  Finne den mest hensiktsmessige fordeling av ambulanser gjennom døgnet, for å effektivisere pasientflyten (feks. endrede oppstartstider dagambulanse m.m)	Mai og september  Utredning pågår	Avdelingssjef akuttmottak/ klinikkisjef	Iht plan	
R11	Overføring av pasientjournaler blir ikke ferdig iht plan		prosjektleder SP koordinerer alle i forbindelse med konverteringen. Dvs. SØ, Ahus, SP og DIPS Etablert ukentlige møter mellom IKT Ahus og SØ, SP og DIPS for å gjennomgå aktiviteter og forebygge risiko Midlertidig data-behandleravtale fra Ahus er utarbeidet og gjør at prosjektet har tilgang til sensitive data Endelig databehandleravtale mellom Ahus og SØ har frist 23.03.18 Testmiljø er under etablering og klart 16.mars	pågår	Avdelingssjef IKT		Testmiljø startet 16.03.18.  Ressurser fra SP til gjennomføring er gitt høy prioritet på direktørnivå i SP (sikkerhetsleder og direktør SP)

