

R 2025/176

RISIKOVURDERING

Risikovurdering pr. 3. tertial 2025 - virksomhethetens mål og krav

15.01.2026

Sørlandet sykehus HF

Dato:	15.01.2026	Risiko-område:	Virksomhetsplan og budsjett
Ansvarlig:	Torhild Einstabland	Org. plassering:	Sørlandet sykehus HF
Fasilitator:	Else Kristin Reitan		
Interne deltakere:	Susanne Miriam Sørensen Hernes Mikkel Peter Høiberg Nina Føreland Marianne Hammersmark Trond Seland Tom Helge Vik Tollefsrud Øyvind Holme Geir Harald Hovind Rune Nesdal Jonassen Kjetil Nyhus Vemund Gittestad Signy Svendsen Mirjam Lien Smedsrød Rune Berntsen Bente Jahnsen Leif Steinar Bråddland	Begrenset tilgang:	Nei
		Status:	Aktiv
		Frekvenstabell:	Frekvenstabell 1

Målsetting

Gjennomføre overordnet risikovurdering for SSHF pr. 3. tertial 2025, i tråd med føringer fra HSØ, for å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav.

Det utarbeides risikovurdering for hvert tertial. Denne viser helseforetaket risiko slik ledelsen i SSHF vurderer den ved inngangen til neste tertial. Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periode. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

All drift er forbundet med risiko. Det er imidlertid ikke all risiko som krever at det iverksettes spesielle tiltak. Etablerte rapporteringssystemer og løpende monitorering av utvikling vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å hindre uønsket utvikling eller oppdage denne på et tidlig tidspunkt.

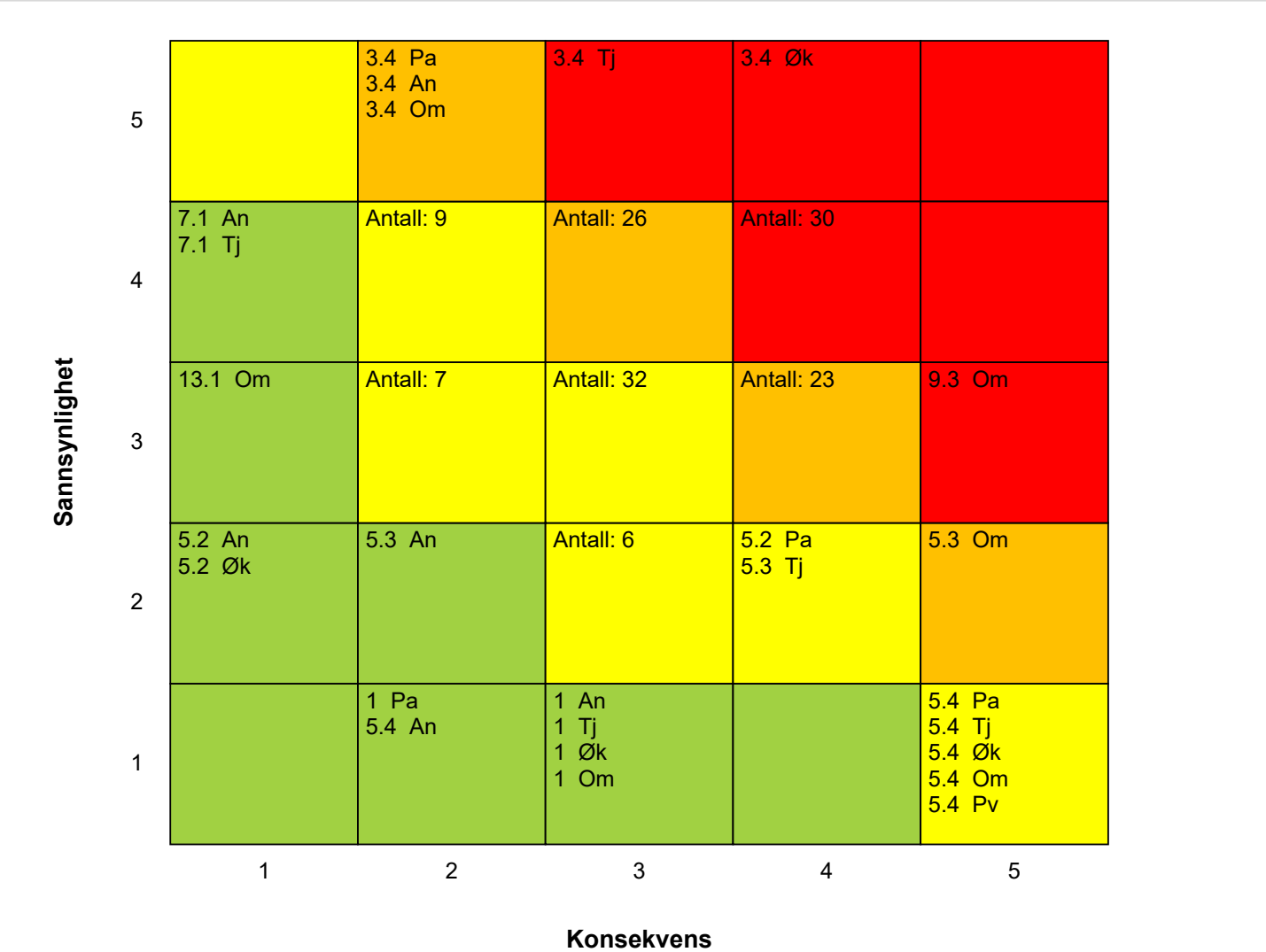
For alle områder som er forbundet med «moderat» eller «høy» risiko synliggjøres tiltak som gjennomføres for å redusere risiko.

Beskrivelse

Det er tatt utgangspunkt i de 14 policyområdene i virksomhetsstyringen, der risikoområder fra OBD er lagt inn i sine relevante policyområder.

Forklaring konsekvens

Pa	- Pasient
An	- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
Tj	- Tjenesteproduksjon, drift
Øk	- Økonomi, kostnader
Om	- Tillit og omdømme
Ym	- Ytre miljø
Pv	- Personvern og info.sikkerhet



		Konsekvens for								
Risikomomenter / hendelser		Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
1 Policyområde Overordnet ledelse og virksomhetsstyring, risiko for manglende oppfølging		1	2	3	3	3	3			
2 Policyområde Kvalitet og pasientsikkerhet										
2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken		4	4	3	2	4	4			
2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen		3	4	3	2	4	4			
2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon		3	4	3	2	2	3			
2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet		4	4	4	3	3	4			
3 Policyområde HR										
3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere		4	3	4	4	4	3			
3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover		4	4	4	4	4	4			
3.4 Risiko for ikke å nå budsjett målet om redusert innleie fra vikarbyrå		5	2	2	3	4	2			
4 Policyområde HMS										
4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet		4	4	4	4	4	4			
4.2 Risiko for høyt sykefravær		3	4	4	4	4	4			

Konsekvens for									
Risikomomenter / hendelser	Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
5 Policyområde Beredskap									
5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	2	4	1	3	1	3			
5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)	2	3	2	4	3	5			
5.4 Digitale angrep som medfører langvarig nedetid	1	5	2	5	5	5		5	
6 Policyområde Økonomi risiko for tilstrekkelig omstilling av drift for å fristille midler til investering	4	3	4	3	4	3			
7 Policyområde Forskning									
7.1 Risiko for at foretaket ikke oppnår mål for deltagelse i kliniske studier	4	3	1	1	3	3			
7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere en god forskningskultur	4	3	3	2	3	4			
8 Policyområde Utdanning									
8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.	3	3	3	3	3	3			
8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser, primært sykepleie (Bachelor).	3	3	3	3	3	3			
8.3 Risiko for mangelfull gjennomføring av LIS-utdanning i kirurgi SSA	4	2	3	4	2	4			
9 Policyområde Infosikkerhet og personvern									
9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	2					3		3	
9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer	3	3	3	4	4	5		4	
9.4 Utilstrekkelig dokumentasjon av etterlevelse av lovkrav	3					3		3	
10 Policyområde Teknologi og innovasjon									
10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari	3	4	4	3	3	3			
10.4 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	3	4	4	4	3	4			
10.6 Forsinket utrulling IKT helselogistikk	3	3	3	4	4	3			
11 Policyområde Risikostyring									
11.1 Manglende forståelse for betydningen av god risikostyring	3	4	3	3	3	4		3	
11.2 Manglende etterlevelse av risikostyring	4	4	3	3	3	4		3	
12 Policyområde Kommunikasjon									
12.1 Internkommunikasjon i en beredskapssituasjon	4	2	3	2	2	3			
13 Policyområde Samhandling									
13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.	3	2	2	3	2	1			
13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen	3	3	3	4	2	3			
13.3 Risiko for at samhandlingen mellom kommunene og SSHF ikke gir nødvendig og rask nok omstilling for å sikre bærekraftige tjenester	4	3	3	4	4	3			
14 Policyområde Eiendom, stort vedlikeholdsetterslep og udekket behov for funksjonell tilpasning	4	2	3	4	4	3	2		

Sannsynlighet	5					
	4		14 Pa 14 Ym	6 Pa 14 An 6 Tj 6 Om 14 Om	6 An 14 Tj 6 Øk 14 Øk	
	3	7.1 An 7.1 Tj 13.1 Om	Antall: 12	Antall: 47	Antall: 9	
	2	5.2 An 5.3 An 5.2 Øk 13.2 Om	Antall: 24	Antall: 18	Antall: 17	9.3 Om
	1		1 Pa 5.4 An	Antall: 10		5.4 Pv
		1	2	3	4	5
Konsekvens						

Risikomomenter / hendelser

- 1 Policyområde Overordnet ledelse og virksomhetsstyring, risiko for manglende oppfølging
- 2 Policyområde Kvalitet og pasientsikkerhet
- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken
- 2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen
- 2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon
- 2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet
- 3 Policyområde HR
- 3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere
- 3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover
- 3.4 Risiko for ikke å nå budsjett målet om redusert innleie fra vikarbyrå
- 4 Policyområde HMS
- 4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet

		Konsekvens for							
Sann		Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
1		2	3	3	3	3			
2		4	3	2	4	4			
2		4	3	2	4	4			
2		4	3	2	2	3			
3		4	4	3	3	4			
3		3	3	3	3	3			
3		3	3	3	3	3			
3		2	2	3	4	2			
3		3	3	3	3	3			

Risikomomenter / hendelser	Sann	Konsekvens for							
		Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
4.2 Risiko for høyt sykefravær	3	3	3	3	3	3			
5 Policyområde Beredskap									
5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	2	4	1	3	1	3			
5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)	2	2	1	3	2	3			
5.4 Digitale angrep som medfører langvarig nedetid	1	3	2	3	3	3		5	
6 Policyområde Økonomi risiko for tilstrekkelig omstilling av drift for å fristille midler til investering	4	3	4	3	4	3			
7 Policyområde Forskning									
7.1 Risiko for at foretaket ikke oppnår mål for deltagelse i kliniske studier	3	3	1	1	3	3			
7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere en god forskningskultur	3	2	2	2	3	3			
8 Policyområde Utdanning									
8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.	3	3	3	3	3	3			
8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser, primært sykepleie (Bachelor).	2	2	2	2	2	2			
8.3 Risiko for mangelfull gjennomføring av LIS-utdanning i kirurgi SSA	2	2	3	4	2	4			
9 Policyområde Infosikkerhet og personvern									
9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	1					3		3	
9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer	2	3	3	4	4	5		4	
9.4 Utilstrekkelig dokumentasjon av etterlevelse av lovkrav	2					3		3	
10 Policyområde Teknologi og innovasjon									
10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari	3	4	4	3	3	4			
10.4 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	2	4	4	3	2	2			
10.6 Forsinket utrulling IKT helselogistikk	3	3	3	3	3	3			
11 Policyområde Risikostyring									
11.1 Manglende forståelse for betydningen av god risikostyring	2	4	3	3	3	4		3	
11.2 Manglende etterlevelse av risikostyring	3	4	3	3	3	4		3	
12 Policyområde Kommunikasjon									
12.1 Internkommunikasjon i en beredskapssituasjon	2	2	2	2	2	2			
13 Policyområde Samhandling									
13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.	3	2	2	3	2	1			
13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen	2	2	2	2	2	1			
13.3 Risiko for at samhandlingen mellom kommunene og SSHF ikke gir nødvendig og rask nok omstilling for å sikre bærekraftige tjenester	3	2	2	3	3	2			
14 Policyområde Eiendom, stort vedlikeholdsetterslep og udekket behov for funksjonell tilpasning	4	2	3	4	4	3	2		

Tiltaksliste for Sørlandet sykehus HF

Risikovurdering pr. 3. tertial 2025 -
virksomhethetens mål og krav

Ferdigstilte manglende planhierarki og øvrige overordnede styrende dokumenter som mangler

R 2025/176 - TIL 01

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Virksomhetsstyringsgruppa jobber med dette

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Else Kristin Reitan

Frist:

20.05.2026

Gjennomført tiltak: Dette policyområdet ble siste gang vurdert i LGG i desember 2025. De fleste av tiltakene fra LGG i 2024 var da gjennomført.

Forslag til styrende dokument for strategiplan er utarbeidet og godkjent. Tilsvarende for OBD og årlig melding.

Det jobbes videre med resterende del av planhierarkiet (utviklingsplanen). I tillegg ble det vedtatt å utarbeide et eget styrende dokument for planlegging, gjennomføring og oppfølging av møter i foretaksledelsen. Dokumentet skal også inkludere hvordan møtene kan bidra til bedre informasjon, involvering og transparens.

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 1 Policyområde Overordnet ledelse og virksomhetsstyring, risiko for manglende oppfølging

"Ta tiden tilbake"

R 2025/176 - TIL 02

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Se eget prosjekt i regi av Fagavdelingen

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Susanne Miriam Sørensen Hernes

Frist:

16.12.2026

Gjennomført tiltak: Gastro gjennomført og breddet (øvre skopier)
ADHD hos voksne pågår
Nytt løp på ortopedi

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken

Behovstyrt poliklinikk

R 2025/176 - TIL 03

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Prosjekt i regi av Fagavdelingen, i samarbeid med ATI og klinikkene. Prosjektperioden varer ut juni 2026.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Elise Aksnes Omland

Frist:

16.12.2026

Gjennomført tiltak: Behovsstyrt poliklinikk er innført for flere pasientforløp. Arbeid med innføring av nye pasientforløp pågår for fullt.

Varig forvaltningsmodell for behovsstyrt poliklinikk ble vedtatt av AD 07.01.26.

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken

Oppgaveglidning R 2025/176 - TIL 04 Status: **Aktiv**

Tiltaksbeskrivelse: Generell jobbing med oppgaveoverføring

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 31.12.2026

Gjennomført tiltak: Kontinuerlig arbeid, inngår også i ARP-arbeidet og behovsstyrt poliklinikk.

Mange avdelingene jobber kontinuerlig med dette.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken

Implementere delplan kvalitet og pasientsikkerhet R 2025/176 - TIL 05 Status: **Avsluttet**

Tiltaksbeskrivelse: Ref. plan

Tiltaksvurdering: Tiltak gjennomført

Saksbehandler: Else Kristin Reitan Frist: 31.12.2025

Gjennomført tiltak: AD besluttet å forlenge arbeidet med implementeringen til ut 2025.

Implementeringsfasen er nå avsluttet. Evaluering skal gjennomføres. Deretter oppstart ny planprosess.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet

Videreføre arbeid i fagrådene, inkl. rapportering til FL, styrke de fagrådene som ikke virker R 2025/176 - TIL 06 Status: **Aktiv**

Tiltaksbeskrivelse: Fagrådene vurderer egen kvalitet og uønsket variasjon opp mot nasjonale registre og atlas

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Marte Eline Ween-Velken Frist: 21.04.2026

Gjennomført tiltak: Plan for oppfølging og styrking av fagrådene ble vedtatt i foretaksledelsen i mars 2025, ref. også LGG 2025 for kap. 2.

Rådgiver i stab følger opp dette tiltaket fremover. Så langt har det vært flere saker om fagrådenes betydning på intranett, info på fagrådsmodulen er oppdatert, sekretærer og ledere har blitt kontaktet og det er forberedt gjennomgang med lederlinja for sammensetning av fagråd hjerte og fagråd lunge.

Høsten 2025 ble det gjennomført felles opplæring av sekretærene.

Fagråd hjertemedisin er nå i gang.

Øvrige tiltak videreføres. Marte: kan du oppdatere ytterligere?

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon

Implementere delplan rekruttere, beholde, utvikle medarbeidere

R 2025/176 - TIL 07

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Ref. delplan versjon 1.

Det skal lages en ny versjon, med forsterket involvering av kommunene, med generasjonsperspektiv og et styrket Agder-perspektiv.

Det pågår et arbeid med fremskrivning av bemanning og rekruttering, som skal behandles vinteren 2026. Målet er å i større grad komme i forkant for å håndtere disse utfordringene.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak: Implementeringsprosessen for denne versjonen av planen er avsluttet. Dette vil fortsatt være en av de største utfordringene fremover. Det er veldig positivt at turnoveren ser ut til å gå ned.

KPH har sin egen handlingsplan for dette området.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere
- 3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover

Forbedre driften i klinikkene

R 2025/176 - TIL 08

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Ref. klinikkenes/stabsavdelingenes handlingsplaner, samt prosjektene ARP, TaTidenTilbake, oppgaveglidning og Behovsstyrt poliklinikk.

Kultur for økonomisk styring, ledelse helt ut, bruk av objektive data ved hjelp av Dashboard/RDAP.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Torhild Einstabland Frist: 23.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 6 Policyområde Økonomi risiko for tilstrekkelig omstilling av drift for å fristille midler til investering

Ansette forskningssykepleiere og studieleger, samt skaffe kontorlokaler til disse

R 2025/176 - TIL 09

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Frikjøper tid

Tiltaksvurdering: Fast kontorplass er en forutsetning.
Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Øyvind Holme

Frist:

16.12.2026

Gjennomført tiltak: Det er lagt fram sak for FL, som ble tatt til orientering. Det er løpende kontakt med Klinikk somatikk SSA og Med. avd. SSK, for ansettelse av studiesykepleiere/etablering av forskningspoliklinikk, og det er stor forståelse for behovet. SSA har rekruttert studiesykepleier.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 7.1 Risiko for at foretaket ikke oppnår mål for deltagelse i kliniske studier

ARP-metodikken og tiltak for å rekruttere leger

R 2025/176 - TIL 10

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: ARP-metodikk er nå innført ved over 20 sengeposter i somatikken, og det skal nå innføres ved spesialenheter i somatikken.

Tiltaksvurdering: Tidspunkt for innføring i KPH er uavklart.
Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland

Frist:

16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 3.4 Risiko for ikke å nå budsjett målet om redusert innleie fra vikarbyrå

Risikoanalysere og iverksette tiltak for forsyningssikkerhet ved SSHF

R 2025/176 - TIL 11

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid
Saksbehandler: Tom Helge Vik Tollefsrud Frist: 16.12.2026
Gjennomført tiltak: Arbeidet med ROSen er påbegynt

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift

Gjelder risikomoment

- 5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)

Utnytte handlingsrommet nye retningslinjer gir - bruke hele året hele døgnet R 2025/176 - TIL 12 Status: **Aktiv**

Tiltaksbeskrivelse: Oppstart av prosjekt i regi av UIA for å se på om man kan skaffe flere praksisplasser ved å endre på studieplanene. Mandat for prosjektet er godkjent, men arbeidet har desverre ikke kommet i gang ennå. Utspillet ligger nå hos UIA.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Bente Jahnsen Frist: 31.03.2026

Gjennomført tiltak: Samarbeidsprosjektet med UIA og Kristiansand er i gang, målet er å tilby flere praksisplasser, med bedre fordeling gjennom året.

Deltidsutdanning i bachelor sykepleie ved UIA er i gang fra høsten 2025- viktig tiltak! Utdanningen er da over 4 år.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser, primært sykepleie (Bachelor).

Regionale IKT-prosjekter (Dips Arena, RIS/PACS), samt generelle infrastrukturprosjekter R 2025/176 - TIL 15 Status: **Aktiv**

Tiltaksbeskrivelse: HSØ-tiltak, som videreføres fra SP.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Leif Steinar Bråndland Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 10.4 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer

Etterspørre forskningskompetanse ved lederrekruttering, samt rutinemessig etterspørring i ADs oppfølgingsmøte med klinikkene

R 2025/176 - TIL 17

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Jobbe mot enkeltledere, samarbeide med tillitsvalgte, få inn standardformulering i stillingsannonser mm
Tiltaksvurdering: Tiltak iverksettes
Saksbehandler: Øyvind Holme Frist: 16.12.2026
Gjennomført tiltak: Forskningssjef etterspør hos org.direktør status for dialog rundt dette.

AD ønsker også å rutinemessig etterspørre forskningsaktivitet i oppfølgingsmøtene med klinikkene.

Følges opp som et løpende tiltak.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere en god forskningskultur

Understøtte prosjektet Samhandlings- og dokumentasjonsprosjektet

R 2025/176 - TIL 18

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Prosjektet Samhandlings- og dokumentasjonsprosjektet skulle rydde og flytte innholdet på P: og O: områdene, og skulle i noen grad ivareta flytting av helse- og personopplysninger til godkjente områder (tjenesten RSM, området O:\Sensitivt, evt tjenesten SSM - sikker sharepoint) og tilsvarende på i M365 med innføring av følsomhetsetiketter. Arbeidet vil i selv gi ansatte økt bevissthet, men det må antas at ikke alle helse- og personopplysninger blir håndtert korrekt, og dermed noe restrisiko. Informasjonssikkerhetsleder bidrar som ressurs inn i prosjektet. Prosjektet vil pågå i et 2-års perspektiv, mens tiltaket her er knyttet til å etablere styrende dokumenter og retningslinjer for korrekt lagring, godkjenne ROS (før sommeren), samt prosjektets arbeid med å migrere data til RSM, SSM, ROM og M365 (ila høst 2024).
Tiltaksvurdering: Prosjektet ble avsluttet sommeren 2025, og videre oppfølging skjer gjennom forvaltningen. Tiltak under arbeid
Saksbehandler: Geir Harald Hovind Frist: 15.04.2026
Gjennomført tiltak: Oppgavene under er forskjøvet noe i tid og ivaretas når gjennom forvaltningen.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Personvern og info.sikkerhet
- Prosjekt

Oppgaver

Godkjenne ROS'en av M365

Geir Harald Hovind

30.05.2026

Utført handling: 07.04.2025 Geir Harald Hovind:

ikke utført pr 7/4/25 - må håndteres. Jeg pumper opp på ToDo-lista. Utsetter frist til ultimo mai

Utført handling: 07.04.2025 Geir Harald Hovind:

Har pr 7/4/25 kun et utkast. Det pågår arbeid med revisjon i regional regi, og hvor OUS bistår inn. Lite hensiktsmessig å lage egen versjon, avventer regional utgave. Skyver frist for NO-53 til ut juni då.

Arbeid for å legge til rette for følsomhetsetiketter pågår

15.01.2026 Geir Harald Hovind:

ATI LG har den 12/1/26 besluttet innføring av følsomhetsetiketter. Tilrettelegging utføre i M365 forvaltningen, tentativ planlagt 28/2/26

Gjelder risikomoment

- 9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik

Evaluere forvaltningsrutiner ifm RDAP

R 2025/176 - TIL 19

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: RDAP inneholder helse- og personopplysninger fra ulike fagsystemer, og gir mulighet for bearbeidelse, analyse og tilgjengeliggjøring. For å ivareta informasjonssikkerhet og personvern er vi avhengig av å ha fastlagte rutiner som sikrer korrekt forvaltning og bruk av data, i tråd med regelverket. Systemeier/systemforvalter må etablere disse, med bistand fra informasjonssikkerhetsleder og personvernombud.

Tiltaksvurdering: Tiltak iverksettes

Saksbehandler: Geirmund Glendrange

Frist:

01.06.2026

Gjennomført tiltak: Prosedyre er ferdigstilt. Jf. ROS FR 2024/114.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Personvern og info.sikkerhet
- Prosjekt

Oppgaver

Etablere, evt oppdatere forvaltningsrutiner. Se evt tilsvarende fra OUS (GeirH har kopi av disse) Kirsten Jacobsen

Utført handling: 19.04.2024 Geir Harald Hovind Oppgave videresendt til Kirsten Jacobsen

31.03.2025 Kirsten Jacobsen:

31.03.25, kirjac: Nye prosedyrer er etablert, og eksisterende prosedyrer oppdatert. For oversikt over samtlige prosedyrer til bruk for RDAP, se "RDAP/Mimes brønn" i "IKT-journalen" (dvs. Kvalitetsportalen, velg Informasjonssystemer og søk fram "RDAP"). Teams-skjema til bruk for dokumentasjon av uttrekk har også blitt opprettet.

31.03.2025 Kirsten Jacobsen Oppgave fullført:

Prosedyrer er etablert/oppdatert. Teams-skjema til bruk for dokumentasjon av uttrekk har også blitt opprettet.

Etter noe tid i drift og bruk av rutiner (ca 6 mnd): Gjennomføre en internrevisjon og -kontroll ift etterlevelse av rutiner.

Geirmund
Glendrange

Utført handling: 12.01.2026 Vemund Gitlestad:

Oppgave eier er endret fra Geir H til Geirmund Glendrange jf hans bestilling av gjennomgangen.

12.01.2026 Vemund Gitlestad Oppgave videresendt til Geirmund Glendrange

Gjelder risikomoment

- 9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik

Gjennomføre verdivurdering, jf OBD 2023

R 2025/176 - TIL 20

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:	OBD 2023, kap 4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet inneholder 2 kulepunkter som peker på (utdrag): - Helseforetaket skal ha oversikt over sine viktigste verdier og risikoer, slik at IKT-systemer og tjenester bestilles med egnet sikkerhetsnivå. - Helseforetaket skal gjennomgå eget beredskapsplanverk og vurdere behovet for å iverksette ytterligere forebyggende tiltak og tiltak for å håndtere og gjenopprette funksjon etter tilsiktede eller utilsiktede hendelser mot egen infrastruktur, IKT-systemer og viktige verdier. Foretaket må på overordnet nivå beskrive sine viktigste verdier og funksjoner, og dermed avhengighet til IKT-systemer slik at disse kan etableres, evt oppjusteres (teknisk og/eller avtalemessig) iht forventet kritikalitet og med nødvendig robusthet og evne til å understøtte verdier og funksjoner ved alvorlige hendelser.		
Tiltaksvurdering:	Tiltak iverksettes		
Saksbehandler:	Leif Steinar Brådland	Frist:	31.12.2026
Gjennomført tiltak:	Verdivurdering er ikke gjennomført i 2025. Tiltaket må overføres til 2026. Sees i sammenheng med oppfølging av tiltak etter LGG for informasjonssikkerhet i 2024. Prosjektet Samhandling og dokumentasjon har startet arbeidet med migrering etter august 2025.		

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Personvern og info.sikkerhet

Gjelder risikomoment

- 9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer

Optimalisering i ABUP, logistikkarbeid i KPH

R 2025/176 - TIL 21

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:	Det er flere måter å øke aktiviteten i poliklinikken innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Noen muligheter kan være å utvide åpningstidene, tilby flere gruppebehandlinger, forbedre tilgjengeligheten for pasientene og øke samarbeidet med andre helsetjenester. Gruppebehandlinger kan være svært nyttige. Noen eksempler på gruppebehandlinger kan være støttegrupper, ferdighetsgrupper, terapeutiske samtalegrupper eller avhengighetsbehandlingsgrupper. Disse gruppene gir mulighet for deltakelse, fellesskap og læring fra andre i samme situasjon. Det kan være en flott måte å få støtte, dele erfaringer og lære nye mestringsstrategier.		
Tiltaksvurdering:	Tiltak under arbeid		
Saksbehandler:	Vegard Øksendal Haaland	Frist:	16.12.2026
Gjennomført tiltak:	Utfordringer knyttet til bemanning/rekruttering av kompetanse spiller inn når det gjelder aktivitet.		
	I oppdragsdokumentet 2025 satte SØ mål om at realveksten i kostnader for psykisk helsevern og tverrspesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025). Denne forutsetningen har foretaket innarbeidet i den økonomiske langtidspanen.		

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen

Gjennomgå organisering og antall vaktordninger i foretaket

R 2025/176 - TIL 22

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Foretaket må sikre riktig bruk av ressurser/ansatt. Gjennomgå organisering og antall vaktordninger i foretaket for å klare å drifte 24/7 fremover.

Kan ev. starte med å vurdere økt bruk av samordnet drift i ferieperioder, for å redusere sårbarhet og beholde god pasientsikkerhet.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover

Kontinuerlig jobbing med avdelingene for å øke antall lærlinger

R 2025/176 - TIL 23

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Utdanningsenheten holder fast i dette og det jobbes med ulike tiltak

Tiltaksvurdering: Tiltak iverksettes

Saksbehandler: Bente Jahnsen

Frist: 31.03.2026

Gjennomført tiltak: Antall er økt år for år, men for 2025 har det ikke vært mulig å få til økning, slik at nivået med 21 lærlingeplasser blir videreført også i 2025. Dvs nedgang høsten 2025 til 19 lærlinger. Det vil bli jobbet videre for å øke antallet i 2026.

Argumentet for enhetslederne er at de ikke har nok helsefagarbeidere til å veilede lærlinger.

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.

Øvrige generelle tiltak for å redusere ventetiden - ref. "Ventetidsløftet"

R 2025/176 - TIL 24

Status:

Avsluttet

Tiltaksbeskrivelse: Inkluderer ulike tiltak som rydding i ventelister, ekstra poliklinikk med mer, innleie seniorer mm. Øvrige tiltak i dette risikorådet er også sentrale i Ventetidsløftet.

Tiltaksvurdering: Tiltak gjennomført

Saksbehandler: Mikkel Peter Høiberg

Frist: 30.06.2025

Gjennomført tiltak: Ekstraordinær poliklinikk er gjennomført på svært mange fagområder og ble avsluttet ved utgangen av mai.

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken

Risikoanalysere blodberedskapen i overordnet ROS for beredskapsområdet

R 2025/176 - TIL 25

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Følge opp tiltak i OBD 2025

Tiltaksvurdering: Tiltak gjennomført

Saksbehandler: Tom Helge Vik Tollefsrud

Frist: 31.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner

Viser til tiltak i HP 2025/504 LGG HMS - oppfølging

R 2025/176 - TIL 26

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland

Frist:

14.04.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet
- 4.2 Risiko for høyt sykefravær

Prosess med vurdering av klinikkens behov og teknisk tilstand - sikre best mulig prioritering

R 2025/176 - TIL 27

Status:

Avsluttet

Tiltaksbeskrivelse: Basert på teknisk tilstand.

Tiltaksvurdering: Tiltak gjennomført

Saksbehandler: Kjetil Nyhus

Frist:

31.12.2025

Gjennomført tiltak: Gjennomgang er gjort, prioritering gjøres sammen med fag og klinikkene i forb. med budsjettprosess 2026.

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari

Viser til tiltak i HP 2024/685 Innsatsområde sykefravær 2025

R 2025/176 - TIL 29

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Trond Seland

Frist:

15.04.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

- Pasient
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet
- 4.2 Risiko for høyt sykefravær

Poliklinikkene - gjennomgang og analyser på tvers

R 2025/176 - TIL 30

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Fagmiljøene identifiserer forbedringsområder i fellesskap, basert på analyser fra Fagavdelingen

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Susanne Miriam Sørensen Hernes Frist: 31.08.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Økonomi, kostnader

Oppgaver

Det er i 2025 gjennomført arbeid i klinikkene på tvers for å redusere uønsket variasjon og bedre driften. Arbeidet har foregått hos klinikkdirektører, avdelings og seksjonsledere, og i foretaksledelsen

Susanne Miriam Sørensen Hernes

Utført handling: 18.12.2025 Susanne Miriam Sørensen Hernes Oppgaven ble lukket

Utrede hvordan implementere kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helt ut

R 2025/176 - TIL 31

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Oppfølging av sak om uønsket hendelse og to ulike systemtilsyn våren 2025.

Det må kartlegges årsak til ev. manglende oppfølging i foretaket: kapasitet, kompetanse, engasjement, forståelse? Eller en kombinasjon? Deretter må nye tiltak identifiseres.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Susanne Miriam Sørensen Hernes Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

- inngår som tema på ledersamlinger 2026
- AD har etablert refleksjonsgruppe
- forsterket lederopplæring
- vurdering av klinikkstabene mht kompetanse og kapasitet

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet

Jobbe videre gjennom investeringsprosessen med prioriteringer.

R 2025/176 - TIL 33

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Jobbes videre gjennom investeringsprosessen med prioriteringer.

MTU skal eiermessig heves til foretaksnivå.

Det skal sendes til HSØ om å få bruke basisfordring til MTU og IKT.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Leif Steinar Brådland

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari

- 10.6 Forsinket utrulling IKT helselogistikk

Egen handlingsplan KPH, SSF systemtisk rekrutteringstiltak legespesialister, MSK ulike tiltak radiologi, bruk av fleksible arbeidstidsordninger for spesialsykepleiere og jordmøde

R 2025/176 - TIL 34

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Se egen handlingsplan KPH

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Nina Føreland

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere

Risikostyring - jobbe for økt forståelse, modenhet og gjennomføringsevne i hele org.

R 2025/176 - TIL 35

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: I 2025 hadde vi fokus på at klinikkene (og avdelingene) i større grad skal gjennomføre ROS for å få oversikt over risiko knyttet til den daglige driften. Dette vil kreve videre arbeid for å nå helt ut.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Vemund Gitlestad

Frist: 31.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Pasient

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

- Tjenesteproduksjon, drift

- Økonomi, kostnader

- Tillit og omdømme

- Personvern og info.sikkerhet

Gjelder risikomoment

- 11.1 Manglende forståelse for betydningen av god risikostyring

- 11.2 Manglende etterlevelse av risikostyring

Styrke enhetens evne til å håndtere beredskapssituasjoner

R 2025/176 - TIL 36

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:

- Frigjøre nok ressurser i avdelingen
- Ha rett kompetanse og verktøy tilgjengelig (Løsning i M365)
- Ha god kunnskap om foretakets planer for håndtering av alle sider av en beredskapssituasjon

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Signy Svendsen

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak: Gjennomført beredskapsøvelse kun for enheten, videreføres dette årlig.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 12.1 Internkommunikasjon i en beredskapssituasjon

Samhandling - styrke dialog, avtalefesting, ansvarliggjøring

R 2025/176 - TIL 37

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Mye avhenger av den enkelte kommunes evne til å ivareta sitt ansvarsområde.

Det jobbes med overgangsboliger i psyk, dette kan forbedre situasjonen. Dette er under utredning.

Målrettet bruk av de nye tilskuddsmidlene kan redusere risikoen.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Mirjam Lien Smedsrød

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak: Det er innført ny rutine på utsending av epikrise der godkjent epikrise sendes direkte digitalt, uten først å gå innom en merkantil kontroll. Dvs. at dokumentasjonen nå går raskere ut til de som skal ta imot pasienten. Det er en markant forbedring i praksis på dette området.

Innen psykisk helse og rus utarbeides det eget forløp for utvalgte pasientgrupper, innen ROP og TUD (Tvungen psykisk helsevern uten døgn), for å styrke samhandling og flyt i utskrivningsprosessen.

KPH har sendt saker til nasjonal tvisteløsningsnemd for også å avklare uenigheter knyttet til lovfortolkning - i den hensikt at avklaringer kan bidra til bedre samhandling ved utskrivning / overflytting til kommunal oppfølging. SSHF har fått medhold i innsendte saker.

Det er iverksatt dialog-arenaer og læringsnettverk med de aktuelle kommunene.

Det jobbes fortløpende med konkrete pasientforløp, samt modeller for samhandling, for eksempel IHT. Vi forventer at dette vil ha positiv effekt på risikoen.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader

Gjelder risikomoment

- 13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatisk ikke tas imot av kommunen.
- 13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen
- 13.3 Risiko for at samhandlingen mellom kommunene og SSHF ikke gir nødvendig og rask nok omstilling for å sikre bærekraftige tjenester

Ferdigstille arealbruksplan og prosjektprogram - be om finansiering til verdibevarende tiltak for trinnvis utvikling av SSHF

R 2025/176 - TIL 38

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Basert på arealbruksplan og et prosjektprogram må foretaket prioritere rekkefølge for verdibevarende vedlikehold og trinnvis utvikling.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Rune Berntsen

Frist: 31.12.2026

Gjennomført tiltak: Første utgaven av arealbruksplanen er fremlagt for foretaksledelsen. Ble også lagt fram i styreseminar 16. mai, til orientering. Etter prosess med avdelingsledere, tillitsvalgte og foretaksledelsen i september og oktober, er dette nå ute på intern kvalitetssikring med frist 16.01.26. Den skal deretter på ekstern høring våren 2026 og styrebehandles høsten 2026.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Ytre miljø

Gjelder risikomoment

- 14 Policyområde Eiendom, stort vedlikeholdsetterslep og udekket behov for funksjonell tilpasning

Vurdere eksisterende planer

R 2025/176 - TIL 39

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Gjennomgå beredskapsplanene knyttet til cyber-kriminalitet

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Tom Helge Vik Tollefsrud

Frist: 23.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Pasient
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Personvern og info.sikkerhet

Gjelder risikomoment

- 5.4 Digitale angrep som medfører langvarig nedetid

Utarbeide tiltak for å styrke utdanningsløpet ved Kir. SSA

R 2025/176 - TIL 40

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Feks gjennom økt samarbeid på tvers

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Bente Jahnsen

Frist: 16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 8.3 Risiko for mangelfull gjennomføring av LIS-utdanning i kirurgi SSA

Styrke gjennomføringskraft innen systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

R 2025/176 - TIL 41

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Evaluere tidligere planprosess, tarbeide ny delplan kvalitet og pasientsikkerhet og generelt gjennomføre tiltak for å styrke etterlevelse og gjennomføringskraft på alle nivå i det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Else Kristin Reitan

Frist:

16.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet

Implementere strategier og planer utarbeidet i regi av NokBlod

R 2025/176 - TIL 42

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: NokBlod har fått det overordnede ansvaret for den nasjonale blodberedskapen.

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Tom Helge Vik Tollefsrud

Frist:

31.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Pasient

- Tjenesteproduksjon, drift

- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner

Sikre tilstrekkelig tilgang på blodgivere og kapasitet til å gjennomføre tapping

R 2025/176 - TIL 43

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse:

Tiltaksvurdering: Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Tom Helge Vik Tollefsrud

Frist:

31.12.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Pasient

- Tjenesteproduksjon, drift

- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner

Etablere systematikk og løsning for å dokumentere etterlevelse av lovkrav og andre krav knyttet til informasjonssikkerhet og personvern

R 2025/176 - TIL 44

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Foretaket er pålagt å etterleve en rekke krav; så som Normen, NSM grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, GDPR, Digitaliseringsloven m.fl

Det søkes å etablere en modul i EK for å knytte sammenfallende krav til prosess/prosesseier og relevante EK-dokumenter. Det pågår arbeid med å spesifiseres behov i dialog med Datakvalitet.

Tiltaksvurdering: Tiltaket er også forankret i LGG innen område 9, Informasjonssikkerhet og personvern
Tiltak under arbeid

Saksbehandler: Geir Harald Hovind

Frist: 30.06.2026

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

Gjelder risikomoment

- 9.4 Utilstrekkelig dokumentasjon av etterlevelse av lovkrav

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Ferdigstille manglende planhierarki og øvrige overordnede styrende dokumenter som mangler	Else Kristin Reitan	20.05.2026	Aktiv	1 Policyområde Overordnet ledelse og virksomhetsstyring, risiko for manglende oppfølging	Ev. manglende overordnet oppfølging av instruks, planer, strategier
"Ta tiden tilbake"	Susanne Miriam Sørensen Hernes	16.12.2026	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken	Fortsatt lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi.). Målet om samlet ventetid under nivået for 2019 ble imidlertid nådd ved utgangen av juni 2025. Foretaket har pr. nå ca 2500 færre ventende enn i 2019.
Behovstyrt poliklinikk	Elise Aksnes Omland	16.12.2026	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken	Fortsatt lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi.). Målet om samlet ventetid under nivået for 2019 ble imidlertid nådd ved utgangen av juni 2025. Foretaket har pr. nå ca 2500 færre ventende enn i 2019.
Oppgaveglidning	Nina Føreland	31.12.2026	Aktiv	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken	Fortsatt lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi.). Målet om samlet ventetid under nivået for 2019 ble imidlertid nådd ved utgangen av juni 2025. Foretaket har pr. nå ca 2500 færre ventende enn i 2019.
Implementere delplan kvalitet og pasientsikkerhet	Else Kristin Reitan	31.12.2025	Avsluttet	2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet	Avdelingene jobber i varierende grad systematisk med kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Rapport etter stedlig tilsyn gastrokirurgi SSA, samt to ulike systemtilsyn våren 2025 understreker behovet for sterkere tiltak for å sikre implementering av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring på alle nivå i organisasjonen.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Videreføre arbeid i fagrådene, inkl. rapportering til FL, styrke de fagrådene som ikke virker	Marte Eline Ween-Velken	21.04.2026	Aktiv	2.3 Risiko for å ikke nå målet om å redusere uønsket variasjon	Organisering i tre ulike somatiske klinikker øker risikoen for uønsket variasjon i utredning og behandling innenfor det samme fagområdet. Foretaket bruker styringsportalen, nasjonale kvalitetsindikatorer og helseatlas aktivt for å overvåke og utjevne uønsket variasjon. I tillegg har fagrådene en sentral rolle her.
Implementere delplan rekruttere, beholde, utvikle medarbeidere	Nina Føreland	16.12.2026	Aktiv	3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere	Sviktende rekruttering med mange vakante behandlerstillinger. Risiko for lavere aktivitet og dårligere kvalitet. Gjelder legespesialister, psykologspesialister, spesialsykepleiere/jordmødre og sykepleiere. Varierende utfordringer i deler av organisasjonen. I 2025 har det imidlertid vært en gledelig nedgang i turnover, også for legestillinger. Risikoen er varierende i foretaket, men er pt spesielt stor i dag ved Nevrologisk avdeling, gastrokirurgisk seksjon SSA, labavdeling SSF og generell kirurgi SSF.
				3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover	Framskrivninger viser at det er/vil bli manglende tilgang på helsepersonell. SSHF må sikre at vi organiserer og utnytter våre ansatte best mulig, i hele foretaket.
Forbedre driften i klinikkene	Torhild Einstabland	23.12.2026	Aktiv	6 Policyområde Økonomi risiko for tilstrekkelig omstilling av drift for å fristille midler til investering	Aktivitet er lavere enn i budsjett 2025 Overforbruk av årsverk ifht budsjett i 2025
Ansette forskningssykepleiere og studieleger, samt skaffe kontorlokaler til disse	Øyvind Holme	16.12.2026	Aktiv	7.1 Risiko for at foretaket ikke oppnår mål for deltagelse i kliniske studier	Pasientene får ikke tilgang til nyeste behandling, fordi vi takker nei til å delta i studier pga kapasitetsutfordringer i driften. Vi går glipp av kompetanseheving internt på sykehuset.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
ARP-metodikken og tiltak for å rekruttere leger	Nina Føreland	16.12.2026	Aktiv	3.4 Risiko for ikke å nå budsjett målet om redusert innleie fra vikarbyrå	For å sikre akutfunksjoner i Listerområdet benyttes innleie fra byrå for å opprettholde vaktfunksjoner i kirurgiske fag (anestesi og gynekologi). For å sikre et forsvarlig pasienttilbud innen psykisk helse og rusbehandling til Agders befolkning benyttes innleie i påvente av utdanning og rekruttering sv spesialister, etter å ha tatt inn 10 ekstra LIS. Det er også en del innleie av radiologer, for å håndtere ventetidsløftet. Her er det imidlertid bedring, spesielt i KPH. Rekrutteringssituasjonen for leger ved SSF er bedret, tilsvarende for LIS rad.
Risikoanalysere og iverksette tiltak for forsyningssikkerhet ved SSHF	Tom Helge Vik Tollefsrud	16.12.2026	Aktiv	5.3 Risiko for manglende tilføring av forsyninger utenfra (Forsyningssikkerhet)	SSHF har plan for legemiddelforsyning, men må revidere planverk for sentral- og sterilforsyning. Foretaket må være forberedt på å være selvforsynte i en periode dersom veinett blokkeres.
Utnytte handlingsrommet nye retningslinjer gir - bruke hele året hele døgnet	Bente Jahnsen	31.03.2026	Aktiv	8.2 Risiko for at foretaket ikke sikrer økning av praksisplasser, primært sykepleie (Bachelor).	Primært sykepleiere. Vi har økt med 40 praksisplasser etter godt samarbeid med UIA knyttet til distriktsutdanningen. Fortsatt behov for ytterligere økning. For å sikre god kvalitet i praksis, er det vanskelig å øke ytterligere. Det må tenkes nytt for å få til dette. Nye retningslinjer gir rom for dette: ta hele døgnet i bruk og ta hele året i bruk. Kontinuerlig press, men krevende. Det er imidlertid redusert trykk nå for å øke antall praksisplasser fra UIA, dvs større kontroll på dette området nå.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Regionale IKT-prosjekter (Dips Arena, RIS/PACS), samt generelle infrastrukturprosjekter	Leif Steinar Bråndland	16.12.2026	Aktiv	10.4 Oppetid/tilgjengelighet kliniske systemer	Det er helt avgjørende for drift av SSHF at DIPS, RIS/PACS osv har høy grad av oppetid. Erfaringsmessig tilsier at vi har for høy ikke planlagt nedetid. Det har vært færre kritiske hendelser i siste tertial, men det skjer fortsatt og det er økende grad av treghet.
Etterspørre forskningskompetanse ved lederrekruttering, samt rutinemessig etterspørring i ADs oppfølgingsmlte med klinikkene	Øyvind Holme	16.12.2026	Aktiv	7.2 Risiko for at foretaket ikke klarer å etablere en god forskningskultur	Manglende forståelse for forskning kan føre til at ansatte ikke får deltatt i forskningsprosjekter. Stort press på klinisk drift gjør at lederne ikke fristiller medarbeidere i tilstrekkelig grad. Ledere må forstå at forskning er en av sykehusets fire hovedoppgaver.
Understøtte prosjektet Samhandlings- og dokumentasjonsprosjektet	Geir Harald Hovind	15.04.2026	Aktiv	9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	Når data hentes ut fra Dips, MV, GAT osv og over i RDAP eller lagring på filområder gir dette en risiko for at man mister noe av de innebyggede mekanismene rundt dette med ivaretagelse sikkerhet, innsynsbegrensning, taushetsplikt osv. Dette gir økt fragmentering og mindre kontroll på data. GDPR tilsier at vi skal ha oversikt og kontroll med behandling av helse- og personopplysninger.
Evaluerer forvaltningsrutiner ifm RDAP	Geirmund Glendrange	01.06.2026	Aktiv	9.1 Samling og deling av helse- og personopplysninger utenfor fagsystemene gir økt risiko for avvik	Når data hentes ut fra Dips, MV, GAT osv og over i RDAP eller lagring på filområder gir dette en risiko for at man mister noe av de innebyggede mekanismene rundt dette med ivaretagelse sikkerhet, innsynsbegrensning, taushetsplikt osv. Dette gir økt fragmentering og mindre kontroll på data. GDPR tilsier at vi skal ha oversikt og kontroll med behandling av helse- og personopplysninger.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Gjennomføre verdivurdering, jf OBD 2023	Leif Steinar Bråndland	31.12.2026	Aktiv	9.3 Tilgjengelighet og tilgang til informasjon ved store hendelser/katastrofer som påvirker IKT-systemer	IKT- og informasjonssystemer skal ivareta tilgjengelighet iht kritikalitet. For å etablere og bygge inn tilstrekkelig robusthet må foretakets verdier og behov være kjent. Hvis robusthet og beredskapsplaner baseres på antagelser og ikke på fakta, kan ressurser benyttes på feil sted, og prioritering ved hendelser kan bli feil. Mindre, men likevel kritiske funksjoner kan havne "under radaren", slik at beskyttelse av verdier og opprettholdelse av viktige funksjoner påvirkes ved alvorlige og omfattende hendelser. Se også policyområde 5 Beredskap, punkt 5.1 Teknologi og telefoni, med tiltak TIL16 "Beredskapsplan for EKOM-hendelser"
Optimalisering i ABUP, logistikkarbeid i KPH	Vegard Øksendal Haaland	16.12.2026	Aktiv	2.2 Risiko for å ikke nå målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - vekstregelen	HSØ har gitt føringer om vekst innen tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i antall utskrivninger, antall liggedøgn og antall ISF-godkjente opphold – poliklinikk sett opp mot samme periode forrige år. I oppdragsdokumentet for 2025 har HSØ gitt mål om at realveksten i kostnader for psykisk helsevern og tverrspesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025). Denne forutsetningen har foretaket innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen.
Gjennomgå organisering og antall vaktordninger i foretaket	Nina Føreland	16.12.2026	Aktiv	3.3 Risiko for å mangle ressurser/kompetanse fremover	Framskrivninger viser at det er/vil bli manglende tilgang på helsepersonell. SSHF må sikre at vi organiserer og utnytter våre ansatte best mulig, i hele foretaket.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Kontinuerlig jobbing med avdelingene for å øke antall lærlinger	Bente Jahnsen	31.03.2026	Aktiv	8.1 Risiko for at foretaket ikke øker antall helsefagarbeider-lærlinger.	Vi har hatt en liten økning hvert år, men dette vil ikke gjelde for høsten 2025, der status vil være to færre lærlinger. Målet er 32 lærlingeplasser. Status pt. er 19. De skal veiledes av helsefagarbeidere. Alle relevante avdelinger har meldt inn økning, men det går for sent ifht behovet, jfr. behov for oppgaveglidning osv. Enhetsledere ser ut til å måtte erfare reelt behov pga mangel på sykepleiere før de ansetter helsefagarbeidere?
Øvrige generelle tiltak for å redusere ventetiden - ref. "Ventetidsløftet"	Mikkel Peter Høiberg	30.06.2025	Avsluttet	2.1 Risiko for å ikke nå målet om reduserte ventetider i somatikken	Fortsatt lange ventelister på noen fagområder i somatikken (ØNH, ortopedi.). Målet om samlet ventetid under nivået for 2019 ble imidlertid nådd ved utgangen av juni 2025. Foretaket har pr. nå ca 2500 færre ventende enn i 2019.
Risikoanalysere blodberedskapen i overordnet ROS for beredskapsområdet	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2026	Aktiv	5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	SSHF har beredskap for å håndtere den daglige ulykken, men har ikke tilstrekkelig beredskap med hensyn til krig og større katastrofer.
Viser til tiltak i HP 2025/504 LGG HMS - oppfølging	Nina Føreland	14.04.2026	Aktiv	4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet	Mellommenneskelig og organisatoriske forhold som settes under press (f.eks vakanser, rekrutteringsutfordringer, omorganiseringer med mer og innleie). Vold og trusler blir også mer utfordrende pga tyngre og endret pasientgruppe og lovendringer med mindre bruk av tvang som konsekvens.
				4.2 Risiko for høyt sykefravær	Risiko for å ikke nå målet om inkluderende arbeidsliv og styrket sykefraværsoppfølging. Henger også sammen med punkt 4.1. Vi har for stor variasjon i sykefraværet. Innsatsen knyttet til sykefraværsoppfølging skal styrkes.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Prosess med vurdering av klinikkenes behov og teknisk tilstand - sikre best mulig prioritering	Kjetil Nyhus	31.12.2025	Avsluttet	10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari	SSHF har en eldre utstyrspark som medfører risiko for havari. Investeringsmulighetene for 2026 er redusert for MTU, noe som ytterligere øker risikoen.
Viser til tiltak i HP 2024/685 Innsatsområde sykefravær 2025	Trond Seland	15.04.2026	Aktiv	4.1 Risiko for høye emosjonelle krav og manglende psykologisk trygghet	Mellommenneskelig og organisatoriske forhold som settes under press (f.eks vakanser, rekrutteringsutfordringer, omorganiseringer med mer og innleie). Vold og trusler blir også mer utfordrende pga tyngre og endret pasientgruppe og lovendringer med mindre bruk av tvang som konsekvens.
				4.2 Risiko for høyt sykefravær	Risiko for å ikke nå målet om inkluderende arbeidsliv og styrket sykefraværsoppfølging. Henger også sammen med punkt 4.1. Vi har for stor variasjon i sykefraværet. Innsatsen knyttet til sykefraværsoppfølging skal styrkes.
Poliklinikkene - gjennomgang og analyser på tvers	Susanne Miriam Sørensen Hernes	31.08.2026	Aktiv		
Utrede hvordan implementere kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helt ut	Susanne Miriam Sørensen Hernes	16.12.2026	Aktiv	2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet	Avdelingene jobber i varierende grad systematisk med kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Rapport etter stedlig tilsyn gastrokirurgi SSA, samt to ulike systemtilsyn våren 2025 understreker behovet for sterkere tiltak for å sikre implementering av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring på alle nivå i organisasjonen.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Jobbe videre gjennom investeringsprosessen med prioriteringer.	Leif Steinar Bråndland	16.12.2026	Aktiv	10.1 Medisinsk teknologisk utstyr, risiko for havari	SSHF har en eldre utstyrspark som medfører risiko for havari. Investeringsmulighetene for 2026 er redusert for MTU, noe som ytterligere øker risikoen.
				10.6 Forsinket utrulling IKT helselogistikk	Det er store forsinkelser i utrulling av IKT-verktøy som er under utrulling i HSØ. Krevende for SSHF, som mister fremdrift i viktige prosesser for å sikre mer effektiv drift.
Egen handlingsplan KPH, SSF systemtisk rekrutteringstiltak legespesialister, MSK ulike tiltak radiologi, bruk av fleksible arbeidstidsordninger for spesialsykepleiere og jordmøde	Nina Føreland	16.12.2026	Aktiv	3.2 Risiko for å ikke lykkes med å beholde og rekruttere	Sviktende rekruttering med mange vakante behandlerstillinger. Risiko for lavere aktivitet og dårligere kvalitet. Gjelder legespesialister, psykologspesialister, spesialsykepleiere/jordmødre og sykepleiere. Varierende utfordringer i deler av organisasjonen. I 2025 har det imidlertid vært en gledelig nedgang i turnover, også for legestillinger. Risikoen er varierende i foretaket, men er pt spesielt stor i dag ved Nevrologisk avdeling, gastrokirurgisk seksjon SSA, labavdeling SSF og generell kirurgi SSF.
Risikostyring - jobbe for økt forståelse, modenhet og gjennomføringsevne i hele org.	Vemund Gitlestad	31.12.2026	Aktiv	11.1 Manglende forståelse for betydningen av god risikostyring	Det kan være krevende å oppnå full forståelse av behovet for god risikostyring på alle ledernivå. Kan bli sett på som ressurskrevende prosesser, der leder ikke i tilstrekkelig grad ser nytten. I deler av organisasjonen vil det fremdeles være mangel på kompetanse.
				11.2 Manglende etterlevelse av risikostyring	Vanskelig å prioritere for ledere, og manglende tilgjengelig lederstøtte.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Styrke enhetens evne til å håndtere beredskapssituasjoner	Signy Svendsen	16.12.2026	Aktiv	12.1 Internkommunikasjon i en beredskapssituasjon	Å ikke kunne komme ut med informasjon internt og eksternt i krisesituasjoner, pga mangel på virkemiddel. Det er også en viss risiko for at intranett blir mindre effektiv som informasjonskanal i fremtiden, på grunn av etablering av M365/alternative skreddersydde info-sider. Det er besluttet å ikke anskaffe info-skjermer for dette formålet.
Samhandling - styrke dialog, avtalefesting, ansvarliggjøring	Mirjam Lien Smedsrød	16.12.2026	Aktiv	13.1 Risiko for at utskrivningsklare pasienter somatikk ikke tas imot av kommunen.	Overligger skaper utfordringer ved at de opptar plass og ressurser som skal brukes på nye pasienter. Således er det en pasientsikkerhets risiko. Variasjon med tanke på kommuner, og periodevis topper det seg. Stor risiko for avdelingene. Flere kommuner på Agder står i en vanskelig økonomisk situasjon, noe som kan øke risikoen ytterligere. Vurderes som en vedvarende utfordring, som potensielt kan forsterkes i årene som kommer blant annet med stor økning av antall eldre - og det som følger med av tjenestebehov. Risikoen i somatikken vurderes som noe høyere enn i psykiatri, blant annet pga. vedvarende og økende demografiske endringer.
				13.2 Risiko for at utskrivningsklare pasienter psykisk helse og rus ikke tas imot av kommunen	Det er klare negative konsekvenser for pasienters helse dersom de som blir værende i akuttavdelinger når de er utskrivningsklare og ikke lenger trenger døgntilrettelagt behandling. Behandlingsplasser og ressurser bindes opp, som skulle vært frigjort til nye/andre pasienter. Overligger over lang tid er gjerne pasienter med sammensatte problemstillinger, alvorlig psykisk sykdom kombinert med rus, og med sikkerhetsproblematikk - flere under tvungent psykisk helsevern. Risikoen vurderes noe lavere i psykiatrien enn i

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					somatikken, på grunn av pågående samarbeidstiltak.
				13.3 Risiko for at samhandlingen mellom kommunene og SSHF ikke gir nødvendig og rask nok omstilling for å sikre bærekraftige tjenester	Det er klare krav til felles planlegging og samhandling om utvikling av helsetjenestene - for å skape gode forløp, sammenheng og bærekraft. Det krever stor evne og vilje til omstilling og at kommuner og sykehus må prioritere å bruke ressurser til omstilling og samhandlingstiltak. Helsefellesskapet har nå flere større prosjekter knyttet til felles pasientforløp, som kan bli vanskelig å gjennomføre uten tilstrekkelig ressursallokering (ansatte/kompetanse, friske midler). Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet som er innført fra og med september 2024, som et varig tilskudd, vil kunne redusere risikoen og helt klart 'smøre samhandlingen' og muligheten for forbedringsarbeid/innovasjon. Det er ennå for tidlig å si hvilke gevinster vi klarer å hente ut av samarbeidet/prosjektene.
Ferdigstille arealbruksplan og prosjektprogram - be om finansiering til verdibevarende tiltak for trinnvis utvikling av SSHF	Rune Berntsen	31.12.2026	Aktiv	14 Policyområde Eiendom, stort vedlikeholdsetterslep og udekket behov for funksjonell tilpasning	Akk. etterslep på 4,3 milliarder i 2025 (TG2/TG3). Dårlig teknisk tilstand fører i økende grad til driftsforstyrrelser i klinikkene. Manglende funksjonell egnethet reduserer muligheten for rasjonell og effektiv drift (størrelsesorden 2-3 milliarder som kommer i tillegg til ovenstående.) Både teknisk tilstand og manglende funksjonalitet kan føre til dårlig pasientsikkerhet. Risikoen øker, pga at mer og mer kommer over i kategorien "haster mye".

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Vurdere eksisterende planer	Tom Helge Vik Tollefsrud	23.12.2026	Aktiv	5.4 Digitale angrep som medfører langvarig nedetid	Vi har planer for å håndtere kortvarig nedetid, men usikkert på om vi kan langvarig nedetid. Risikoen har økt sett i lys av det sikkerhetspolitiske bildet.
Utarbeide tiltak for å styrke utdanningsløpet ved Kir. SSA	Bente Jahnsen	16.12.2026	Aktiv	8.3 Risiko for mangelfull gjennomføring av LIS-utdanning i kirurgi SSA	Viser til foreløpig rapport fra Statens helsetilsyn, etter stedlig tilsyn gastrokirurgi SSA oktober 2025. Mangelfull utdanning kan i neste omgang gi rekrutteringsutfordringer.
Styrke gjennomføringskraft innen systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	Else Kristin Reitan	16.12.2026	Aktiv	2.4 Risiko for at avdelingene i for liten grad jobber systematisk med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet	Avdelingene jobber i varierende grad systematisk med kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Rapport etter stedlig tilsyn gastrokirurgi SSA, samt to ulike systemtilsyn våren 2025 understreker behovet for sterkere tiltak for å sikre implementering av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring på alle nivå i organisasjonen.
Implementere strategier og planer utarbeidet i regi av NokBlod	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2026	Aktiv	5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	SSHF har beredskap for å håndtere den daglige ulykken, men har ikke tilstrekkelig beredskap med hensyn til krig og større katastrofer.
Sikre tilstrekkelig tilgang på blodgivere og kapasitet til å gjennomføre tapping	Tom Helge Vik Tollefsrud	31.12.2026	Aktiv	5.2 Risiko for manglende blodberedskap i større krisesituasjoner	SSHF har beredskap for å håndtere den daglige ulykken, men har ikke tilstrekkelig beredskap med hensyn til krig og større katastrofer.
Etablere systematikk og løsning for å dokumentere etterlevelse av lovkrav og andre krav knyttet til informasjonssikkerhet og personvern	Geir Harald Hovind	30.06.2026	Aktiv	9.4 Utilstrekkelig dokumentasjon av etterlevelse av lovkrav	Ved tilsyn vil det være krevende å dokumentere SOA, dvs både at vi har nødvendige retningslinjer og rutiner på plass som ivaretar kravene, samt regime for å dokumentere at disse benyttes

Godkjenner restrisiko

Nina Mevold

Restrisiko Svært høy

Restrisiko godkjent?

Nei, status er: "Aktiv"