

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

De to delmålene i denne risikovurderingen må ses i sammenheng og delmål 1 er i stor grad en forutsetning for at delmål 2 kan iverksettes.

Gruppeleder: Sølve Braut, fagsjef/ Liss Søreide, konst. fagsjef

Fasilitator: Liss Søreide

<b>Risikoelement</b>	<b>Tertial 1</b>	<b>Tertial 2</b>
1A Status og resultater i pasientsikkerhetsprogrammet er ikke fast tema i ledermøter på alle nivåer.		
1B Data/ indikatorer blir ikke registrert.		
1C Ledere og deres ansatte er ikke lojale i forhold til tiltak, resultater og målinger i Pasientsikkerhetsprogrammet.		
1D Informasjon om programmet når ikke alle og er ikke tilpasset ulike yrkesgrupper og avdelinger i foretaket.		
2A Manglende kunnskap om forbedringsmetodikk i de kliniske avdelingene.		
2B Ikke alle ledere i aktuelle avdelinger/ poster følger opp Pasientsikkerhetsprogrammet.		

Risikomatrix pr. 1. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				1A, 1C, 2A, 2B	
	Liten			1D	1B	
	Svært liten					

Risikomatrix pr. 2. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat				1A, 1C, 2A, 2B	
	Liten			1D	1B	
	Svært liten					

<b>Styringsmål 1</b>		<b>Tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten i Helse Stavanger HF skal halveres innen 2017</b>
<b>Delmål 1</b>		<b>Program for pasientsikkerhet i Helse Stavanger HF 2013-2017 er godt forankret i ledergrupper og kjent i resten av organisasjonen</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Status og resultater i pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i ledermøter på alle nivåer.
<b>Risikoelement 1A</b>		Status og resultater i pasientsikkerhetsprogrammet er ikke fast tema i ledermøter på alle nivåer.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Helse Stavanger HF og aktuelle enkeltområder drøftes i adm. direktør sin ledergruppe. Status og plan for videre arbeid diskuteres jevnlig i programgruppemøtene, hvor ressurs- og kontaktpersoner fra divisjonene er representert. Resultatene fra innsatsområdene «Trygg pleie» og «Trygg kirurgi», samt spredningskart rapporteres til Helse Vest RHF. Spredningskartet vil innen kort tid bli tilgjengelig i styringsportalen og enkelt gi oversikt over spredningsgrad. Divisjonene har i ulik grad programmet som fast tema i ledermøter, men oftere enn før er det tema på personalmøter o.l.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører kliniske divisjoner

	<b>Tiltak</b>	<p>a) Divisjonene sikrer at pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i ledermøter, på linje med andre områder det rapporteres på.</p> <p>b) Lenke spredningskartet til Styringsportalen for synliggjøring av resultater.</p> <p>c) Ledere på alle nivå etterspør/ bruker resultater fra Styringsportalen.</p> <p>d) Tydeliggjøre hva som ligger til grunn for kriteriene grønn/ gul/ rødt i spredningskartet, slik at kartet gir et riktigere bilde av status.</p> <p>e) Utvalgte pasientsikkerhetsindikatorer presenteres AD ´s statusrapport i utvidet ledermøte.</p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Omtale i møtereferat fra divisjonenes/ enhetenes ledermøter
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	Pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Helse Stavanger HF og aktuelle enkeltområder drøftes i adm. direktør sin ledergruppe. Programmet er også tema i divisjonenes kvalitetsråd. Status og plan for videre arbeid diskuteres jevnlig i programgruppemøtene, hvor ressurs- og kontaktpersoner fra divisjonene er representert. Resultatene fra innsatsområdene «Trygg pleie» og «Trygg kirurgi», samt spredningskart rapporteres til Helse Vest RHF. Avdelingsledere får tilsendt en tertialvis rapport om egne og foretakets resultater om antall trykksår og fall, og andel pasienter med indikasjon for blærekateter og SVK. Divisjonene har i ulik grad programmet som fast tema i ledermøter, men det er oftere enn før tema på personalmøter o.l.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører kliniske divisjoner
	<b>Tiltak</b>	<p>a) Divisjonene sikrer at pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i ledermøter, på linje med andre områder det rapporteres på.</p> <p>b) Lenke spredningskartet til rapportsidene på intranettet.</p> <p>c) Ledere på alle nivå etterspør/ bruker resultater fra Styringsportalen og tertialrapporten.</p> <p>d) Tydeliggjøre hva som ligger til grunn for kriteriene grønn/ gul/ rødt i spredningskartet, slik at kartet gir et riktigere bilde av status.</p> <p>e) Utvalgte pasientsikkerhetsindikatorer presenteres AD ´s statusrapport i utvidet ledermøte.</p> <p>f) Status og resultater for innsatsområdene sendes nivå 4 ledere med kopi til nivå 3 ledere.</p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Omtale i møtereferat fra divisjonenes/ enhetenes ledermøter
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	

	<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>	Data/ indikatorer blir registrert
	<b>Risikoelement 1B</b>	Data/ indikatorer blir ikke registrert
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Data/ indikatorer i pasientsikkerhetsprogrammet oppleves som mer tilgjengelig sammenlignet med i 2014. Skjema for Trygg pleie finnes i Dips, og registreringer for Trygg kirurgi gjøres i ORPlan. Det jobbes videre med strukturert registrering av data for automatisk uttrekk til Styringsportalen, noe som vil lette arbeidet med registrering betydelig. Helse Stavanger er i gang med pilotering av elektroniske tavlemøter som kan gi gode muligheter for enkelt å vise og følge opp data på post- og avdelingsnivå. På sikt er det mulig at dette vil bli ivarettatt av KULE/Dips Arena.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører/ avdelingsjefer i kliniske divisjoner

	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ledere tydeliggjør ansvar for registreringer av tiltak og målinger i programmet og sikrer at det blir utført.</li> <li>b) Helse Stavanger HF deltar fortsatt i arbeid med å få etablert automatisk uttrekk fra pasientjournaler.</li> <li>c) Ledere innhenter manuelle oversikter der elektroniske rapporter ikke er tilgjengelig.</li> <li>d) Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet tilbyr støtte til divisjonene med å plote data og ta ut rapporter.</li> <li>e) Ledere bruker oppnådde resultater for å motivere til videre innsats i programmet.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå, FF-KP på deltakelse i Pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Vest.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter over resultat presenteres jevnlig i ledermøter og avdelingsmøter.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Data/ indikatorer i pasientsikkerhetsprogrammet oppleves som mer tilgjengelig sammenlignet med i 2014. Gjennomførte risikovurderinger av trykksår, fall, ernæringsmessig svikt og selvmord, registreres på skjema i Dips. Data til kvalitetsindikatorerne for hjerneslagbehandling trekkes fra Dips og Hjerneslagsregisteret. Disse indikatorerne synliggjøres nå i Styringsportalen, men selvmords- og hjerneslagsindikatorerne ligger enda kun i testbasen og settes i produksjon innen kort tid. Antall fal og trykksår samt indikasjon for blærekateter og SVK, registreres foreløpig manuelt. Det jobbes videre med strukturert registrering av data for automatisk uttrekk til Styringsportalen, noe som vil lette arbeidet med registrering betydelig. Helse Stavanger er i gang med pilotering av elektroniske beslutningsmøter via Dips Arena (tavlemøter), som kan gi gode muligheter for enkelt å følge opp pasienter og vise resultater på alle nivå i foretaket.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører/ avdelingssjefer i kliniske divisjoner
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ledere tydeliggjør ansvar for registreringer av tiltak og målinger i programmet og sikrer at det blir utført.</li> <li>b) Helse Stavanger HF deltar fortsatt aktivt i arbeid med å få etablert automatisk uttrekk fra pasientjournaler.</li> <li>c) Ledere innhenter manuelle oversikter der elektroniske rapporter ikke er tilgjengelig.</li> <li>d) Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet tilbyr støtte til divisjonene med å plote data og utarbeide tertialrapporter.</li> <li>e) Ledere bruker oppnådde resultater for å motivere til videre innsats i programmet.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå, FF-KP på deltakelse i Pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Vest.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapporter over resultat presenteres jevnlig i ledermøter og avdelingsmøter.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1C</b>		Ledere og deres ansatte er lojale i forhold til tiltak, resultater og målinger i Pasientsikkerhetsprogrammet.
<b>Risikoelement 1C</b>		Ledere og deres ansatte er ikke lojale i forhold til tiltak, resultater og målinger i Pasientsikkerhetsprogrammet.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Lojaliteten til pasientsikkerhetsprogrammet varierer mellom avdelingene og de ulike innsatsområdene i programmet. Enkelte avdelinger, som skulle vært kommet i gang, er det fortsatt ikke. Ressurspersoner i programmet har strukturerte fasiliteringsmøter med de enkelte avdelingssykepleiere i Medisinsk og Kirurgisk divisjon, der tema er arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet. Bruk av resultater kan bidra til å synliggjøre status og motivere til innsats.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat

	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	a) Synliggjøre spredningskartet (etter hvert via styringsportalen) b) Ledermøter og kvalitetsråd har Pasientsikkerhetsprogrammet som fast tema. c) Helse Stavanger HF delta i utvikling av en «Ansattkampanje» i regi av Helse Vest for å få til engasjement og atferdsendring. d) Videreføre systematisk fasilitering av forbedringsarbeidet på alle poster. e) Synliggjøre resultatene for alle aktuelle ansatte via oppslagstavler, i møter etc. for å skape engasjement og lojalitet til tiltak og målinger.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	Lojaliteten til pasientsikkerhetsprogrammet varierer mellom avdelingene og de ulike innsatsområdene i programmet. De fleste avdelinger er nå kommet i gang. Ressurspersoner i programmet har strukturerte fasiliteringsmøter med de enkelte avdelingssykepleiere i Medisinsk og Kirurgisk divisjon, der tema er arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet og forbedringsmetodikk. Bruk av resultater kan bidra til å synliggjøre status og motivere til innsats.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	a) Synliggjøre spredningskartet. b) Ledermøter og kvalitetsråd har Pasientsikkerhetsprogrammet som fast tema. c) Helse Stavanger HF delta i utvikling av en «Ansattkampanje» i regi av Helse Vest for å få til engasjement og atferdsendring. d) Videreføre systematisk fasilitering av forbedringsarbeidet på alle poster. e) Synliggjøre resultatene for alle aktuelle ansatte via oppslagstavler, i møter etc. for å skape engasjement og lojalitet til tiltak og målinger. f) Resultater synliggjøres på divisjonenes egne intranettsider, slik at alle kan følge utviklingen.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1D</b>	Informasjon om programmet når alle og er tilpasset ulike yrkesgrupper og avdelinger i foretaket.
	<b>Risikoelement 1D</b>	Informasjon om programmet når ikke alle og er ikke tilpasset ulike yrkesgrupper og avdelinger i foretaket.
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Mange tiltak er iverksatt for at informasjon om Pasientsikkerhetsprogrammet skal nå alle. Kommunikasjonsplanen for foretaket er revidert og i det videre arbeidet vil det iverksettes informasjonstiltak rettet mot de ulike innsatsområdene, synliggjøring av lederengasjement og pasientsikkerhet generelt. Vernetjenesten og de tillitsvalgte deltar ikke i fora hvor Pasientsikkerhetsprogrammet er fast på sakslisten og informasjonen når ikke alltid disse gruppene.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører i kliniske divisjoner

	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Følge tiltak i kommunikasjonsplanen for Helse Stavanger HF</li> <li>b) Jevnlig statusrapportering om programmet til Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Helse Stavanger HF, samt egne orienteringssaker om enkeltområder i Adm. direktør sin ledergruppe.</li> <li>c) Jevnlig informasjon om programmet i styret, brukerutvalg, vernetjenesten og tillitsvalgte, samt på ulike personalmøter.</li> <li>d) Synliggjøre lederengasjement ved hjelp av ulike kommunikasjonstiltak</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunikasjonsavdelingen/ FFU/ divisjonsdirektører i kliniske divisjoner
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet, oppfølging av plan for implementering, samt resultater.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Mange tiltak er iverksatt for at informasjon om Pasientsikkerhetsprogrammet skal nå alle. Kommunikasjonsplanen for foretaket er revidert og i det videre arbeidet vil det iverksettes informasjonstiltak rettet mot de ulike innsatsområdene, synliggjøring av lederengasjement og pasientsikkerhet generelt. For å samle og synliggjøre tiltakene i programmet samkjøres disse med årshjul i kirurgisk og medisinsk divisjon. Vernetjenesten og de tillitsvalgte deltar ikke i fora hvor Pasientsikkerhetsprogrammet er fast på sakslisten og informasjonen når ikke alltid disse gruppene.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører i kliniske divisjoner
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Følge tiltak i kommunikasjonsplanen for Helse Stavanger HF</li> <li>b) Jevnlig statusrapportering om programmet til Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Helse Stavanger HF, samt egne orienteringssaker om enkeltområder i Adm. direktør sin ledergruppe.</li> <li>c) Jevnlig informasjon om programmet i styret, brukerutvalg, vernetjenesten og tillitsvalgte, samt på ulike personalmøter.</li> <li>d) Synliggjøre lederengasjement ved hjelp av ulike kommunikasjonstiltak</li> <li>e) Verne- og tillitsvalgttjenesten inviteres til å delta i programgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunikasjonsavdelingen/ FFU/ divisjonsdirektører i kliniske divisjoner
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet, oppfølging av plan for implementering, samt resultater.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Delmål 2</b>	<b>Tiltak i programmet blir implementert lokalt i helseforetakene så snart de blir overlevert fra prosjekt til linje</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>	Kunnskap om forbedringsmetodikk i de kliniske avdelingene
<b>Risikoelement 2A</b>	Manglende kunnskap om forbedringsmetodikk i de kliniske avdelingene

Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	I flere år har det vært arrangert 2 dagers regionalt kurs i forbedringsmetodikk og prosjektledelse. I tillegg har det vært gjennomført 2- timers kurs i forbedringsmetodikk i Helse Stavanger HF, samt direkte veiledning knyttet til de enkelte prosjekter og innsatsområder i avdelinger/ poster. Målgruppen har vært avdelingsledere, prosjektledere og ressurspersoner i programmet, og ca. 150 ansatte har deltatt i opplæringen. Det arrangeres nytt 2- timers kurs i forbedringsmetodikk våren 2015. Mange ansatte har også deltatt på ulike nasjonale og regionale læringsnettverk i regi av programmet, hvor forbedringsmetodikk er tema. 3 ansatte i foretaket har/ deltar i nordisk forbedringsagentutdanning fra 2013.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bruke kompetanse hos kvalitetskoordinatorer/ ressurspersoner i egen divisjon til å undervise/ veilede i forbedringsarbeid.</li> <li>b) Ledere må sikre kompetanse i forbedringsarbeid ved sine poster/ avdelinger ved å benytte opplæringstilbud.</li> <li>c) FF-KP tilbyr opplæring for alle ansatte i forbedringsmetodikk. I tillegg tilbys veiledning i enkeltprosjekter i divisjonene, samt fasiliteringsordningen som er rettet mot alle avdelinger/ poster.</li> <li>d) Benytte muligheten for deltagelse i nordisk forbedringsagentutdanning.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå/ Kvalitetskoordinatorer/FF-KP
<b>Kontrollaktivitet</b>	Antall personer som har deltatt på kurs i forbedringsmetodikk rapporteres halvårlig til divisjonsdirektører.	
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	I flere år har det vært arrangert 2 dagers regionalt kurs i forbedringsmetodikk og prosjektledelse. I tillegg har det vært gjennomført 2- timers kurs i forbedringsmetodikk i Helse Stavanger HF, samt direkte veiledning knyttet til de enkelte prosjekter og innsatsområder i avdelinger/ poster. Målgruppen har vært avdelingsledere, prosjektledere og ressurspersoner i programmet, og ca. 150 ansatte har deltatt i opplæringen. Det arrangeres jevnlig kurs i forbedringsmetodikk. Mange ansatte har også deltatt på ulike nasjonale og regionale læringsnettverk i regi av programmet, hvor forbedringsmetodikk er tema. Fra 2013 har 3 ansatte i foretaket deltatt i nordisk forbedringsagentutdanning og 2 ansatte (én lege og én farmasøyt) starter opp med dette i høst. I tillegg vil én lege delta i skotsk forbedringsprogram.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bruke kompetanse hos kvalitetskoordinatorer/ ressurspersoner i egen divisjon til å undervise/ veilede i forbedringsarbeid.</li> <li>b) Ledere må sikre kompetanse i forbedringsarbeid ved sine poster/ avdelinger ved å benytte opplæringstilbud.</li> <li>c) FF-KP tilbyr opplæring for alle ansatte i forbedringsmetodikk. I tillegg tilbys veiledning i enkeltprosjekter i divisjonene, samt fasiliteringsordningen som er rettet mot alle avdelinger/ poster.</li> <li>d) Benytte muligheten for deltagelse i ulike forbedringsagentutdanninger.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på alle nivå/ Kvalitetskoordinatorer/FF-KP
<b>Kontrollaktivitet</b>	Antall personer som har deltatt på kurs i forbedringsmetodikk rapporteres halvårlig til divisjonsdirektører.	
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		Ledere i de aktuelle avdelinger/ poster følger opp Pasientsikkerhetsprogrammet

<b>Risikoelement 2B</b>		Ikke alle ledere i aktuelle avdelinger/ poster følger opp Pasientsikkerhetsprogrammet.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Ledere på mange avdelinger/ poster følger opp Pasientsikkerhetsprogrammet på en god måte. Noen avdelinger/ poster har ikke kommet i gang med innsatsområder som er relevante for dem. Det er fremdeles utfordringer i forhold til manglende bruk og oppfølging av resultater i forbedringsarbeidet.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ledere må sikre at oppgaver i programmet blir ivaretatt på en forutsigbar og systematisk måte.</li> <li>b) Divisjonene må sikre at spredningsplanen blir fulgt</li> <li>c) Leder må gjennom opplæring og veiledning sikre nødvendig kompetanse hos ansvarlige for oppgaver i programmet.</li> <li>d) Resultater i programmet må synliggjøres for alle ansatte.</li> <li>e) Rask identifisering av eventuelle endringer/ forsinkelser slik at tiltak kan iverksettes for å innhente tapt tid og unngå ytterligere forsinkelser.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på nivå 3 og 4
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet, oppfølging av plan for implementering, samt resultater.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Ledere på mange avdelinger/ poster følger opp Pasientsikkerhetsprogrammet på en god måte. Noen avdelinger/ poster har ikke kommet i gang med innsatsområder som er relevante for dem. Det er fremdeles utfordringer i forhold til manglende bruk og oppfølging av resultater i forbedringsarbeidet.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ledere må sikre at oppgaver i programmet blir ivaretatt på en forutsigbar og systematisk måte.</li> <li>b) Divisjonene må sikre at spredningsplanen blir fulgt</li> <li>c) Leder må gjennom opplæring og veiledning sikre nødvendig kompetanse hos ansvarlige for oppgaver i programmet.</li> <li>d) Resultater i programmet må synliggjøres for alle ansatte.</li> <li>e) Rask identifisering av eventuelle endringer/ forsinkelser slik at tiltak kan iverksettes for å innhente tapt tid og unngå ytterligere forsinkelser.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledere på nivå 3 og 4
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Statusrapportering i pasientsikkerhetsprogrammet, oppfølging av plan for implementering, samt resultater.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	



## 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
2. Pasienter med både rusproblem og psykisk sykdom får et samordnet og integrert behandlingstilbud
3. Barn og unge som har behov for det, blir møtt med tidlig hjelp tilpasset deres situasjon
4. Det skal være større vekst innen psykiatri og rus enn innenfor somatikk (den gylne regel)

Gruppeleder: Lars Conrad Moe, avdelingssjef Psykiatrisk divisjon, BUPA

<b>Risikoelement</b>	<b>1. Tertial</b>	<b>2. Tertial</b>
1A Poliklinikk/ vurderingsenhet sikrer ikke kontinuitet i pasientforløpet.		
1B Pasient møter ikke til poliklinisk konsultasjon til avtalt tid		
1C Pasienter med alvorlig psykiske lidelser har ikke tilbud om IP		
2A Pasienter blir ikke utredet for både rusproblemer og psykisk sykdom når de får et behandlingstilbud.		
3A For lang utredningstid før behandlingstiltak iverksettes		
3B		
3B Ikke tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet hos personell i BUPA		
4A Planlagt vekst i aktivitet samsvarer ikke med mål satt i Styringsdokumentet for 2015.		
4B Krav til ventetid gitt i Styringsdokumentet for 2015 overholdes ikke.		
4C Ressurstilførsel/-forbruk psykiatri og rus i forhold til somatikk er ikke i samsvar med 'den gylne regel'.		

Risikomatrise pr. 1. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor			3B	4A, 4B, 1C	
	Moderat				1A, 2A, 3A	
	Liten				1B	
	Svært liten					

Risikomatrise pr. 2. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor				2A, 4B,	
	Moderat			3B	1A, 3A, 4A, 4C	
	Liten				1B, 1C	
	Svært liten					

<b>Styringsmål 2</b>		Helse Stavanger HF har et kvalitativt godt og helhetlig behandlingstilbud innen psykiske helsevern og rusbehandling/TSB
<b>Delmål 1</b>		I psykisk helsevern og rusbehandling/TSB får pasientene tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og for å unngå brudd i behandlingen
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Poliklinikk/ vurderingsenhet sikrer kontinuitet i pasientforløpet.
<b>Risikoelement 1A</b>		Poliklinikk/ vurderingsenhet sikrer ikke kontinuitet i pasientforløpet.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Alle pasienter som har hatt et tilbud i sengepost/institusjon, skal ha en time i hånden til poliklinisk oppfølging, enten ved DPS eller fastlege, ved utskriving. Dette fungerer i Psykisk helsevern for barn og unge, samt TSB, men det er større utfordring i forhold til poliklinisk oppfølging i DPS-ene. Årsaken vurderes til å være kapasitetsutfordringer i poliklinikkene og manglende kjennskap til rutiner om time i hånden. Målsettingen er at alle pasienter som får tilbud i en poliklinikk, skal ha en behandlingsplan. Noen pasienter får ikke time, eller ikke planlagt avslutning.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør psykiatrisk divisjon
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bedre etterlevelse av system for meldingsutveksling mellom ulike aktører ved avvik fra avtalt plan. Aktiv bruk av tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet som skal sikre time i hånden og kvalitetssikringsprogrammet i Psykiatrisk divisjon, som har som mål rett og sikker behandling.</li> <li>b) Etablering av ettervern poliklinikk i DPS-ene. Jf. prosjektet «hjelp på hjemmebane».</li> <li>c) Øke poliklinisk aktivitet i områder med stor befolkningsøkning.</li> <li>d) Raskere ansettelse i ledige stillinger</li> <li>e) Etablering av vikar pool i Psykiatrisk divisjon</li> <li>f) «Drop out team» for TSB pasienter som faller ut av pasientforløpet.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Behandlingsansvarlige</li> <li>b) Poliklinikkledere</li> <li>c), e) Ledergruppen i psykiatrisk divisjon</li> <li>d) Ledere på ulike nivå</li> <li>f) Leder AUV</li> </ul>
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig ventetidsrapportering
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Alle pasienter som har hatt et tilbud i sengepost/institusjon, skal ha en time i hånden til poliklinisk oppfølging, enten ved DPS eller fastlege, ved utskriving. Dette fungerer i Psykisk helsevern for barn og unge, samt TSB, men det er større utfordring i forhold til poliklinisk oppfølging i DPS-ene. Årsaken vurderes til å være kapasitetsutfordringer i poliklinikkene og manglende kjennskap til rutiner om time i hånden. Målsettingen er at alle pasienter som får tilbud i en poliklinikk, skal ha en behandlingsplan. Noen pasienter får ikke time, eller ikke planlagt avslutning. Tall fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at flere pasienter får time i hånden etter utskriving. Etablering av vikarpool er etablert ved DPS og BUP. I tillegg er ettervernpoliklinikker og «drop out»-team etablert.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon

	<b>Tiltak</b>	<p>a) Bedre etterlevelse av system for meldingsutveksling mellom ulike aktører ved avvik fra avtalt plan.</p> <p>b) Aktiv bruk av tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet som skal sikre time i hånden og kvalitetssikringsprogrammet i Psykiatrisk divisjon, som har som mål rett og sikker behandling.</p> <p>d) Øke poliklinisk aktivitet i områder med stor befolkningsøkning.</p> <p>e) Raskere ansettelse i ledige stillinger.</p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Følge opp pasientsikkerhetsprogrammet. Hvert kvartal
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		
<b>Risikoelement 1B</b>		Pasient møter til poliklinisk konsultasjon til avtalt tid
<b>Risikoelement 1B</b>		Pasient møter ikke til poliklinisk konsultasjon til avtalt tid
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Grad av «drop out» varierer innen divisjonen og mellom pasientgrupper. Oversikt over dette er tilgjengelig i DIPS og gjennomsnittstallet for pasienter som ikke møtte til time sank fra 13 % i jan-feb 2014 til 8 % ved siste tertial 2014. Totalt for 2014 har divisjonen mellom 7- 11 % ikke møtt. Det ser ut til at tallene er best for de yngste, mens rus har størst andel ikke møtt. SMS-varsling før avtalt time er i bruk i noen poliklinikker. Mange pasienter har av ulike årsaker behov for konsultasjon sent på dagen og møter ikke til timer tidligere.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	<p>a) Alle pasienter skal få tilbud om SMS-varsling.</p> <p>b) AUV: Sikre bruk av tiltaksliste, «differensierte tiltak for å få pasienten til å møte».</p> <p>c) Bevisst valg av tid og sted for konsultasjon. Stor fleksibilitet er nødvendig.</p> <p>d) Ambulante team og Ruspoliklinikker (OBS og PUT) har fleksible ordninger for å sikre konsultasjon.</p> <p>e) Aktiv bruk av «Alle møter» dashbordet i Helse Vest for å se på oppmøtegrad og planlagte aktivitet i poliklinikkene.</p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Poliklinikk lederne
<b>Kontrollaktivitet</b>	Jevnlig gjennomgang av data fra «Alle møter» dashbordet i Helse Vest. Tall fra DIPS ikke møtt presenteres i ledermøte PD foran hvert møte i arbeidsgruppen for overordnet risikovurdering	
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Grad av «drop out» varierer innen divisjonen og mellom pasientgrupper. Oversikt over dette er tilgjengelig i DIPS og gjennomsnittstallet for andre kvartal (1.mai – 31.august) for pasienter som ikke møtte til time var 7,2 % på BUPA, 8,2 % på VOP og 18,5 % på Rus psykiatri. Det ser ut til at tallene er best for de yngste, mens rus har størst andel ikke møtt. SMS-varsling før avtalt time er i bruk i alle poliklinikker. Mange pasienter har av ulike årsaker behov for konsultasjon sent på dagen og møter ikke til timer tidligere.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon
	<b>Tiltak</b>	<p>a) Pasienter i DPS som ikke møter til avtalt tid, blir krevd betaling for ikke-møtt.</p> <p>b) SMS varsling</p>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Poliklinikklederne
<b>Kontrollaktivitet</b>	Får tall på ikke-møtt fra Helse Stavanger HF, Rapporteringskoordinator hvert kvartal.	

<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1C</b>	Pasienter med behov for langvarig og koordinerte tjenester skal få tilbud om IP
	<b>Risikoelement 1C</b>	Pasienter med behov for langvarig og koordinerte tjenester får ikke alltid tilbud om IP.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Dette er nasjonal kvalitetsindikator ved psykose (F20). Det antas at ikke alle som har behov for IP, har dette pr. dags dato. Dette fremkommer av journalgjennomgang – internkontroll i SV.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør
	<b>Tiltak</b>	a) Sikre at alle behandlere er informert at alle pasienter som har tvangstiltak skal ha tilbud om IP. b) Kartlegge hvor mange pasienter som har tvangstiltak og som også har IP. Punktet om IP inkluderes når kvalitetsrådet sjekker journaler i sin interne revisjon. c) Vurdere muligheten for å bedre dokumentasjonen og synlighet i DIPS, f.eks. i notatoverskrift og under planer og avtaler.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	a) Behandlingsansvarlige b) Sjefslegen c) Sjefslegen/avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Data for kvalitetsgjennomgangen blir fremlagt i ledermøte Psykiatrisk divisjon ved årsslutt.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Dette er nasjonal kvalitetsindikator ved psykose (F20). Fokus på dette gjennom pasientsikkerhetskampanjen. Av 411 registrerte pasienter i andre kvartal med F20 diagnose, har 376 pasienter IP.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Prosjektledere i Psykiatrisk divisjon
	<b>Tiltak</b>	a) Sikre at alle behandlere er informert at alle pasienter som har tvangstiltak skal ha tilbud om IP. b) Kartlegge hvor mange pasienter som har tvangstiltak og som også har IP. Punktet om IP inkluderes når kvalitetsrådet sjekker journaler i sin interne revisjon. c) Vurdere muligheten for å bedre dokumentasjonen og synlighet i DIPS, f.eks. i notatoverskrift og under planer og avtaler. d) Gjøre kjent i hele Psykiatrisk divisjon at det finnes et elektronisk skjema som sendes til koordinerende enhet i kommunene.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon
	<b>Kontrollaktivitet</b>	DIPS rapport om IP hvert kvartal
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Delmål 2</b>	<b>Pasienter med både rusproblem og psykisk sykdom får et samordnet og integrert behandlingstilbud</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>	Pasienter skal utredes både for rusproblemer og psykisk sykdom når de får et

		behandlingstilbud.
<b>Risikoelement 2A</b>		Pasienter blir ikke utredet for både rusproblemer og psykisk sykdom når de får et behandlingstilbud.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Ruspasienter får ikke alltid tilstrekkelig oppfølging av sine psykiske plager og psykiatriske pasienter blir ikke alltid adekvat fulgt opp i forhold til rusproblematikk. Ca. 50 % av alle pasienter som blir innlagt akutt i voksenpsykiatrien, har et rusproblem.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør
	<b>Tiltak</b>	a) Alle pasienter skal vurderes for rusatferd ved inntak ved Psykiatrisk divisjon. b) Det anbefales å bruke kartleggingsverktøyene for rus, DUDIT og alkohol, AUDIT.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Behandlingsansvarlige
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ruskartlegging etableres som del av journalgjennomgang ved årlig tilsyn fra Kvalitetsrådet i divisjonen. Resultatene rapporteres tertialvis til ledergruppen.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Ruspasienter får ikke alltid tilstrekkelig oppfølging av sine psykiske plager og psykiatriske pasienter blir ikke alltid adekvat fulgt opp i forhold til rusproblematikk. En stor andel av pasienter som blir innlagt akutt i voksenpsykiatrien, har et rusproblem.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon
	<b>Tiltak</b>	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).
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Sjefslegen
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Ruskartlegging etableres som del av journalgjennomgang ved årlig tilsyn fra Kvalitetsrådet i divisjonen. Resultatene rapporteres tertialvis til ledergruppen.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Delmål 3</b>	<b>Barn og unge som har behov for det, blir møtt med tidlig hjelp tilpasset deres situasjon</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 3A</b>	Kort utredningstid før behandlingstiltak iverksettes
<b>Risikoelement 3A</b>	For lang utredningstid før behandlingstiltak iverksettes
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b> For at en skal ha god pasientflyt internt i poliklinikkene, må det rettes oppmerksomhet på gode pasientforløp, utrednings- og behandlingsplaner, samt på avslutninger. Mangel på legespesialister kan forsinke diagnostiske vurderinger. Det medfører at utredningstiden blir uforholdsmessig lang før det konkluderes og behandling iverksettes. BUP-poliklinikkene benytter seg av utredningsplaner og behandlingsplaner. I tillegg benytter en seg av tiltaket «Vestlandspasienten» som muliggjør SMS-varsling, noe som medfører at «ikke-møtt» andelen blir redusert. I uke 10 ble det foretatt en intern revisjon i poliklinikkene i BUPA, der det ble avdekket utfordringer vedrørende diagnosesetting og forutsigbar behandlingsplan.

	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør
	<b>Tiltak</b>	a) Øke kapasitet på spesialistvurderinger ved å ansette to overleger med spesielt tillegg på BUP Bryne og BUP Sandnes b) Ansatte fire ekstra psykologer på vakantbudsjett i poliklinikkene, der det i tillegg er utarbeidet et system for å avhjelpe hverandre ved sykemeldinger og spesielt travle perioder med mange henvisninger. c) Arbeid med å lukke avvikene i den interne revisjonen, herunder hurtig utarbeidelse av utredningsplan.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	a) Avdelingssjef BUPA b) Avdelingssjef BUPA, poliklinikk lederne c) Avdelingssjef BUPA, poliklinikk lederne
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig rapportering til ledergruppen i BUPA, om at en har kontroll på budsjettet.
	Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>
<b>Sannsynlighet</b>		Moderat
<b>Konsekvens</b>		Alvorlig
<b>Risikoeier</b>		BUPA avdelingssjef
<b>Tiltak</b>		a) Arbeid med å lukke avvikene i den interne revisjonen, herunder hurtig utarbeidelse av utredningsplan. b) Utarbeidelse av pakkeforløp på enkelte tilstander.
<b>Tiltaksansvarlig</b>		BUPA avdelingssjef
<b>Kontrollaktivitet</b>		Gjennomgang to ganger pr. år. Se EQS BUPA årshjul kontroll
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Kritisk suksessfaktor 3B</b>		Tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet hos personell i BUPA
<b>Risikoelement 3B</b>		Utilstrekkelig kompetanse og kontinuitet hos personell i BUPA
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	BUPA utreder om de skal flytte personalressurser fra Fellesfaglige tjenester til poliklinikkene for å avhjelpe de ressursmessige utfordringene som er i poliklinikkene. Det er en press på BUPA sine ressurser på bakgrunn av økt henvisningsrate (prognose 5 % og bemanningsnivå 4 %) og BUPA må likevel kunne gi et godt nok faglig tilbud. Utredning og behandling av barn er i større grad avhengig spesialiserte behandlingsforløp i forhold til andre pasientgrupper.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør
	<b>Tiltak</b>	Øke behandlerfaktor i poliklinikkene
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledergruppe psykiatrisk divisjon, avdelingssjef BUPA

	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapportering til ledergruppen på utredningstid og kompetanseplaner for personell
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	BUPA utreder om de skal flytte personalressurser fra Fellesfaglige tjenester til poliklinikkene for å avhjelpe de ressursmessige utfordringene som er i poliklinikkene. Det er et press på BUPA sine ressurser på bakgrunn av økt henvisningsrate. I perioder medfører økt etterspørsel for pasienter som har rett på nødvendig helsehjelp, til utfordringer for å ta i mot alle innen vurdert frist. Dette er i perioder spesielt utfordrende, da bemanningsnivået i poliklinikkene er lavt sett opp mot landsgjennomsnittet. Bemanningsnivået tilsvarer at BUP skal ta i mot 4 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, mens nasjonale føringer tilsier at en skal ta i mot 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen. (prognose 5 % og bemanningsnivå 4 %) og BUPA må likevel kunne gi et godt nok faglig tilbud. Utredning og behandling av barn er i større grad avhengig spesialistsikrede behandlingsforløp i forhold til andre pasientgrupper.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	BUPA avdelingssjef
	<b>Tiltak</b>	Øke behandlerfaktoren i poliklinikkene Ha gode kompetanseplanlegging
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Enhetsledere
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapportering til ledergruppen på utredningstid og kompetanseplaner for personell
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Delmål 4</b>		Det skal være større vekst innen psykiatri og rus enn innenfor somatikk (den gylne regel)			
<b>Kritisk suksessfaktor 4A</b>		Planlagt vekst i aktivitet samsvarer med mål satt i Styringsdokumentet for 2015.			
<b>Risikoelement 4A</b>		Planlagt vekst i aktivitet samsvarer ikke med mål satt i Styringsdokumentet for 2015.			
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	I styringsdokumentet for 2015 er det skissert betydelig høyere aktivitetsøkning i psykiatrisk divisjon, enn i somatiske avdelinger, spesielt innen den polikliniske driften (se tabell under). Det er betydelig utfordringer med å følge opp alle henvisningene til VOP poliklinikker, både interne og eksterne. De interne blir i stor prioritert, da disse pasientene har hatt et opphold på en av sengepostene. Det kan også se ut som enkelte pasienter har for langt opphold mellom hver time i poliklinikkene, noe som kan føre til for lange behandlingsforløp.			
			<b>Faktisk 2014</b>	<b>Plantall 2015</b>	<b>% endring F14-B15</b>
		<b>SOM</b>			
		<i>Sykehusopphold Døgn</i>	50 548	50 788	0,5 %
		<i>Sykehusopphold Dag</i>	21 298	21 414	0,5 %
		<i>Polikliniske konsultasjoner</i>	275 753	274 213	-0,6 %
		<b>BUP</b>			
		<i>Sykehusopphold Døgn</i>	222	227	2,3 %
		<i>Polikliniske konsultasjoner</i>	43 094	47 500	10,2 %
		<b>VOP</b>			
		<i>Sykehusopphold Døgn</i>	2 858	2 924	2,3 %
		<i>Polikliniske konsultasjoner</i>	73 348	78 230	6,7 %
<b>TSB</b>					
<i>Sykehusopphold Døgn</i>	47	49	4,3 %		
<i>Polikliniske konsultasjoner</i>	21 463	22 270	3,8 %		



	<b>Sannsynlighet</b>	Stor																																																																																					
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig																																																																																					
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør																																																																																					
	<b>Tiltak</b>	<p>a) BUP: Har økt fokus på poliklinisk aktivitet, med en reell økning på 10 %. Vil i 2015 ytterligere ha fokus på å ha flere behandlere i front, for å øke antall pasienter som kan få et tilbud. En forventer samtidig en redusert aktivitet på sengepost, på grunn av opprettelse av akutt ambulant ungdomsteam.</p> <p>b) VUP: Opprettelse av ettervernpoliklinikker på alle DPS, for å redusere reinnleggelser.</p> <p>c) TSB: Veksthuset har økt fra 15 – 20 senger i 2014, og en regner med helårseffekt av dette i 2015.</p>																																																																																					
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledergruppen Psykiatrisk divisjon																																																																																					
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig nøkkeltall rapportering																																																																																					
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Av tabellen nedenfor fremgår det at aktivitetsutviklingen i 2. tertial viser høyere vekst innen psykiatri og rus enn innen somatikken sammenlignet med pr. 2. tertial 2014. Målt ved aktivitet anses 'den gylne regel' fulgt opp.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aktivitet</th> <th>1. tertial</th> <th>% endring 1. tertial 2014/15</th> <th>2. tertial</th> <th>% endring 2. tertial 2014/15</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>SOM</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sykehusopphold Døgn</td> <td>17 042</td> <td>1,7 %</td> <td>16 634</td> <td>1,9 %</td> </tr> <tr> <td>Sykehusopphold Dag</td> <td>8 075</td> <td>12,5 %</td> <td>7 020</td> <td>9,0 %</td> </tr> <tr> <td>Polikliniske konsultasj</td> <td>96 690</td> <td>6,0 %</td> <td>85 774</td> <td>9,6 %</td> </tr> <tr> <td><b>BUP</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sykehusopphold Døgn</td> <td>74</td> <td>-21,3 %</td> <td>71</td> <td>14,5 %</td> </tr> <tr> <td>Polikliniske konsultasj</td> <td>16 692</td> <td>4,8 %</td> <td>12 507</td> <td>7,7 %</td> </tr> <tr> <td>Sum liggedøgn, aktiv</td> <td>1 618</td> <td>-27,4 %</td> <td>1 251</td> <td>-7,4 %</td> </tr> <tr> <td><b>VOP</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sykehusopphold Døgn</td> <td>981</td> <td>3,2 %</td> <td>960</td> <td>2,9 %</td> </tr> <tr> <td>Polikliniske konsultasj</td> <td>26 956</td> <td>6,0 %</td> <td>25 847</td> <td>17,3 %</td> </tr> <tr> <td>Sum liggedøgn, aktiv</td> <td>26 997</td> <td>-7,9 %</td> <td>26 372</td> <td>-2,6 %</td> </tr> <tr> <td><b>TSB</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sykehusopphold Døgn</td> <td>14</td> <td>0,0 %</td> <td>17</td> <td>13,3 %</td> </tr> <tr> <td>Polikliniske konsultasj</td> <td>7 768</td> <td>4,4 %</td> <td>7 992</td> <td>22,9 %</td> </tr> <tr> <td>Sum liggedøgn, aktiv</td> <td>3 354</td> <td>15,9 %</td> <td>3 649</td> <td>12,4 %</td> </tr> </tbody> </table>	Aktivitet	1. tertial	% endring 1. tertial 2014/15	2. tertial	% endring 2. tertial 2014/15	<b>SOM</b>					Sykehusopphold Døgn	17 042	1,7 %	16 634	1,9 %	Sykehusopphold Dag	8 075	12,5 %	7 020	9,0 %	Polikliniske konsultasj	96 690	6,0 %	85 774	9,6 %	<b>BUP</b>					Sykehusopphold Døgn	74	-21,3 %	71	14,5 %	Polikliniske konsultasj	16 692	4,8 %	12 507	7,7 %	Sum liggedøgn, aktiv	1 618	-27,4 %	1 251	-7,4 %	<b>VOP</b>					Sykehusopphold Døgn	981	3,2 %	960	2,9 %	Polikliniske konsultasj	26 956	6,0 %	25 847	17,3 %	Sum liggedøgn, aktiv	26 997	-7,9 %	26 372	-2,6 %	<b>TSB</b>					Sykehusopphold Døgn	14	0,0 %	17	13,3 %	Polikliniske konsultasj	7 768	4,4 %	7 992	22,9 %	Sum liggedøgn, aktiv	3 354	15,9 %	3 649	12,4 %
	Aktivitet	1. tertial	% endring 1. tertial 2014/15	2. tertial	% endring 2. tertial 2014/15																																																																																		
	<b>SOM</b>																																																																																						
	Sykehusopphold Døgn	17 042	1,7 %	16 634	1,9 %																																																																																		
	Sykehusopphold Dag	8 075	12,5 %	7 020	9,0 %																																																																																		
	Polikliniske konsultasj	96 690	6,0 %	85 774	9,6 %																																																																																		
	<b>BUP</b>																																																																																						
	Sykehusopphold Døgn	74	-21,3 %	71	14,5 %																																																																																		
	Polikliniske konsultasj	16 692	4,8 %	12 507	7,7 %																																																																																		
	Sum liggedøgn, aktiv	1 618	-27,4 %	1 251	-7,4 %																																																																																		
	<b>VOP</b>																																																																																						
	Sykehusopphold Døgn	981	3,2 %	960	2,9 %																																																																																		
	Polikliniske konsultasj	26 956	6,0 %	25 847	17,3 %																																																																																		
	Sum liggedøgn, aktiv	26 997	-7,9 %	26 372	-2,6 %																																																																																		
	<b>TSB</b>																																																																																						
Sykehusopphold Døgn	14	0,0 %	17	13,3 %																																																																																			
Polikliniske konsultasj	7 768	4,4 %	7 992	22,9 %																																																																																			
Sum liggedøgn, aktiv	3 354	15,9 %	3 649	12,4 %																																																																																			
<b>Sannsynlighet</b>	Moderat																																																																																						
<b>Konsekvens</b>	Alvorlig																																																																																						
<b>Risikoeier</b>	Prosjektledere i Psykiatrisk divisjon																																																																																						
<b>Tiltak</b>	<p>Tiltak besluttet pr. 1. tertial 2015 videreføres:</p> <p>a) BUP: Har økt fokus på poliklinisk aktivitet, med en reell økning på 10 %. Vil i 2015 ytterligere ha fokus på å ha flere behandlere i front, for å øke antall pasienter som kan få et tilbud. En forventer samtidig en redusert aktivitet på sengepost, på grunn av opprettelse av akutt ambulant ungdomsteam.</p> <p>b) VUP: Opprettelse av ettervernpoliklinikker på alle DPS, for å redusere reinnleggelser.</p> <p>c) TSB: Veksthuset har økt fra 15 – 20 senger i 2014, og en regner med helårseffekt av dette i 2015.</p>																																																																																						
<b>Tiltaksansvarlig</b>	Ledergruppen i Psykiatrisk divisjon																																																																																						
<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig nøkkeltall rapportering																																																																																						
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>																																																																																						
<b>Kritisk suksessfaktor 4B</b>		Krav til ventetid gitt i Styringsdokumentet for 2015 overholdes																																																																																					

<b>Risikoelement 4B</b>		Krav til ventetid gitt i Styringsdokumentet for 2015 overholdes ikke
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Kravene i Styringsdokumentet for 2015 er BUP- 40 dg, TSB 40 dg, VOP 45 dg. I VOP har en 85 fristbrudd pr. 20.04.15. I dag ligger gjennomsnittlig ventetid i BUP 48,1 dager, TSB 32,0 dager og VOP 74,9 dager. Gjennomsnitt PD, er 67 dager.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør
	<b>Tiltak</b>	a) Ekstra poliklinikk og vikar pool på Sola, Sandnes og Stavanger DPS. b) Det er opprettet vikar pool i BUP.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Måling hver 14 dag, sendes fra kontroller til avdelingssjefene.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Kravene i Styringsdokumentet for 2015 er BUP- 40 dg, TSB 40 dg, VOP 45 dg. I VOP har en 7 fristbrudd pr. 23.08.15. I dag ligger gjennomsnittlig ventetid i BUP 34,9 dager, TSB 27,8 dager og VOP fra 46 dager ved Dalane DPS til Sola DPS med 135,6 dager.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Prosjektledelsen i Psykiatrisk divisjon
	<b>Tiltak</b>	Følgende tiltak besluttet pr. 1. tertial 2015 videreføres: a) Ekstra poliklinikk og vikar pool på Sola, Sandnes og Stavanger DPS. b) Det er opprettet vikarpool i BUP.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Måling hver 14. dag, sendes fra kontrollerne til avdelingssjefene.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Kritisk suksessfaktor 4C</b>		Ressurstilførsel/-forbruk psykiatri og rus i forhold til somatikk er i samsvar med 'den gylne regel'.
<b>Risikoelement 4C</b>		Ressurstilførsel/-forbruk psykiatri og rus i forhold til somatikk er ikke i samsvar med 'den gylne regel'.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	
	<b>Sannsynlighet</b>	
	<b>Konsekvens</b>	
	<b>Risikoeier</b>	
	<b>Tiltak</b>	
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	
	<b>Kontrollaktivitet</b>	

Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Ressurstilførsel og forbruk ble ikke vurdert pr. 1. tertial.</p> <p>Utviklingen i driftskostnader i 2015 sammenlignet med 2014 er vist i tabellen nedenfor. Den 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 gyldne regel'.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>driftskostnader</th> <th>1. tertial 2015</th> <th>1. tertial 2014</th> <th>% endring 1. tertial 2015</th> <th>2. tertial 2015</th> <th>2. tertial 2014</th> <th>% endring 2. tertial 2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Somatikk</td> <td>#####</td> <td>1 452 718</td> <td>11,9 %</td> <td>1 426 649</td> <td>1 310 110</td> <td>8,9 %</td> </tr> <tr> <td>VOP</td> <td>376 983</td> <td>346 748</td> <td>8,7 %</td> <td>332 962</td> <td>303 067</td> <td>9,9 %</td> </tr> <tr> <td>BUP</td> <td>95 462</td> <td>86 872</td> <td>9,9 %</td> <td>74 981</td> <td>71 159</td> <td>5,4 %</td> </tr> <tr> <td>TSB</td> <td>57 516</td> <td>46 561</td> <td>23,5 %</td> <td>53 397</td> <td>43 445</td> <td>22,9 %</td> </tr> <tr> <td>Sum psykiatri og rus</td> <td>529 961</td> <td>480 180</td> <td>10,4 %</td> <td>461 341</td> <td>417 671</td> <td>10,5 %</td> </tr> <tr> <td>Annet</td> <td>100 291</td> <td>88 767</td> <td>13,0 %</td> <td>93 369</td> <td>87 116</td> <td>7,2 %</td> </tr> <tr> <td><b>Til sammen</b></td> <td><b>#####</b></td> <td><b>2 021 665</b></td> <td></td> <td><b>1 981 359</b></td> <td><b>1 814 896</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Utviklingen i forbruk av brutto månedsverk framgår av tabellen nedenfor.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>brutto årsverk</th> <th>1. tertial</th> <th>% endring 1. tertial 2014/15</th> <th>2. tertial</th> <th>% endring 2. tertial 2014/15</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Somatikk</td> <td>3 827</td> <td>3,7 %</td> <td>3 985</td> <td>3,9 %</td> </tr> <tr> <td>VOP</td> <td>1 155</td> <td>2,4 %</td> <td>1 206</td> <td>3,6 %</td> </tr> <tr> <td>BUP</td> <td>294</td> <td>1,9 %</td> <td>285</td> <td>-2,6 %</td> </tr> <tr> <td>TSB</td> <td>138</td> <td>9,1 %</td> <td>147</td> <td>10,0 %</td> </tr> <tr> <td><b>Til sammen</b></td> <td><b>5 413</b></td> <td><b>3,4 %</b></td> <td><b>5 623</b></td> <td><b>3,6 %</b></td> </tr> </tbody> </table>	driftskostnader	1. tertial 2015	1. tertial 2014	% endring 1. tertial 2015	2. tertial 2015	2. tertial 2014	% endring 2. tertial 2015	Somatikk	#####	1 452 718	11,9 %	1 426 649	1 310 110	8,9 %	VOP	376 983	346 748	8,7 %	332 962	303 067	9,9 %	BUP	95 462	86 872	9,9 %	74 981	71 159	5,4 %	TSB	57 516	46 561	23,5 %	53 397	43 445	22,9 %	Sum psykiatri og rus	529 961	480 180	10,4 %	461 341	417 671	10,5 %	Annet	100 291	88 767	13,0 %	93 369	87 116	7,2 %	<b>Til sammen</b>	<b>#####</b>	<b>2 021 665</b>		<b>1 981 359</b>	<b>1 814 896</b>		brutto årsverk	1. tertial	% endring 1. tertial 2014/15	2. tertial	% endring 2. tertial 2014/15	Somatikk	3 827	3,7 %	3 985	3,9 %	VOP	1 155	2,4 %	1 206	3,6 %	BUP	294	1,9 %	285	-2,6 %	TSB	138	9,1 %	147	10,0 %	<b>Til sammen</b>	<b>5 413</b>	<b>3,4 %</b>	<b>5 623</b>	<b>3,6 %</b>
	driftskostnader	1. tertial 2015	1. tertial 2014	% endring 1. tertial 2015	2. tertial 2015	2. tertial 2014	% endring 2. tertial 2015																																																																																	
	Somatikk	#####	1 452 718	11,9 %	1 426 649	1 310 110	8,9 %																																																																																	
	VOP	376 983	346 748	8,7 %	332 962	303 067	9,9 %																																																																																	
	BUP	95 462	86 872	9,9 %	74 981	71 159	5,4 %																																																																																	
	TSB	57 516	46 561	23,5 %	53 397	43 445	22,9 %																																																																																	
	Sum psykiatri og rus	529 961	480 180	10,4 %	461 341	417 671	10,5 %																																																																																	
	Annet	100 291	88 767	13,0 %	93 369	87 116	7,2 %																																																																																	
	<b>Til sammen</b>	<b>#####</b>	<b>2 021 665</b>		<b>1 981 359</b>	<b>1 814 896</b>																																																																																		
	brutto årsverk	1. tertial	% endring 1. tertial 2014/15	2. tertial	% endring 2. tertial 2014/15																																																																																			
Somatikk	3 827	3,7 %	3 985	3,9 %																																																																																				
VOP	1 155	2,4 %	1 206	3,6 %																																																																																				
BUP	294	1,9 %	285	-2,6 %																																																																																				
TSB	138	9,1 %	147	10,0 %																																																																																				
<b>Til sammen</b>	<b>5 413</b>	<b>3,4 %</b>	<b>5 623</b>	<b>3,6 %</b>																																																																																				
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat																																																																																						
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig																																																																																						
	<b>Risikoeier</b>	Adm. direktør og divisjonsdirektørene																																																																																						
	<b>Tiltak</b>	a) Oppfølging av besluttede tiltak for å oppnå budsjettkravene i 2015 b) BUP må sikre rekruttering i budsjetterte stillinger.																																																																																						
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	a) Alle ledere på nivå 2-4 i Helse Stavanger b) Prosjektleder BUP																																																																																						
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlige budsjettoppfølgingsmøter																																																																																						
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>																																																																																							

## 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).
2. Flaskehals i pasientbehandlingen, og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, skal identifiseres.
3. Det skal vises tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved operasjonsstuer blir utnyttet så optimalt som mulig gjennom døgnet.
4. Tiltak i prosjektet «Alle møter» skal implementeres.

Risikoelement	1. tertial	2. tertial
1A. Pakkeforløp for kreft er ikke implementert i foretaket.		
1B. Allerede utarbeidede standardiserte pasientforløp er ikke kjent og ikke implementert i foretaket.		
2.A. Flaskehals i pasientbehandlingen er ikke identifisert.		
2B. Ikke tilstrekkelig undersøkelse- og behandlingsskapasitet innen for områder med flaskehals.		
2C. Foretaket har ikke tilstrekkelig gode og samkjørte planleggingsverktøy.		
3A. Ikke tilstrekkelig bemanning på postoperativ.		
3B. Ikke tilstrekkelig bufferkapasitet for ØH-operasjoner.		
3C. Ikke tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell.		
3D. Ikke tilstrekkelig areal til operativ drift og støttefunksjonene som trengs rundt denne.		
4A. Legegruppen har ikke tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT med tilhørende integrasjoner.		
4B. Time tildeles ikke i første brev til pasienten.		
4C. Henvisning blir ikke vurdert innen to virkedager.		

Risikomatrix pr. 1. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor		2C, 4C	3B, 4B	2B	
	Moderat		1B	3A, 3D	1A, 3C	
	Liten			4A		
	Svært liten				2A	

Risikomatrix pr. 2. tertial 2015						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor		2C, 4C	3B, 4B		
	Moderat		1B,	3D	1A, 2B 3C	
	Liten			3A, 4A		
	Svært liten				2A	

<b>Styringsmål</b>		<b>Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.</b>
<b>Delmål 1</b>		<b>Faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert. (Ref. bl.a. pakkeforløp kreft).</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Pakkeforløp for kreft er implementert og minimum 70 % overholder tidsfristene
<b>Risikoelement 1A</b>		Pakkeforløp for kreft er ikke implementert i foretaket
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Pakkeforløp for lunge, prostata, bryst og tykk-endetarmskreft er implementert fra 01.01.2015. Ytterligere ti pakkeforløp skal implementeres fra 01.05.2015 og ytterligere fjorten fra 01.09. 2015. Alle forløpene er utarbeidet av fagfolk på oppdrag fra Helsedirektoratet. Forløpsansvarlig og forløpskoordinator for pakkeforløp som starter 01.05, er definert. Pakkeforløpene er i stor grad implementert, men for noen pasientgrupper er det vanskelig å overholde de fastsatte frister. Helse Stavanger har utfordringer med overholdelse av frister p.g.a. manglende thorax-kirurg, urologer, bryst-endokrinkirurger og radiologer (BDS). Helse Stavanger har begrenset kapasitet på medisinsk gastroenterologi (coloskopi) samt på MR, CT og preoperative kardiologiske undersøkelser.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører/avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Korrekt og forenklet koding.</li> <li>2. Øke operasjonskapasitet for lungekreft (avtale med Helse Bergen).</li> <li>3. Øke kapasitet på PET for lungekreft.</li> <li>4. Helse Stavanger har anmodet Helse Vest om økt kjøp av coloskopikapasitet hos private aktører.</li> <li>5. Øke overføring av urologiske polikliniske pasienter til avtalespesialist.</li> <li>6. Øke antall reserverte timer hos radiologisk avd. og poliklinikker.</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig rapportering av tidsfrister
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	De 10 pakkeforløp for kreft som skulle implementeres 1.mai er implementert, men kodepraksis varierer. Alle disse forløpene har nå forløpskoordinator. De 14 pakkeforløp for kreft som skulle implementeres 1.september er i gang med implementering. Det mangler én forløpskoordinator (føflekkreft). En del av disse pakkeforløpene går på tvers av avdelinger og sykehus og er krevende å organisere og implementere. Koding: Det er gjennomført kodekurs i flere omganger. DIPS Arena har utviklet en forenklet modell for koding av pakkeforløp og denne skal piloteres på lungekreft-forløpet i Helse Stavanger i oktober 2015. Videre utrulling trolig våren 2016.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører/avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
<b>Kontrollaktivitet</b>	Månedlig rapportering av tidsfrister	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>		Allerede utarbeidede standardiserte pasientforløp (ikke pakkeforløp) er kjent og implementert i foretaket
<b>Risikoelement 1B</b>		Allerede utarbeidede standardiserte pasientforløp er ikke kjent og ikke implementert i foretaket
<b>Terti</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Standardiserte pasientforløp, som er utarbeidet, er delvis kjent og implementert. Det er en kontinuerlig utfordring å gjøre nye ansatte oppmerksom på eksisterende pasientforløp.

	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeier</b>	Avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	1. Bevisstgjøring i forhold til viktighet av pasientforløp. 2. Gjøre pasientforløp kjent for nyansatte. 3. Større oppmerksomhet på hvordan finne og bruke pasientforløpene i EQS.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Avviksrapportering
	<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>
<b>Sannsynlighet</b>		Moderat
<b>Konsekvens</b>		Lav
<b>Risikoeier</b>		Avdelingssjefer
<b>Tiltak</b>		Forbedret og mer intuitive startsider i EQS for å gjøre pasientforløp mer synlig og lettere tilgjengelig.
<b>Tiltaksansvarlig</b>		FFU/EQS-ansvarlige i divisjonene
<b>Kontrollaktivitet</b>		Avviksrapportering
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Styringsmål</b>		<b>Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.</b>
<b>Delmål 2</b>		<b>Flaskehals i pasientbehandlingen, og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, skal identifiseres.</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 2A</b>		Flaskehals i pasientbehandlingen er identifisert
<b>Risikoelement 2A</b>		Flaskehals i pasientbehandlingen er ikke identifisert
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Helse Stavanger har i stor grad god oversikt over flaskehals i pasientbehandlingen. De største flaskehalsene er: Begrenset kapasitet for CT/MR-undersøkelser, patologi-tjenester, EEG-undersøkelser, operasjoner samt arealmangel inkl mangel på senger og personellmangel.
	<b>Sannsynlighet</b>	Svært liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	Kontinuerlig oppmerksomhet for å avdekke flaskehals i pasientbehandlingen
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører og avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Interne ventetider på ulike undersøkelser og behandlinger Rapport korridorpatienter
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Uendret nåsituasjon.
	<b>Sannsynlighet</b>	Svært liten
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Tiltak</b>	Kontinuerlig oppmerksomhet for å avdekke flaskehals i pasientbehandlingen
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører og avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Interne ventetider på ulike undersøkelser og behandlinger Rapport korridorpatienter
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2B</b>		Tilstrekkelig undersøkelse- og behandlingsskapasitet innen for områder med

		flaskehals
<b>Risikoelement 2B</b>		Ikke tilstrekkelig undersøkelse- og behandlingsskapasitet innen for områder med flaskehals
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Helse Stavanger har i stor grad god oversikt over flaskehals i pasientbehandlingen. De største flaskehalsene er: Begrenset kapasitet for CT/MR-undersøkelser, patologitjenester, EEG-undersøkelser, operasjoner samt arealmangel inkl. mangel på senger og personellmangel. Helse Stavanger har utvidet åpningstid på nødvendige funksjoner slik at pasienter i størst mulig grad unngår å bli liggende ventende på undersøkelser. Helse Stavanger har begrenset kapasitet til kontrollaktivitet begrunnet med at nyhenviste pasienter blir prioritert (fristbrudd og pakkeforløp).
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen
	<b>Tiltak</b>	1. Rekruttere og beholde personell 2. Utdanne eget personell 3. Optimal fordeling av ressurser innad i foretaket 4. Prosjekt for å redusere korridorpasienter (egen tiltaksliste i styresak) 5. Oppnå budsjettbalanse
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	Patologi: Økt kapasitet innen patologisk diagnostikk har gitt redusert svartid etter ferien. Avdelingen skal skifte laboratoreinformasjonssystem 1. oktober og det er en risiko for at svartidene vil øke i forbindelse med dette. For å redusere risikoen, vil avdelingen bruke overtid for å være ajour ved utskiftningstidspunktet og videre til nytt system er etablert.  Kveldspoliklinikken i avdeling for radiologi er avviklet, men erstattet av utvidet drift til kl. 22. Kapasiteten på CT og MR er noe høyere enn tidligere. Nye pakkeforløp for kreft gjør situasjonen mer krevende. EEG kontrolltimer har lengre ventetid. Risikoen anses som noe lavere.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 2C</b>		Gode planleggingsverktøy
<b>Risikoelement 2C</b>		Foretaket har ikke tilstrekkelig gode og samkjørte planleggingsverktøy
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Det er etablert integrasjon fra bemanningsplanleggingsverktøyet Gat der arbeidstid og oppgaver planlegges til timebok i Dips, mot Orplan, mot en visning på intranett og til kalenderen i outlook. Det enkelte dataverktøyet og integrasjonene utvikles og forbedres kontinuerlig og den største utfordringen akkurat nå er at søkefunksjonaliteten ikke er god nok i Dips, noe som gjør timetildeling mer tungvint for merkantilt personell. Dette er meldt som forbedringsønske.  Når alle i løpet av 2016 har fått tatt i bruk denne integrerte pakken vil bemanningsdata være samkjørte i alle disse systemene. I tillegg vil det være andre systemer der også bemanningsdata er ønsket integrert.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeier</b>	Personaldirektør

	<b>Tiltak</b>	1. Opplæring for optimal bruk av planleggingsverktøy 2. Optimalisering og integrasjon av eksisterende verktøy
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Prosjektleder «Alle møter»
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Stadig nye avdelinger starter med oppgaveplanlegging i Gat og integrasjon mot tilhørende avdelinger, men det er tidkrevende å få på plass nye rutiner slik at en får god og kontinuerlig planlegging framover i tid. Oppgaveplanleggingen er selve forutsetningen for at timer skal kunne tildeles direkte fram i tid og det må derfor på plass først. Siden forrige rapportering har tildelingsfunksjoner i Gat blitt forbedret. Det er utarbeidet brukerveiledninger samt at det holdes både kurs og en-en-undervisning/veiledning i Gat oppgaveplanlegging.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeier</b>	Personaldirektør/Avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delprosjektene Oppgaveplanlegging og Poliklinikk deles i to i Stavanger og en ny delprosjektleder vil få ansvar for og følge tettere opp timetildelings-delen i prosjektet.</li> <li>• Prosjektet fortsetter å teste ut hvordan løsningene kan fungere best for brukerne samt melde inn behov for forbedringer når det gjelder integrerte systemer. Spesielt er det viktig at timetildelingsfunksjonene i Dips blir forbedret.</li> <li>• Tester ut bruken av Ressursgrupper i Dips for å se om det kan forbedre situasjonen for dem som tildeler timer.</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Prosjektleder «Alle møter»
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Styringsmål</b>	<b>Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.</b>	
<b>Delmål 3</b>	<b>Det skal vises tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved operasjonsstuer blir utnyttet så optimalt som mulig gjennom døgnet.</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 3A</b>	Tilstrekkelig bemanning på postoperativ	
<b>Risikoelement 3A</b>	Ikke tilstrekkelig bemanning på postoperativ	
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Operasjoner blir enkelte dager forskjøvet/utsatt pga for liten kapasitet på postoperativ
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør, medisinsk service
	<b>Tiltak</b>	1. Anestesipersonell overvåker pasientene postoperativt 2. Rekruttere spesialsykepleiere
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektør, avdelingssjef, oversykepleier
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Måling av strykninger på operasjonsprogram
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	I løpet av sommeren har situasjonen vært bedre pga færre intensivpasienter på 2M og derfor mulighet for å avgi personell til postop.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør, medisinsk service



	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektør, avdelingssjef, oversykepleier
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Måling av strykninger på operasjonsprogram
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 3B</b>		
		Godt planlagt operasjonsprogram med buffer for ØH-operasjoner
<b>Risikoelement 3B</b>		
		Ikke tilstrekkelig bufferkapasitet for ØH-operasjoner.
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Virksomheten er uforutsigbar og det er for få operasjonsteam til å håndtere det totale operasjonsprogramet. Det planlegges ikke for tilstrekkelig antall ØH-inngrep og man har liten bufferkapasitet. Endringer i operasjonsprogram fører til dårlig utnyttelse av operasjonskapasitet. Det ble i 2014 etablert eget ØH-team fire dager i uken for å avhjelpe dette. Kirurgisk divisjon er i en kontinuerlig forbedringsprosess på dette området. Helse Stavanger ligger rundt landsgjennomsnittet når det gjelder strykningsprosent.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør, medisinsk service
	<b>Tiltak</b>	1. P15 prosjekt: Pasientflyt gjennom operasjon 2. Utvidet åpningstid på operasjonsstuen og post op.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører og avdelingssjefer
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	For å utnytte kapasiteten på operasjonsstuer hele døgnet er det i haust opprettet anestesistervice for all «utetjeneste» (nevro, radiologi, kardiologi, barn, medisin). Dette skjermes kirurgisk aktivitet. Elles er nåsituasjon uendret. P15 prosjekt i gang. Tiltak 2 er foreløpig ikke aktuelt av økonomiske grunner
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør, medisinsk service
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører og avdelingssjefer
<b>Kontrollaktivitet</b>	Måle strykningsprosent	
<b>Kritisk suksessfaktor 3C</b>		
		Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell
<b>Risikoelement 3C</b>		
		Ikke tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Det leies inn personell (spesialsykepleiere, kirurger, anestesileger) i den grad det er mulig, men det skjer også at stuer stenges pga manglende kirurger. Det er ulikt oppstartstidspunkt for personell og ulikt oppmøtetidspunkt for pasienter (spesielt dagkirurgi). Fredager utnyttes ikke ledig operasjonsstuekapasitet.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører, kirurgi og medisinsk service
	<b>Tiltak</b>	1. Rekruttering 2. Beholde og utdanne egne spesialister 3. Bedre koordinering av oppstarts- og oppmøtetidspunkt.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører, avdelingssjefer
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Status uendret. Det er vedtatt begrensning i mulighet for innleie noe som igjen påvirker mulighet til langtidsplanlegging.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører, kirurgi og medisinsk service
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører, avdelingssjefer
<b>Kontrollaktivitet</b>	Måling av strykninger på operasjonsprogram	

	<b>Kritisk suksessfaktor 3D</b>	Stort nok og hensiktsmessig innredet areal til operativ drift
	<b>Risikoelement 3D</b>	Ikke stort nok eller hensiktsmessig areal til operativ drift og støttefunksjonene som trengs rundt denne
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Dagens arealer er trange, har liten fleksibilitet og er dårlig egnet til dagens pasientbehandling. Det er for liten lagerplass til lagerplass til instrumenter og utstyr, noe som fører til ineffektiv drift. Lite areal på post operativ fører til at pasienter må vente på operasjonsstuen før de flyttes ut.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Administrerende direktør
	<b>Tiltak</b>	Utvidet og tilpasset behandlingsareal (nytt sykehus)
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Kirurgiske intermedieersenger er ikke lenger knyttet til postop og fire sengeplasser er frigjort til postoperative pasienter. Ellers er situasjonen uendret.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Administrerende direktør
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektører
	<b>Kontrollaktivitet</b>	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

<b>Styringsmål</b>	<b>Redusert venting for diagnostikk og behandling i Helse Stavanger HF.</b>	
<b>Delmål 4</b>	<b>Tiltak i prosjektet «Alle møter» er implementert i henhold til foretakets tiltaksplan</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 4A</b>	Legegruppen har tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT med tilhørende integrasjoner (DIPS, outlook, orplan, intranett)	
<b>Risikoelement 4A</b>	Legegruppen har ikke tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT med tilhørende integrasjoner (DIPS, outlook, orplan, intranett)	
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Cirka 10 avdelinger har tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT. Det gjenstår ca. 2/3 av avdelingene og det foreligger en plan for innføring i alle avdelinger innen sommer 2016. Forespørsler om ferie, permisjon er m.m går nå delvis via minGAT men de registreres også direkte i GAT av leder etter uformell henvendelse. Mange avdelinger har problemer med å planlegge aktivitet med tilstrekkelig lang tidshorison. De fleste avdelinger planlegger nå for 1-3 måneder. Målsetting er 4-6 måneder.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører, avdelingsoverleger, seksjonsoverleger
	<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplæring i GAT og arbeidsplanleggingsprosesser</li> <li>• Kontinuerlig informasjon og oppfølging</li> <li>• Forespørsler via minGAT</li> <li>• Forenkle forespørsel i min GAT</li> <li>• Avklare stillingsforhold så tidlig som mulig (LIS-leger)</li> </ul>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer, avdelingsoverleger, seksjonsoverleger

	<b>Kontrollaktivitet</b>	Intranettvisning av planleggingshorisont
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Cirka 12 avdelinger har tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT. Det gjenstår ca. 2/3 av avdelingene og det foreligger en plan for innføring i alle avdelinger innen vår 2016. Mange avdelinger har problemer med å planlegge oppgaver og aktivitet med tilstrekkelig lang tidshorisont, men KK, Barn, Østerlide, Røntgen og Gastrokirurgisk har planlagt og tildelt oppgaver fram til jul samt at Urologisk har planlagt ut november. Når det gjelder avklaring av stillingsforhold for LIS-leger jobbes det kontinuerlig med det. Utover det blir det nå også opplæring og informasjon rundt håndtering av faste stillinger for LIS-leger.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører, avdelingsoverleger, seksjonsoverleger
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer, avdelingsoverleger, seksjonsoverleger
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Intranettvisning av planleggingshorisont
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 4B</b>		
<b>Risikoelement 4B</b>		Time tildeles i første brev til pasienten (regionale retningslinjer Helse Vest)
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Helse Stavanger har ikke eksakte måltall for hvor mange pasienter som får time i første brev. De fleste pasienter som skal ha time innen kort tidshorisont (mindre enn 3 mnd) får time i første brev. For pasienter som skal ha time innen en noe lengre tidshorisont, gis det tentativ time. Dette varierer mellom fagområder. Legegruppen har blitt bedre til å planlegge lenger fram i tid, men i noen grad tildeler merkantilt personell ikke time da det henger igjen usikkerhet rundt endringer.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Avdelingssjef, kontorledere
	<b>Tiltak</b>	Tett dialog mellom yrkesgrupper (leger, sykepleier, merkantilt) Oppmerksomhet rettet mot problemstillingen på alle nivå
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapport som viser hvor mange pasienter som får time i første brev
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Analyseavdelingen i HV skal lage en rapport hvor andel pasienter som får time i første brev fremkommer. Foreløpig er det vanskelig å få sikre tall på dette. Pasienter som skal ha time innen 9 måneder skal få time i første brev (vedtak i Helse Vest)
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Avdelingssjef, kontorledere
	<b>Tiltak</b>	Tiltak videreføres
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapport som viser hvor mange pasienter som får time i første brev
<b>Kritisk suksessfaktor 4C</b>		
<b>Risikoelement 4C</b>		Henvising blir vurdert innen to virkedager i tråd med regionale retningslinjer fra Helse Vest
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Nasjonal prioriteringsveileder sier at henvising skal vurderes innen ti dager og dette blir i stor grad oppfylt. Helse Vest har satt eget måltall på 2 dager. I mai er ca. 88 % av henvisingene er vurdert innen fem dager og gjennomsnittlig vurderingstid er 3,6 dager. Rutiner for vurdering av henvisinger varierer mellom avdelingene og enkelte avdelinger har svært lange vurderingstider.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor

	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeier</b>	Avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	Vurdering av henvisning defineres som spesifisert arbeidsoppgave i arbeidsplan i alle avdelinger
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapport over tid for vurdering av henvisning
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	I august var median vurderingstid for behandlede pasienter 1 dag og gjennomsnittlig vurderingstid 4,1 dager. 87% av henvisningene ble vurdert innen 5 dager. Så langt i september er gjennomsnittlig vurderingstid 3,7 dager. Situasjonen er dermed uendret i forhold til 1. tertial. Avdelinger med lang vurderingstid er identifisert og skal iverksette tiltak.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Lav
	<b>Risikoeier</b>	Avdelingssjefer
	<b>Tiltak</b>	Avdelinger med lang vurderingstid er varslet og disse skal iverksette tiltak for å komme ned til minimum 10 dager (jf. Kravet i ny pasientrettighetslov).
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Avdelingssjefer
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Rapport over tid for vurdering av henvisning
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	

## Styringsmål 4

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

### Delmål

**Det skal ikke være korridorpasienter.**

Gruppeleder: Øystein Evjen Olsen, fagsjef MOBA

Risikoelement	Tertial 1	Tertial 2
1A For høy beleggsprosent på post vanskeliggjør rett plassering av pasient til rett tid fra akuttmottaket og mellom poster		
1B Manglende effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket på grunn av for lav, total og riktig klinisk beslutningskompetanse i akuttmottaket og ikke fungerende retningslinjer for pasientplassering		
1C Manglende postrutiner for kliniske beslutninger til rett tid		
1D Dårlig utnyttelse av eksisterende kommunale ØHD plasser		
1E Utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehuset å vente på kommunale tjenestetilbud		
1F Manglende progresjon på prosjektene «døgn til dag» og «mottaks- og utredningspost»		
1G Bruken av eksisterende areal, senger og bemanning er ikke tilpasset faktisk behov		
1H Utilstrekkelig areal, senger og bemanning i forhold til faktisk behov		

Risikomatrix pr. 1. tertial 2015						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
Samnsynlighet	Svært stor					
	Stor			<b>1D</b>	<b>1A, 1B, 1C</b>	
	Moderat			<b>1E</b>		
	Liten			<b>1F</b>		
	Svært liten					

<b>Risikomatrise pr. 2. tertial 2015</b>						
	Konsekvens					
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor			<b>1D</b>	<b>1A, 1B, 1C</b>	
	Moderat			<b>1E</b>		
	Liten			<b>1F</b>		
	Svært liten					

Vedlegg 1: Hjelpeskjema for rapportering av risiko

<b>Styringsmål 4</b>		<b>Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.</b>
<b>Delmål 1</b>		<b>Det skal ikke være korridorpasienter.</b>
<b>Kritisk suksessfaktor 1A</b>		Riktig beleggsprosent (normert til 85% – 93%) på post for å sikre rett pasient til rett post til rett tid fra akuttmottaket og mellom poster
<b>Risikoelement 1A</b>		For høy beleggsprosent på post vanskeliggjør rett plassering av pasient til rett tid fra akuttmottaket og mellom poster
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Mange poster har kontinuerlig beleggsprosent på over 100 % . Enkelte poster har beleggsprosent over 110 % i lange perioder. Anbefalt beleggsprosent er 85 – 90 % for effektiv flyt og god kvalitet i behandlingen. Det er avgjørende for god kvalitet og effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket at belegget på postene faller innenfor disse grensene. Tiltak 2a, 2c, 2d og 2e er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er vedvarende høy sannsynlighet knyttet til risikoelementet.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører ved: Medisinsk divisjon Kirurgisk divisjon Medisinsk service divisjon Kvinne- og barnedivisjonen
	<b>Tiltak</b>	Øke antall tilgjengelige liggedøgn ved tiltak rettet mot:  1. <u>Redusere liggetid</u> 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, Kv og 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. <u>Effektiv bruk av tilgjengelig sengekapasitet / tilførsel nye ressurser</u> 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)
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent postnivå. Liggetid i akuttmottak.

Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Mange poster har kontinuerlig beleggsprosent på over 100 %. Enkelte poster har beleggsprosent over 110 % i lange perioder. Anbefalt beleggsprosent er 85 – 90 % for effektiv flyt og god kvalitet i behandlingen. Det er avgjørende for god kvalitet og effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket at belegget på postene faller innenfor disse grensene.</p> <p>Tiltak 2a, 2c, 2d og 2e er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er vedvarende høy sannsynlighet knyttet til risikoelementet.</p> <p>Antall korridorpatientdøgn er imidlertid som tabellen nedenfor viser betydelig redusert de siste månedene. Dette må antas å være et resultat at alle de tiltak som er satt i verk som ledd i korridorpatientprosjektet.</p> <table border="1" data-bbox="539 555 1291 676"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mar</th> <th>Apr</th> <th>Mai</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Aug</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Korridorpatient døgn – alle divisjoner</td> <td>2835</td> <td>2723</td> <td>2750</td> <td>1527</td> <td>1160</td> <td>1268</td> <td>414</td> <td>423</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Korridorpatient døgn – alle divisjoner	2835	2723	2750	1527	1160	1268	414	423
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug											
	Korridorpatient døgn – alle divisjoner	2835	2723	2750	1527	1160	1268	414	423											
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor																		
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig																		
<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektører ved: Medisinsk divisjon Kirurgisk divisjon Medisinsk service divisjon Kvinne- og barnedivisjonen																			
<b>Tiltak</b>	<p>Øke antall tilgjengelige liggedøgn ved tiltak rettet mot:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Redusere liggetid</u>            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.           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Etablere daglige «tavlemøter» på noen poster (pilot og evaluering)</li> <li>b) Implementere plan for høy aktivitet i alle poster (Med, Kir, Kv og Barn divisjoner og MOBA)</li> <li>c) DRG spesifikk gjennomgang av liggetider</li> <li>d) Etablere felles situasjonsforståelse, målsetning, kultur og rammeverk for endring gjennom workshop og gruppemøter</li> <li>e) Lederprosess som sikrer omforente mål for reduksjon av liggetid (post / avdeling / divisjon / foretak)</li> </ol> </li> <li>2. <u>Effektiv bruk av tilgjengelig sengekapasitet / tilførsel nye ressurser</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Døgn til dag prosjekt</li> <li>b) Diagnostisk senter</li> <li>c) Stolkroken akuttmottaket</li> <li>d) Brystsmerte pasienter til OBA</li> <li>e) 4 nye senger (2 til MIO / 2 til 3B)</li> </ol> </li> </ol>																			
<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.																			
<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent postnivå. Liggetid i akuttmottak.																			
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>																			
<b>Kritisk suksessfaktor 1B</b>	Riktig og tilstrekkelig klinisk beslutningskompetanse og fungerende retningslinjer for pasientplassering for effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket til post.																			



<b>Risikoelement 1B</b>		Manglende effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket på grunn av for lav, total og riktig klinisk beslutningskompetanse i akuttmottaket og ikke fungerende retningslinjer for pasientplassering
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Kompetansen har i den senere tid blitt styrket noe ved innføring av B-vakt på medisinsk og en mellomvakt P-1 på kirurgisk side. Det er fremdeles behov for ytterligere styrking av kompetanse for å sikre at flest mulig pasienter blir ferdigbehandlet, og at pasienter blir satt inn i riktig pasientforløp tidligst mulig (poliklinisk oppfølging, riktig post, riktig behandlingsstrategi). Dette innebærer også ferdigheter rundt klinisk ledelse i team.</p> <p>Pasientflyt etter retningslinjene for å sikre at pasienten kommer til rett post er utfordret av svært høyt belegg. I perioder med høy aktivitet er det spesielt viktig at pasientene kommer til rett post for å bedre flyt og kvalitet. Det er en utfordring når retningslinjene for pasientplassering svikter når belegget blir for høyt.</p> <p>Tiltak 1, 4 og 6 er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er vedvarende høy sannsynlighet knyttet til risikoelementet.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinskdivisjon Kirurgisk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA)
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styrking av legekompentanse (4 LIS leger til medisinsk divisjon)</li> <li>2. Stand up situasjonsbeskrivelse («tavlemøte») verktøy i akuttmottaket.</li> <li>3. Plan for høy aktivitet.</li> <li>4. Klarere definisjoner (Permisjon / Korridorpatient / Hotell) og bedre DIPS-oversikter over ledige senger.</li> <li>5. P15 prosjekt Ortopedisk avdeling (FCF gjennom akuttmottaket)</li> <li>6. Kurs «Klinisk ledelse i team»</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Legerutiner og tilgjengelig kompetanse i akuttmottak. Antall ferdigbehandlet i mottak. Liggetid i akuttmottak.
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Kompetansen har i den senere tid blitt styrket noe ved innføring av B-vakt på medisinsk og en mellomvakt P-1 på kirurgisk side. Det er fremdeles behov for ytterligere styrking av kompetanse for å sikre at flest mulig pasienter blir ferdigbehandlet, og at pasienter blir satt inn i riktig pasientforløp tidligst mulig (poliklinisk oppfølging, riktig post, riktig behandlingsstrategi). Dette innebærer også ferdigheter rundt klinisk ledelse i team.</p> <p>Pasientflyt etter retningslinjene for å sikre at pasienten kommer til rett post er utfordret av svært høyt belegg. I perioder med høy aktivitet er det spesielt viktig at pasientene kommer til rett post for å bedre flyt og kvalitet. Det er en utfordring når retningslinjene for pasientplassering svikter når belegget blir for høyt.</p> <p>Tiltak 1, 4 og 6 er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er vedvarende høy sannsynlighet knyttet til risikoelementet.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinskdivisjon Kirurgisk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA)

	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styrking av legekompentanse (4 LIS leger til medisinsk divisjon)</li> <li>2. Stand up situasjonsbeskrivelse («tavlemøte») verktøy i akuttmottaket.</li> <li>3. Plan for høy aktivitet.</li> <li>4. Klarere definisjoner (Permisjon / Korridorpatient / Hotell) og bedre DIPS-oversikter over ledige senger.</li> <li>5. P15 prosjekt Ortopedisk avdeling (FCF gjennom akuttmottaket)</li> <li>6. Kurs «Klinisk ledelse i team»</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Legerutiner og tilgjengelig kompetanse i akuttmottak. Antall ferdigbehandlet i mottak. Liggetid i akuttmottak.
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1C</b>	Effektive postrutiner som tilrettelegger for kliniske beslutninger til rett tid
	<b>Risikoelement 1C</b>	Manglende postrutiner for kliniske beslutninger til rett tid
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	<p>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 kan forbedres. Pasientforløp kan også forbedres.</p> <p>Flere poster gir uttrykk for at det er for lav forutsigbar tilstedeværelse av klinisk beslutningskompetanse på post – slik at det tar for lang tid før kliniske beslutninger blir tatt.</p> <p>Tiltak 2 gjennomført i rapporteringsperioden. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er uforandret.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Kirurgisk divisjon Kvinne- og barnedivisjonen Medisinsk service divisjon (Lab, Rtg.)
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Etablere daglige «tavlemøter» på noen poster (pilot og evaluering)</li> <li>b. Implementere plan for høy aktivitet i alle poster (Med, Kir, Kv og Barn divisjoner og MOBA)</li> <li>c. DRG spesifikk gjennomgang av liggetider</li> <li>d. Etablere felles situasjonsforståelse, målsetning, kultur og rammeverk for endring gjennom workshop og gruppemøter</li> <li>e. Lederprosess som sikrer omforente mål for reduksjon av liggetid (post / avdeling / divisjon / foretak)</li> </ol> </li> <li>2. Økt legekompentanse på post ved tilførsel av 4 nye LIS stillinger</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent på postnivå. Liggetider på post. Tilfredshet i team på post (se egen forskningsprotokoll).	

Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	<p>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 kan forbedres. Pasientforløp kan også forbedres.</p> <p>Flere poster gir uttrykk for at det er for lav forutsigbar tilstedeværelse av klinisk beslutningskompetanse på post – slik at det tar for lang tid før kliniske beslutninger blir tatt.</p> <p>Tiltak 2 gjennomført i rapporteringsperioden. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er uforandret.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	<p>Divisjonsdirektør ved:</p> <p>Medisinsk divisjon</p> <p>Kirurgisk divisjon</p> <p>Kvinne- og barnedivisjonen</p> <p>Medisinsk service divisjon (Lab, Rtg.)</p>
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Etablere daglige «tavlemøter» på noen poster (pilot og evaluering)</li> <li>b. Implementere plan for høy aktivitet i alle poster (Med, Kir, Kv og Barn divisjoner og MOBA)</li> <li>c. DRG spesifikk gjennomgang av liggetider</li> <li>d. Etablere felles situasjonsforståelse, målsetning, kultur og rammeverk for endring gjennom workshop og gruppemøter</li> <li>e. Lederprosess som sikrer omforente mål for reduksjon av liggetid (post / avdeling / divisjon / foretak)</li> </ol> </li> <li>2. Økt legekompentanse på post ved tilførsel av 4 nye LIS stillinger</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent på postnivå. Liggetider på post. Tilfredshet i team på post (se egen forskningsprotokoll).
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1D</b>		God utnyttelse av eksisterende kommunale ØHD plasser
<b>Risikoelement 1D</b>		Dårlig utnyttelse av eksisterende kommunale ØHD plasser
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Beleggsprosenten i eksisterende ØHD-senger har gjennomgående vært lav. Liggetiden er fremdeles høy, og antall pasienter lavt. I kombinasjon har derfor tilbudet foreløpig liten effekt på korridorpatienter.</p> <p>Tiltak 1 er gjennomført i rapporteringsperioden. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er uforandret.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	<p>Kommunene i regionen</p> <p>Fagdirektør FFU (koordinering)</p>

	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bidra i alle samhandlings fora til <ol style="list-style-type: none"> <li>a. gode samhandlingsrutiner mellom foretaket og kommunene</li> <li>b. styrke tilliten til KAD tilbudet blant innleggende leger.</li> </ol> </li> <li>2. Ansettelse av lege i akuttmottak delvis finansiert av samhandlingsmidler. Formålet er å identifisere pasienter til ØHD tilbudet i kommunene.</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunene i regionen Helse Stavanger, FFU v/fagsjef Seksjon for samhandling
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent KAD, liggetid KAD, antall pasienter i KAD-tilbud
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Beleggsprosenten i eksisterende ØHD-senger har gjennomgående vært lav. Liggetiden er fremdeles høy, og antall pasienter lavt. I kombinasjon har derfor tilbudet foreløpig liten effekt på korridorpatienter. Tiltak 1 er gjennomført i rapporteringsperioden. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er uforandret.
	<b>Sannsynlighet</b>	Stor
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Kommunene i regionen Fagdirektør FFU (koordinering)
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bidra i alle samhandlings fora til <ol style="list-style-type: none"> <li>a. gode samhandlingsrutiner mellom foretaket og kommunene</li> <li>b. styrke tilliten til KAD tilbudet blant innleggende leger.</li> </ol> </li> <li>2. Ansettelse av lege i akuttmottak delvis finansiert av samhandlingsmidler. Formålet er å identifisere pasienter til ØHD tilbudet i kommunene.</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunene i regionen Helse Stavanger, FFU v/fagsjef Seksjon for samhandling
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent KAD, liggetid KAD, antall pasienter i KAD-tilbud
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1E</b>	Utskrivningsklare pasienter i sykehuset overføres til kommunalt tjenestetilbud samme dag som de blir meldt utskrivningsklar
	<b>Risikoelement 1E</b>	Utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehuset å vente på kommunale tjenestetilbud
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Antall utskrivningsklare pasienter (UKP) fra Stavanger kommune er redusert betraktelig utover i 2015 fra gjennomsnittlig 11 pasienter pr. dag fram til uke 9 til gjennomsnittlig 5 fra uke 9 t.o.m. uke 14. Tiltak som ble iverksatt i begynnelsen av året er opprettholdt. I tillegg startet praksiskonsulent sykepleiere fra Stavanger – og Sandnes kommuner på SUS f.o.m. 13.04.2015. Nytt møte på direktørnivå mellom Stavanger kommune og SUS om utfordringene med utskrivningsklare pasienter fant sted 16.04.2015.. Tiltak 1 og 2 er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er for tidlig å hente ut effekt av tiltak 2. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er derfor uforandret.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Kommunale helsetjenester i alle kommunene Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Kirurgisk divisjon Fagdirektør FFU

	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legge til rette for kontinuerlig og faste møtepunkter mellom post og kommune.</li> <li>2. Opprettelse av Praksis konsulent sykepleier stillinger <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 2 stillinger gjennom FFU</li> <li>b. 2 stillinger (20%) i hhv Medisinsk og Kirurgisk divisjon</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunene er tiltaksansvarlige. Helse Stavanger: Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Antall utskrivningsklare pasienter per dag som venter på plass
Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	Antall utskrivningsklare pasienter (UKP) fra Stavanger kommune er redusert betraktelig utover i 2015 fra gjennomsnittlig 11 pasienter pr. dag fram til uke 9 til gjennomsnittlig 5 fra uke 9 t.o.m. uke 14. Tiltak som ble iverksatt i begynnelsen av året er opprettholdt. I tillegg startet praksiskonsulent sykepleiere fra Stavanger – og Sandnes kommuner på SUS f.o.m. 13.04.2015. Nytt møte på direktørnivå mellom Stavanger kommune og SUS om utfordringene med utskrivningsklare pasienter fant sted 16.04.2015.. Tiltak 1 og 2 er gjennomført i rapporteringsperioden. Det er for tidlig å hente ut effekt av tiltak 2. Sannsynlighet knyttet til risikoelementet er derfor uforandret.
	<b>Sannsynlighet</b>	Moderat
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Kommunale helsetjenester i alle kommunene Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Kirurgisk divisjon Fagdirektør FFU
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legge til rette for kontinuerlig og faste møtepunkter mellom post og kommune.</li> <li>2. Opprettelse av Praksis konsulent sykepleier stillinger <ol style="list-style-type: none"> <li>c. 2 stillinger gjennom FFU</li> <li>d. 2 stillinger (20%) i hhv Medisinsk og Kirurgisk divisjon</li> </ol> </li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Kommunene er tiltaksansvarlige. Helse Stavanger: Siste versjon godkjent av AD skal inneholde konkretisering. Divisjonsdirektørene har ansvaret for å peke ut tiltaksansvarlige.
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Antall utskrivningsklare pasienter per dag som venter på plass
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1F</b>	God progresjon for andre prosjekter med effekt på korridorpasienter. Som «døgn til dag» og «mottaks- og utredningspost»
	<b>Risikoelement 1F</b>	Manglende progresjon på prosjektene «døgn til dag» og «mottaks- og utredningspost»
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Det er flere prosjekter som antas å ha potensiale til å påvirke antall korridorpasienter. De viktigste er utviklingen av et internt poliklinisk tilbud «døgn til dag» og opprettelsen av en ny post med fokus på raskere utredning (Diagnostisk post). Døgn til dag startet opp 20.4. 2015. Diagnostisk post starter opp 1.1.2016.  Det er god progresjon på prosjektene «døgn til dag» og Diagnostisk post.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat

	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA, Lab, Rtg)
	<b>Tiltak</b>	Effektiv prosjektaktivitet med god lederstøtte
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA, Lab, Rtg) Utpeker tiltaksansvarlig
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, ferdigbehandlet i mottak
<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Det er flere prosjekter som antas å ha potensiale til å påvirke antall korridorpasienter. De viktigste er utviklingen av et internt poliklinisk tilbud «døgn til dag» og opprettelsen av en ny post med fokus på raskere utredning (Diagnostisk post). Døgn til dag startet opp 20.4. 2015. Diagnostisk post starter opp 1.1.2016.  Det er god progresjon på prosjektene «døgn til dag» og Diagnostisk post.
	<b>Sannsynlighet</b>	Liten
	<b>Konsekvens</b>	Moderat
	<b>Risikoeier</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA, Lab, Rtg)
	<b>Tiltak</b>	Effektiv prosjektaktivitet med god lederstøtte
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	Divisjonsdirektør ved: Medisinsk divisjon Medisinsk service divisjon (MOBA, Lab, Rtg) Utpeker tiltaksansvarlig
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, ferdigbehandlet i mottak
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	
	<b>Kritisk suksessfaktor 1G</b>	Riktig bruk av eksisterende areal, senger og bemanning i forhold til faktisk behov
	<b>Risikoelement 1G</b>	Bruken av eksisterende areal, senger og bemanning er ikke tilpasset faktisk behov
<b>Tertial 1</b>	<b>Nå-situasjon</b>	Det er viktig å dimensjonere areal, senger og bemanning til det faktiske behovet for behandling og pleie. Det totale behandlings- og pleie tilbudet til befolkningen skal dekkes i samarbeid mellom kommune og helseforetak. Behovet innen spesialisthelsetjenesten må justeres internt i foretaket. Justering må baseres på omforente fakta og gode beskrivelser av nåværende og fremtidige behov.
	<b>Sannsynlighet</b>	Må utredes gjennom egen prosess. Andre tiltak gjennomført.
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen HF Stavanger HF
	<b>Tiltak</b>	1. Beskrive nåværende behov. 2. Identifisere fremtidige behov.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	LG utpeker tiltaksansvarlig
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, korridorpasienter.

Tertial 2	<b>Nå-situasjon</b>	Det er viktig å dimensjonere areal, senger og bemanning til det faktiske behovet for behandling og pleie. Det totale behandlings- og pleie tilbudet til befolkningen skal dekkes i samarbeid mellom kommune og helseforetak. Behovet innen spesialisthelsetjenesten må justeres internt i foretaket. Justering må baseres på omforente fakta og gode beskrivelser av nåværende og fremtidige behov.
	<b>Sannsynlighet</b>	Må utredes gjennom egen prosess. Andre tiltak gjennomført.
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen HF Stavanger HF
	<b>Tiltak</b>	1. Beskrive nåværende behov. 2. Identifisere fremtidige behov.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	LG utpeker tiltaksansvarlig
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, korridorpasienter.
Tertial 3	<b>Situasjon ved årsslutt i forhold til måloppnåelse</b>	
<b>Kritisk suksessfaktor 1H</b>		Tilgjengelig totalt areal, senger og bemanning i forhold til faktisk behov
<b>Risikoelement 1H</b>		Utilstrekkelig areal, senger og bemanning i forhold til faktisk behov
Tertial 1	<b>Nå-situasjon</b>	Se suksessfaktor 1F. En eventuell justering må baseres på omforente fakta og gode beskrivelser av nåværende og fremtidige behov. Det forutsetter også at tiltakene rettet mot avvikling av korridorpasienter i kategori I, II og III (se prosjektbeskrivelse) er tilfredsstillende gjennomført, inkludert utvikling av eventuelle ytterligere tiltak i løpet av prosjektperioden. Det forutsetter også grundige analyser av eventuelle ytterligere potensiale for forbedring av liggetid og beleggsprosent på de enkelte postene.  I en slik situasjon er det grunn til å utvikle en strategi for tilførsel av ytterligere ressurser til foretaket.  Tiltak i forhold til risikoelementene beskrevet ovenfor er i hovedsak ikke ferdig utviklet og gjennomført. Det er derfor ikke grunnlag for å konkludere om det er behov for ytterligere ressurser.
	<b>Sannsynlighet</b>	Må utredes gjennom egen prosess. Andre tiltak gjennomført.
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen i Helse Stavanger HF Styret i Helse Stavanger HF
	<b>Tiltak</b>	1. Analyse av effekt av tiltak etter gjennomføring. 2. Analyse av vedvarende behov etter gjennomføring av tiltak. 3. Strategi for ressurstilgjengelighet.
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	LG utpeker tiltaksansvarlige
	<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, korridorpasienter, nasjonale retningslinjer og føringer, beslutninger i ledelse

<b>Tertial 2</b>	<b>Nå-situasjon</b>	<p>Se suksessfaktor 1F. En eventuell justering må baseres på omforente fakta og gode beskrivelser av nåværende og fremtidige behov. Det forutsetter også at tiltakene rettet mot avvikling av korridorpasienter i kategori I, II og III (se prosjektbeskrivelse) er tilfredsstillende gjennomført, inkludert utvikling av eventuelle ytterligere tiltak i løpet av prosjektperioden. Det forutsetter også grundige analyser av eventuelle ytterligere potensiale for forbedring av liggetid og beleggsprosent på de enkelte postene.</p> <p>I en slik situasjon er det grunn til å utvikle en strategi for tilførsel av ytterligere ressurser til foretaket.</p> <p>Tiltak i forhold til risikoelementene beskrevet ovenfor er i hovedsak ikke ferdig utviklet og gjennomført. Det er derfor ikke grunnlag for å konkludere om det er behov for ytterligere ressurser.</p>
	<b>Sannsynlighet</b>	Må utredes gjennom egen prosess. Andre tiltak gjennomført.
	<b>Konsekvens</b>	Alvorlig
	<b>Risikoeier</b>	Ledergruppen i Helse Stavanger HF Styret i Helse Stavanger HF
	<b>Tiltak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse av effekt av tiltak etter gjennomføring.</li> <li>2. Analyse av vedvarende behov etter gjennomføring av tiltak.</li> <li>3. Strategi for ressurstilgjengelighet.</li> </ol>
	<b>Tiltaksansvarlig</b>	LG utpeker tiltaksansvarlige
<b>Kontrollaktivitet</b>	Beleggsprosent, liggetid, korridorpasienter, nasjonale retningslinjer og føringer, beslutninger i ledelse	
<b>Tertial 3</b>	<b>Situasjon ved årsslutt I forhold til måloppnåelse</b>	