



Styresak

Går til: Styremedlemmer
Foretak: Helse Stavanger HF
Dato: 14.10.2015
Saksbehandler: Arild Johansen
Saken gjelder: **Styresak 83/15 Risikovurdering av overordnede styringsmål pr. 2. tertial 2015**

Arkivsak
15/193/012

Saknsnr	Utvalg	Møtedato
		14.10.2015

Bakgrunn:

I henhold til Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest skal det foretas risikovurdering av utvalgte mål i styringsdokumentet for helseforetaket pr. 1. og 2. tertial. I tillegg skal det foretas en evaluering av måloppnåelse ved årets slutt. Risikovurderinger og årsevaluering skal forelegges styret.

Kommentarer:

Styret behandlet i møte den 04.06.2015 (sak 55/15 O) sak om risikovurdering av overordnede styringsmål pr. 1. tertial 2015.

I denne sak legger adm. direktør fram for styret risikovurdering av de samme styringsmål med tilhørende delmål pr. 2. tertial 2015.

Saksframstillingen omfatter en oppsummering av risikovurderingene med den mest relevante styringsinformasjonen. Vedlegget inneholder all detaljinformasjon dersom styret skulle ønske å gå dypere inn i underlaget for risikovurderingene og forslagene til risikoreducerende tiltak.

Adm. direktør vil presisere at vurderingene bare omfatter risiko knyttet til oppnåelse av de ulike delmål som er utvalgt, og ikke sier noe om foretakets totale risiko på overordnet nivå. Delmålene kan ha ulik betydning og er ikke rangert ut fra betydning i forhold til overordnede styringsmål for foretaket. Vurderingene omfatter ikke risiko knyttet til det samlede tjenestetilbud (i kvalitet og volum) innen enheter eller fagområder. Stor risiko på ett eller flere av delmålene uttrykker følgelig ikke noe om at tjenestetilbudet innen en enhet eller fagområde er bedre eller dårligere enn i andre enheter.

Resultatet av sannsynlighets- og konsekvensvurderingene er uttrykt i risikomatrisen. Risiko plassert i rød sone angir at det er stor risiko i forhold til å oppnå **det enkelte delmålet** og at det snarlig skal iverksettes korrigerende tiltak for å oppnå delmålet. Havner risikoen i gul sone innebærer det at det må vurderes å iverksette korrigerende tiltak for å oppnå delmålet. I den følgende oppsummerende saksfremstilling gjengis eksempler på korrigerende tiltak bare i forhold til risiko plassert i rød sone.

	Styringsmål	Delmål
1	Tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten i Helse Stavanger HF skal halveres innen 2017.	<p>1. Program for pasientsikkerhet i Helse Stavanger HF 2013-2017 er godt forankret i ledergrupper og kjent i resten av organisasjonen.</p> <p>2. Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseforetaket så snart de blir overlevert fra prosjekt til linje.</p>
2	Helse Stavanger HF har et kvalitativt godt og helhetlig behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling/TSB.	<p>1. I psykisk helsevern og rusbehandling/TSB får pasientene tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og for å unngå brudd i behandlingen.</p> <p>2. Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud.</p> <p>3. Barn og unge som har behov for det, blir møtt med tidlig hjelp tilpasset situasjonen deres.</p> <p>4. Det skal være større vekst innen psykiatri og rus enn innenfor somatikk (Den gylne regel).</p>
3	Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.	<p>1. Faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp skal implementeres. (Ref. bl.a. pakkeforløp kreft).</p> <p>2. Flaskehalser i pasientbehandlingen, og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, skal identifiseres.</p> <p>3. Det skal vises tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved operasjonsstuer blir utnyttet så optimalt som mulig gjennom døgnet.</p> <p>4. Tiltak i prosjektet «Alle møter» skal implementeres.</p>
4	Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.	Det skal ikke være korridorpatienter

Oppsummert viser risikovurderingene følgende resultater:

Styringsmål 1

Tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten i Helse Stavanger HF skal halveres innen 2017.

Delmål 1: Program for pasientsikkerhet i Helse Stavanger HF 2013-2017 er godt forankret i ledergrupper og kjent i resten av organisasjonen.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes i likhet med pr. 1. tertial overveiende som moderat (gul sone). Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Delmål 2: Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseforetakene så snart de blir overlevert fra prosjekt til linje.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes i likhet med pr. 1. tertial overveiende som moderat (gul sone). Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Styringsmål 2: Helse Stavanger HF har et kvalitativt godt og helhetlig behandlingstilbud innen psykiske helsevern og rusbehandling/TSB.

Delmål 1: I psykisk helsevern og rusbehandling/TSB får pasientene tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og for å unngå brudd i behandlingen.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes også her overveiende som moderat (gul sone). Dette er en forbedring fra 1. tertial. Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Delmål 2: Pasienter med både rusproblem og psykisk sykdom får et samordnet og integrert behandlingstilbud.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes fortsatt som moderat (gul sone). Det er identifisert ytterligere tiltak (tiltak c) for å oppnå delmålet – slik at tiltakslisten nå består av følgende:

- a) Alle pasienter skal vurderes for rusatferd ved inntak ved Psykiatrisk divisjon.
- b) Det anbefales å bruke kartleggingsverktøyene for rus, DUDIT og alkohol, AUDIT.
- c) Psykiatrisk divisjon har satt opp på faglige satsningsområder, at en skal ha fokus på rus og personlighetsforstyrrelser. (Dette vil sannsynliggjøre at en øker fokus på å kartlegge pasientene både for rusatferd og psykiske lidelser).

Delmål 3: Barn og unge som har behov for det, blir møtt med tidlig hjelp tilpasset deres situasjon.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes som liten til moderat. Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Delmål 4: Det skal være større vekst innen psykiatri og rus enn innenfor somatikk (Den gylne regel).

Det knytter seg moderat risiko (gul sone) for ikke å oppnå delmålet – målt med utvikling i aktivitet. Det er pr. 2. tertial en større aktivitetsvekst i psykiatri og rus enn i somatikken. Dette er en forbedring i forhold til pr. 1. tertial. Identifiserte og besluttede tiltak pr. 1. tertial forutsettes videreført i 3. tertial.

I forhold til ventetidsmålene – så er disse oppfylt innen BUP og TSB, men det knytter seg fortsatt stor risiko til om man kan oppnå målet på ventetid innen voksenpsykiatrien - 45 dager - gitt i styringsdokumentet 2015. Følgende tiltak er besluttet videreført for å oppnå ventetidsmålet:

- a. Ekstra poliklinikk og vikarpool på Sola DPS, Sandnes DPS og Stavanger DPS.
- b. Det er opprettet vikarpool i BUP.

Budsjettfordeling og ressursforbruk ble ikke risikovurdert pr. 1. tertial. Suksessfaktor/risikoelement 4 C viser at det vurderes som moderat risiko (gul sone) til om man klarer å oppnå vedtatt budsjettfordeling mellom psykiatri/rus og somatikk.

Utviklingen i driftskostnader i 2015 sammenlignet med 2014 viser at psykiatri og rus pr. 1. tertial hadde en lavere andel enn somatikken (10,4 % mot 11,9 %). Pr. 2 tertial er andelen til psykiatri og rus større enn somatikken (10,5 % mot 8,9 %). Pr. 2. tertial er utviklingen i tråd med 'den gylne regel'.

Styringsmål 3: Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.

Delmål 1: Faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp skal implementeres. (Ref. bl.a. pakkeforløp kreft).

Risikoen for ikke å oppnå delmålet vurderes også pr. 2. tertial som moderat (gul sone). Det er identifisert tiltak for å redusere risiko.

Delmål 2: Flaskehalsen i pasientbehandlingen, og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, skal identifiseres.

Risikoen for ikke å oppnå delmålet vurderes som overveiende moderat (gul sone). Dette er en forbedring fra 1. tertial. Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Delmål 3: Det skal vises tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved operasjonsstuer blir utnyttet så optimalt som mulig gjennom døgnet.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes fortsatt overveiende som moderat (gul sone). Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Delmål 4: Tiltak i prosjektet «Alle møter» skal implementeres.

Risiko i forhold til å oppnå delmålet vurderes i likhet med pr. 1. tertial som overveiende moderat (gul sone). Det er identifisert tiltak for å oppnå delmålet.

Styringsmål 4: Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.

Delmål: Det skal ikke være korridorpasienter.

Det er dokumentert en betydelig reduksjon i antall korridorpasientdøgn i de siste månedene.

Det knytter seg imidlertid fortsatt stor risiko (rød sone) knyttet til risikoelementene 1A-1C:

1A: For høy beleggspersent på post vanskeligjør rett plassering av pasient til rett tid fra akuttmottaket og mellom poster.

Følgende tiltak er identifisert for å redusere risiko:

Øke antall tilgjengelige liggedøgn ved tiltak rettet mot:

1. Redusere liggetid

Fokus på generelle og spesielle rutiner som sikrer felles situasjonsforståelse, progresjon for den enkelte pasient, prioritering av pasienter med behov for beslutninger og forutsigbare beslutningspunkter på postene.

- a. Etablere daglige «tavlemøter» på noen poster (pilot og evaluering).
- b. Implementere plan for høy aktivitet i alle poster (Medisinsk divisjon, Kirurgisk divisjon, Kvinne-barnedivisjonen og MOBA).
- c. DRG spesifikk gjennomgang av liggetider.
- d. Etablere felles situasjonsforståelse, målsetning, kultur og rammeverk for endring gjennom workshop og gruppemøter.
- e. Lederprosess som sikrer omforente mål for reduksjon av liggetid (post/avdeling/divisjon/foretak).

2. Effektiv bruk av tilgjengelig sengekapasitet / tilførsel nye ressurser

- a. Døgn til dag prosjekt
- b. Diagnostisk senter
- c. Stolkroken akuttmottaket
- d. Brystsmerte pasienter til OBA
- e. 4 nye senger (2 til MIO / 2 til 3B).

1B: Manglende effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket på grunn av for lav, total og riktig klinisk beslutningskompetanse i akuttmottaket og ikke fungerende retningslinjer for pasientplassering.

Følgende tiltak er identifisert for å redusere risiko:

1. Styrking av legekompertanse (4 LIS leger til medisinsk divisjon)
2. Stand up situasjonsbeskrivelse («tavlemøte») verktøy i akuttmottaket.
3. Plan for høy aktivitet.
4. Klarere definisjoner (Permisjon / Korridorpatient / Hotell) og bedre DIPS-oversikter over ledige senger.
5. P15 prosjekt Ortopedisk avdeling (FCF gjennom akuttmottaket).
6. Kurs «Klinisk ledelse i team».

1C: Manglende postrutiner for kliniske beslutninger til rett tid.

Følgende risikoreducerende tiltak er identifisert:

1. Fokus på generelle og spesielle rutiner som sikrer felles situasjonsforståelse, progresjon for den enkelte pasient, prioritering av pasienter med behov for beslutninger og forutsigbare beslutningspunkter på postene.
 - a. Etablere daglige «tavlemøter» på noen poster (pilot og evaluering).
 - b. Implementere plan for høy aktivitet i alle poster (Med, Kir, Kvinne-barn divisjoner og MOBA).
 - c. DRG spesifikk gjennomgang av liggetider.

- d. Etablere felles situasjonsforståelse, målsetning, kultur og rammeverk for endring gjennom workshop og gruppemøter.
 - e. Lederprosess som sikrer omforente mål for reduksjon av liggetid (post/avdeling/divisjon/foretak).
2. Økt legekompentanse på post ved tilførsel av 4 nye LIS stillinger.

Det knytter seg fortsatt moderat risiko knyttet til risikoelementene 1D-1F. Det er identifisert tiltak for å redusere risiko.

Risiko knyttet til risikoelementene 1G-1H er ikke vurdert. Dette vil bli vurdert når øvrige tiltak er iverksatt og effekten registrert og vurdert.

Forslag til vedtak:

Styret tar sak om risikovurdering av overordnede styringsmål pr. 2. tertial 2015 til orientering.