

V1 BÄTTRE LIV OCH HÄLSA FÖR FLER

V1.1 HS-avtalet/nära vård

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 2

Beskrivning av risk:

Risk för att arbetet med HS-avtalet försenas ytterligare pga. pandemin vilket leder till att uppsatta mål inte nås i tid.

Riskägare:

Verksamhetschef VO Akut och medicin

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Implementering av HS-avtalet.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Kvalitetssäkrad utskrivningsprocess samt för målgrupperna i HS-avtalet (de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård) erbjuda direktinläggning vid oundgängligt sjukhusvårdbehov. Utöver detta ska sjukhuset samverka med övriga aktörer för mobila stödinsatser.

Frekvens:

Delår

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och medicin

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V1.2 Digitalisering

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 3

Beskrivning av risk:

Risk att Lasarettet Trelleborg inte i tillräcklig omfattning lever upp till Region Skånes ambition att alltid erbjuda ett digitalt alternativ till patienter och personal.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Skapa ändamålsenlig organisation för detta samt avsätta resurser.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Driva projekt vid sidan av SDV-processen. Digitalisera infrastrukturen på sjukhuset.

Frekvens:

Delår

Utförare:

Verksamhetschefer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V2 TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET

V2.1 Pandemin

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att ökad omfattning av pandemin orsakar:

- Ytterligare driftstörningar.
- Uttröttad personal.
- Svårförutsägbara ekonomiska konsekvenser.
- Svårförutsägbara medicinska konsekvenser i det uppdämda vårdbehovet.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Följa utvecklingen.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Tätt samarbete inom regionen. Obs på personal och arbetsmiljö. Särredovisning av ekonomiska konsekvenser pga. pandemin. Uppföljning av vårdbehovet för patienter som inte fått vård i tid pga. pandemin.

Frekvens:

Löpande. Delår

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Löpande. Delår

V2:2 Tillgänglighet

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att sjukhuset inte kan hålla alla vårdplatser öppna, vilket påverkar akutmottagningens möjligheter att ta emot patienter då inläggningsmöjligheterna är otillräckliga. En konsekvens av detta är också en risk att det försämrar medicinsk service och säkerhet på lasarettet, vilket orsakar negativa övervältringseffekter på Sus.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Öppna vårdplatser

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Vidta åtgärder för att öppna vårdplatser och säkerställa fortsatt lokal tillgång till CT (datortomografi/skiktröntgen) nattetid.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport samt årsrapport

V2:3 Tillgänglig och effektiv akutsjukvård

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk att sjukhuset ej har vårdplatser med ändamålsenlig vårdnivå svarande på de behov som akutverksamheten kräver (läs akuten och akutinläggningar på vårdavdelningar) och för att kunna avlasta Sus.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Optimera användning av vårdplatser.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Optimera användning utifrån tilldelade resurser samt belysa eventuell nytta av utökat uppdrag.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport samt årsrapport

V2:4 Tillgänglig och effektiv akutsjukvård

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att undvikbara ambulanstransporter kommer till akutmottagningen på grund av brister i triagestöden, vilket kan leda till att lasarettet inte når upp till målen för tillgänglig och effektiv akutsjukvård, att patienten hamnar på fel vårdnivå samt att ambulansresurser inte används optimalt.

Riskägare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Åtgärden ingår som en del i den övergripande sjukhusstrategin avseende HS-avtalet och övrig samverkan med kommun och primärvård.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Undersöka möjligheten för akutmottagningen att bidra till snabbare och bättre insatser i hemmet som kan frigöra ambulansresurser samt minska ledtider på akutmottagningen.

Frekvens:

Löpande. Årligen.

Utförare:

Enhetsansvarig läkare akutmottagningen

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Årsrapport

V2:5 Patientsäkerhet

Sannolikhet: 2 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att vårdskador som trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner, undernäring och andra risksituationer inträffar på grund av exempelvis hög vårdtyngd/överbeläggning/okunskap, vilket kan leda till en ökad patientsäkerhetsrisk.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Att systematiskt arbeta för en patientsäker organisation genom att höja medvetenheten om ett patientsäkert arbetssätt.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Säkerställa att utsedda metoder som Gröna korset och tillsynsronder m fl används samt att basala hygienrutiner och kläddregler efterlevs. Kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare får i uppdrag att starta ett patientsäkerhetsråd. Patientsäkerhetsnätverket.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare.

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport

V2:6 Tillgänglighet

Sannolikhet: 2 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att vårdvalen inte kan bedrivas på grund av bristande kompetensförsörjning eller lönsamhet, vilket kan leda till minskad produktion eller ekonomiskt underskott.

Riskägare:

Verksamhetschef VO Planerade operationer

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Säkerställa ändamålsenlig organisation.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Rekrytering.

Frekvens:

Löpande. Helår.

Utförare:

Verksamhetschef Planerade operationer och ekonom.

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Årsrapport

V2:7 Tillgänglighet till operation/åtgärd

Sannolikhet: 2 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk att bristande underhåll av lokaler och utrustning orsakar driftstörningar som leder till nedsatt produktion.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Ta fram en underhållsplan och finansiering för ytterligare vissa förbättringar. Viss utrustning (tex övervakningsutrustning).

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Fortlöpande med investeringsgruppen. Dialog med styrelse- och tjänstemannaorganisationen. Investeringsäskande inför budgetprocess. Förtur i utrullning av ny övervakningsutrustning i regionen.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport samt löpande sjukhusstyrelsemöten.

V3 HÅLLBAR UTVECKLING

V3:1 Bemötande

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 3

Beskrivning av risk:

Risk för att Lasarettet Trelleborg inte kan stoppa dåligt bemötande på grund av att ledningen inte lyckas förmedla hur allvarligt de ser på detta samt att det tar tid att förändra en kultur, vilket kan leda till att medarbetare väljer att sluta eller inte tar anställning på Lasarettet Trelleborg. Dåligt samarbete inom och mellan personalkategorier utgör en patientsäkerhetsrisk.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Öka medvetenheten om bemötande och dess betydelse för ledning och samtlig personal. Undersöka möjligheten till systematisk och kvalitativ uppföljning av bemötande, både bland personal och patienter.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Exempelvis återkommande värdegrundsaktiviteter på APT, utbildning i konflikthantering och svåra samtal, strategier för snabb återkoppling vid rapporterad händelse.

Frekvens:

Löpande avstämning med extern kontrollant samt lägesrapport till sjukhusledningen kvartalsvis.

Utförare:

Verksamhetschefer för VO Akut och Medicin samt VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Årsrapport

V3:2 Utveckling

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att Lasarettet Trelleborg inte lyckas vara en drivande utvecklingsaktör på grund av brister i ekonomi, infrastruktur och kultur, vilket kan leda till försämrat rykte, stagnation och minskad attraktionskraft som arbetsgivare samt att utveckling av ny vård inte sker.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Säkerställa att Lasarettet Trelleborg arbetar för en utvecklingsfrämjande kultur som präglas av förändringskompetens, nyfikenhet och förmåga att attrahera spetskompetens.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Utbildning av chefer och nyckelpersoner i förändringsledning, arbeta för ett utvecklande kommunikationsklimat, vara aktiva med att söka och locka spetskompetens. Ta fram en fysisk utvecklingsplan.

Frekvens:

Delår.

Utförare:

Sjukhusledningen

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport.

V3:3 SDV

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att

- tidsåtgång under införandefasen leder till produktionstapp på OP och mottagningar.
- produktionsstörning på grund av att operatörer och medicinska servicefunktioner från Sus utbildas i Millenium i annan tidpunkt än personalen i Trelleborg.
- systemkrångel.
- dockningsproblem, dvs att sjukhuset inte dockar på samtliga processer på rätt sätt.
- vi tappar timanställda/pensionärer etc. pga. att de inte vill/bjuds in att lära sig systemet samt att bemanningspersonal inte är utbildade i systemen.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Styrgrupp har startats för SDV på Lasarettet Trelleborg.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Styrgrupp med projektledare samt utrullningsledare för respektive VO som löpande informerar/utbildar/förbereder inför bl.a. träningsfas 2021. Minska köerna maximalt innan SDV-inlärningsfasen.

Frekvens:

Löpande. Delår

Utförare:

Styrgrupp SDV Lasarettet Trelleborg, Verksamhetschefer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V4 ATTRAKTIV ARBETSGIVARE, PROFESSIONELL VERKSAMHET

V4:1 Kompetensförsörjning

Sannolikhet: 2 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att Lasarettet Trelleborg inte hittar nya lösningar att bemanna (till exempel på grund av att nya idéer kolliderar med traditionella synsätt att bemanna verksamheterna), vilket kan leda till minskat antal vårdplatser eller stängda enheter.

Riskägare:

Verksamhetschef Akut och Medicin samt verksamhetschef Planerade operationer.

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Verksamhetscheferna ser över hur lasarettet kan samarbeta inom och mellan dess verksamhetsområden för att lösa gemensamma bemanningsutmaningar.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Hitta nya förslag på lösningar att bemanna verksamheterna samt säkerställa att benchmarking genomförs för hur andra sjukhus har löst liknande utmaningar.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Samtliga enhetschefer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport.

V4:2 Kompetensförsörjning

Sannolikhet: 2 Konsekvens: 2

Beskrivning av risk:

Risk för att Lasarettet Trelleborg inte utnyttjar sociala medier på rätt sätt eller i tillräcklig omfattning, vilket kan leda till att lasarettet går miste om att attrahera nya medarbetare.

Riskägare:

Kommunikatör och HR-specialist

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Att undersöka hur lasarettet ytterligare kan utnyttja sociala medier för att stärka lasarettets rykte och bidra till en attraktiv arbetsgivare.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Optimera strategin för sociala medier.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Kommunikatör och HR-specialist

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport.

V4:3 Kompetensförsörjning

Sannolikhet: 3 Konsekvens:3

Beskrivning av risk:

Risk att sämre bemanningsnycklar än närliggande sjukhus försvårar rekrytering.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Nej.

Åtgärd:

Inväntar resultat av påbörjad inventering.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Undersöka vilka bemanningsnycklar som närliggande sjukhus erbjuder. Budgetdialog/regionbidrag. Arbetsuppgiftsoptimering. Se över statistik kring personalomsättning.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport

V4:4 Kompetensförsörjning

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att löner och arbetsförhållanden (arbetstider) som konkurrerande arbetsgivare (framförallt kommun och privata vårdgivare) erbjuder orsakar personalflykt och försvårar rekrytering.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Ta fram en långsiktig plan i samarbete med förvaltningen och regionen.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Lokalt anpassade lösningar utifrån Lasarettet Trelleborgs förutsättningar som samtidigt ska harmoniera med förvaltningen i stort. Benchmarking.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschefer samt HR-specialist.

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport.

V4:5 Hållbart arbetsliv

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 3

Beskrivning av risk:

Risk för att ohälsa ökar på grund av brister i arbetsmiljön vilket kan leda till en icke hälsofrämjande arbetsplats och ökad sjukfrånvaro.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Öka frisknärvaron och sänka sjukfrånvaron. Jobba med ledarskapet, tillit som ledningsfilosofi, arbeta med lokala arbetsmiljöåtgärder, både fysiskt och psykosocial arbetsmiljö

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Ta fram nulägesanalys och handlingsplan. Följa kort- och långtidssjukfrånvaron.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschefer och HR-specialist.

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delårsrapport.

V5 LÅNGSIKTIGT STARK EKONOMI

V5:1 Region Skånes alla beslut ska vara finansierade

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för gap mellan förväntad omfattning på uppdraget och tillgängliga resurser. Ökat effektiviseringskrav (mindre resurser) motsvaras inte av förändringar i uppdrag.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Minska gapet.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Löpande dialog mellan sjukhusstyrelsen och tjänstemannaorganisationen med syfte att minska gapet. Verksamhetsutveckling.

Frekvens:

Löpande. Delår

Utförare:

Ekonom och verksamhetschefer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V5:2 Sambandet mellan resursåtgång, prestation, resultat och effekter ska vara tydligt

Sannolikhet: 3 Konsekvens: 3

Beskrivning av risk:

Risk för att effektivisering/utveckling inte syns (hemtagningseffekter otydliga) i beskrivning av prestations- och resultatmått.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Minska gapet.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Löpande dialog mellan sjukhusstyrelsen och tjänstemannaorganisationen med syfte att minska gapet. Verksamhetsutveckling.

Frekvens:

Löpande. Delår

Utförare:

Ekonom och verksamhetschefer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V5:3 Samordningspatienter

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Samordningspatienter

Risk för att ny ekonomisk modell för samordningspatienter får negativa ekonomiska effekter.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Se över hela remissprocessen.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Dialog inom förvaltning och region. Definierade remisströsklar. Dialog/stöd med remittenter.

Frekvens:

Delår

Utförare:

Verksamhetschefer och ekonom

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår

V5:4 Stigande kostnad pga remiss

Sannolikhet: 4 Konsekvens: 4

Beskrivning av risk:

Risk för att tillgängligheten påverkas oberoende av lasarettets effektivitet på grund av att lasarettet ej kan påverka hela vårdkedjan. Som illustrerande exempel att operatörer från annat sjukhus operationsanmäler fler patienter än tidigare.

Riskägare:

Sjukhuschef

Beslut om åtgärd:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Åtgärd:

Säkerställa god kommunikation mellan alla aktörer i vårdkedjan.

Kontroll

Aktivitet/metod/avgränsning:

Löpande dialog med alla aktörer i vårdkedjan, sjukhusstyrelse och förvaltning.

Frekvens:

Löpande. Delår.

Utförare:

Verksamhetschef VO Akut och Medicin och VO Planerade operationer

Tidpunkt för rapportering till styrelse:

Delår