

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FORETAK: Helse Stavanger HF

DATO: 7.9.2017
SAKSBEHANDLER: Anne Jorunn Ørke
SAKEN GJELDER: **Risikovurdering av overordnede styringsmål pr 2. tertial 2017**

ARKIVSAK: 2017/82
STYRESAK: **82/17**

STYREMØTE: **18.10.2017**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tar redegjørelse om risikovurdering av overordnede styringsmål pr. 2. tertial 2017 til orientering

Oppsummering

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

Det blir i denne saken gitt en orientering om risikovurderingene foretatt pr 2. tertial 2017.

Fakta

Helse Vest RHF vedtok i styremøte 7. desember 2016 (sak 132/16) at nedenstående styringsmål 1- 4 med tilhørende delmål skal risikovurderes av helseforetakene i 2017. Videre har styret i Helse Stavanger HF i møte 22. februar 2017 (sak 07/17b) vedtatt at også styringsmål 5 skal risikovurderes som egendefinert mål i 2017. I styremøte 21. juni 2017 (sak 54/17) ble redegjørelse om risikovurdering pr. 1. tertial tatt til orientering. I tillegg ble det vedtatt at det skulle gis en statusoppdatering pr. 2 tertial og en evaluering av måloppnåelse ved årets slutt.

Gjennomføring

Risikovurderingene er gjennomført av egne arbeidsgrupper bestående av representanter fra klinikkene, stabene, representanter for de hovedtillitsvalgte og representanter for vernetjenesten.

Denne oppsummeringen av risikovurderingene inneholder den mest relevante styringsinformasjonen. De detaljerte risikovurderingene med alle enkeltelementene følger som uttrykt vedlegg.

Resultatet av sannsynlighets- og konsekvensvurderingene er uttrykt i risikomatrisen. Risiko plassert i rød sone angir stor risikoknyttet til å oppnå det enkelte delmålet og at det snarlig skal iverksettes korrigerende tiltak for å oppnå delmålet. Risiko i gul sone innebærer det at det må vurderes å iverksette korrigerende tiltak for å oppnå delmålet.

Styringsmål 1- Tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten i Helse Stavanger HF skal halveres innen 2018

Delmål

1. Program for pasientsikkerhet i Helse Stavanger HF 2013-2018 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.

Risikoelement	Tertial 1	Tertial 2	Årsslutt
1A Status og resultater i pasientsikkerhetsprogrammet er ikke fast tema i ledermøter på alle nivåer.	Yellow	Yellow	
1B Ledere har ikke tilstrekkelig forbedringskompetanse til å agere på status og resultater i pasientsikkerhetsprogrammet og andre risiko områder i pasientbehandlingen.	Red	Red	
1C Ledere kartlegger i liten grad hvilke områder i egen pasientbehandlingen som er forbundet med høyest risiko	Yellow	Yellow	
1D Leder anvender ikke metoder for systematisk forbedringsarbeid ved risiko i pasientbehandlingen.	Yellow	Yellow	
2A Ledere har ikke tilstrekkelig metodestøtte i forbedringsarbeid	Red	Red	
2B Det er ikke gode systemer for å registrere nødvendige data og dermed liten mulighet til å følge egne resultater over tid..	Red	Red	

Risikomatrixe pr. 2. tertial 2017						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
Samsynlighet	Svært stor	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	Stor	Yellow	Yellow	1A	1B, 2A, 2B	Red
	Moderat	Green	Yellow	Yellow	1C	Red
	Liten	Green	Green	Yellow	1D	Yellow
	Svært liten	Green	Green	Green	Yellow	Yellow

Kortfattet vurdering og tiltak

Tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten i Helse Stavanger HF skal halveres innen 2018.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble etablert i 2011 med innsatsområder som er forbundet med høy risiko i pasientbehandlingen, slik som fall, sykehusinfeksjoner og forebygging av selvmord. De fleste innsatsområdene er nå overført til linjen og er en naturlig del av daglig drift og med krav om rapportering på resultat. Program for pasientsikkerhet

avsluttes i 2018 og hovedsatsning fremover er kompetanse i forbedringsmetodikk, ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet, samt brukerinvolvering. Risikovurderingen for 2017 gjenspeiler denne dreiningen fra konkrete innsatsområder til varige strukturer for kompetanse og brukerinvolvering.

Vurderingen for 2. tertial viser liten endring av risiko i forhold til 1. tertial. Arbeidet med tiltakene pågår kontinuerlig, men risikoen har endret seg lite i denne perioden. Områder som Helse Stavanger vurderer til å ha høy risiko i 2017, er lederes kompetanse og støtte i forbedringsmetodikk, samt gode systemer for å kunne registrere nødvendige kvalitetsdata og dermed mulighet til å følge og agere på egne resultater over tid. Det er planlagt flere tiltak for å gi ledere ytterligere kompetanse og støtte i forbedringsmetodikk. Eksemppler på dette er ulike opplæringstilbud, mer bruk av ressurspersoner i egen enhet og metodestøtte fra sentral stab. Når Dips Arena og Meona er på plass vil disse verktøyene kunne bidra til at det enkelt kan hentes ut data/rapporter til forbedringsarbeidet.

De viktigste tiltakene er:

- Pasientsikkerhetsprogrammet er fast tema i ledermøter og ledere etterspør og bruker resultater i forbedringsarbeid
- Benytte tilgjengelig kompetanse i forbedringsarbeid i klinikkene
- Ledere må tilrettelegge for deltakelse i forbedringsutdanning og forbedringsnettverk
- Opplæring i forbedringsmetodikk for ledere
- Etterspørre og følge opp risiko i pasientbehandlingen på alle nivå
- Synliggjøre behov for rapporter og resultater inn mot beslutningsorganer i Helse Vest

Styringsmål 2- Uønsket variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis skal reduseres

Delmål

1. Faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. bl.a. pakkeforløp kreft).
2. Helse Stavanger lærer av de enhetene/sykehusene som skårer best i landet på ventetider og nasjonale kvalitetsindikatorer. Delmålet er noe omformulert i forhold til Helse Vest sitt opprinnelige delmål som rapportert i 1.tertial, men anses som innholdsmessig likt.
3. Tiltak i programmet «Alle møter» er implementert, inkludert god planlegging og utnyttelse av operasjonsstuene.

	Risikoelement	1.tertial	2. tertial	Årsslutt 2017
1A	Pakkeforløp for kreft er ikke implementert i foretaket og mindre enn 70 % av pasientene behandles innen frist			
1B	Standardiserte pasientforløp er ikke kjent og ikke implementert i foretaket			
1C	Helse Stavanger arbeider ikke systematisk for å redusere uønsket variasjon i klinisk praksis og for å øke bruk av faglige retningslinjer			
2A	Helse Stavanger analyserer ikke data fra nasjonale kvalitetsindikatorer på en systematisk måte som sikrer god kunnskap om egne resultater			
2B	Helse Stavanger har liten kunnskap om hvilke enheter/sykehus som skårer best i landet på ventetider og kvalitetsindikatorer			
2C	Helse Stavanger har liten kunnskap om årsak til at enheter/sykehus skårer best eller om hvilke forbedringstiltak de har iverksatt			
2D	Helse Stavanger har i liten grad en systematisk oppfølging av resultater for kvalitetsindikatorer som sikrer at forbedringstiltak iverksettes			
3A	Legegruppen har ikke tatt i bruk oppgaveplanlegging i GAT med tilhørende integrasjoner (DIPS, outlook, orplan, intranett)			
3B	Time tildeles ikke i første brev til pasienten			

2. tertial:

		Konsekvens				
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig/kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			1A, 1C, 2C		
	Liten		2A, 2B	1B, 2D		
	Svært liten			3A, 3B		

Kortfattet vurdering og tiltak

Risikovurderingen pr. 2. tertial 2017 av styringsmål 2 viser at risikoen for å ikke oppnå delmålene fortsatt er moderat. Risikoen anses for å ligge på et akseptabelt nivå, men kontinuerlig overvåking og ev. hurtig iverksettelse av tiltak er nødvendig for at risiko ikke øker mot slutten av året. Helse Stavanger har kontinuerlig stor oppmerksomhet på oppfølging av frister innen pakkeforløp, resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og ventetider. For kreftforløpene er det størst utfordring knyttet til operasjon som oppstart behandling da foretaket har for få spesialister innen en rekke fagområder. Analyse av nasjonale kvalitetsindikatorer og erfaringsutveksling med sammenliknbare sykehus, spesielt på

områder der foretaket skårer dårlig, er viktig for å forstå bakgrunn for resultatene slik at man kan iverksette kvalitetsforbedrende tiltak. Foretaket har også utfordringer knyttet til tilstrekkelig lang planleggingshorisont, spesielt for legene.

Eksempler på tiltak:

- Benytte operasjonskapasitet ved andre sykehus
- Styrke rekruttering og utdanningskapasitet innen en rekke medisinske fagspesialiteter
- Sikre god forankring og etterlevelse av pasientforløp
- Analyse og oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer
- Erfaringsoverføring mellom sykehus gjennom faglige nettverk
- Arbeide målrettet for å oppnå en lengre planleggingshorisont for legene

Styringsmål 3- HMS er en selvsagt del av arbeidsdagen.

Delmål

- 1a HMS-strategi for foretaksgruppen Helse Vest er forankret og kjent for alle ledere og medarbeidere
- 1b Tiltak for å forebygge vold og trusler mot ansatte er satt i verk.
2. Det blir lagt til rette for og utviklet en god meldekultur der meldesystem for ansattskader og uønskede hendelser, vold og trusler mot ansatte er kjent for alle ledere og medarbeidere.
3. Tallet på ansattskader er redusert.

Risikoelement	Tertial 1	Tertial 2	Årsslutt
1-1 A Helse Stavanger sin HMS strategi og HMS mål bygger ikke på Helse Vest sin HMS strategi			
1-1 B Informasjon om HMS strategi er ikke lett tilgjengelig og når ikke alle			
1-1 C HMS begrepet er ikke synlig nok i foretakets og avdelingenes strategiplaner			
1-1 D Status og resultater av det Systematisk HMS arbeid blir ikke tatt opp i ledermøter og personallmøter			
1-2 A Det er ikke tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig til å iverksette og følge opp tiltak for å forebygge og håndtere vold og trusler mot ansatte			
1-2 B For høy beleggprosent og mange korridorpasienter kan medføre økt uro med vold og trusler på postene			
2 A Ansatte melder ikke saker i Synergi på grunn av manglende fokus og krav om å melde			

fra ledere			
2 B Ikke alle saksbehandlere følger opp Synergisaker og behandler saker med tilhørende årsaksvurdering og tiltak for å forhindre gjentakelse.			
2 C Foretaket har ikke et tilstrekkelig fungerende og hensiktsmessig meldesystem (Synergi)			
3 A Det jobbes ikke systematisk med HMS			
3 B Det er ikke utført risikovurderinger av aktiviteter som har potensiale i seg til å skade ansatte			

Risikomatrise pr. 2. tertial 2017						
Konsekvens						
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor				2B, 2C, 1-2A	
	Moderat			1-1C	1-1B, 3B	
	Liten			1-1D	1-2B, 2A, 3A	
	Svært liten			1-1A		

Kortfattet vurdering og tiltak

Det jobbes systematisk og godt med HMS i Helse Stavanger. Det overordnede HMS systemet er basert på kontinuerlig forbedringsmetodikk (planlegge-utføre-følge opp og forbedre), og HMS-årsrapporteringen viser at de fleste enheter følger opp dette. Kontinuerlig og systematisk arbeid og medvirkning fra de ansatte vil bidra til at målet om HMS som en selvsagt del av arbeidsdagen blir nådd. Bevisstgjøring rundt at HMS og pasientsikkerhet ofte er to sider av samme sak vil også kunne bidra til dette.

Risikovurderingen viser at de fleste risikoelementene ligger på et moderat risikonivå. Tiltak er foreslått på alle områdene for å redusere risiko til et lavere nivå.

Tre risikoelement har høy risiko. To av dem omhandler meldekultur, manglende vurderinger for å finne bakenforliggende systemårsaker, og funksjonaliteter i meldesystemet Synergi.

Her kan nevnes følgende tiltak:

- Alle ansatte blir gitt opplæring i hvorfor og hvordan saker meldes i Synergi, og ledere etterspør og forsikrer seg om at saker blir meldt
- E-læringskurs om meldekultur tildeles alle ansatte

- Kurs for ledere og ev. andre saksbehandlere i kvalitetsarbeid og forbedringsmetodikk, inkludert årsaksanalyse
- Feltene for årsaksvurdering og tiltak gjøres obligatoriske i Synergi for sakstype HMS/ansattskader
- Årsaksvurdering og tiltak blir etterspurt av ledere på alle nivåer

Ved gjennomgang for 2. tertial har en valgt å øke risikoen for risikoelement 1-2 A som omhandler kompetanse til å forebygge og håndtere vold og trusler. Dette på grunn av en undervurdering av problemstillingen tidligere, samt en økning i antall uønskede hendelser i somatikken. I henhold til arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstaker får den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig i henhold til de risikovurderinger som er gjort. Per i dag har man ikke tilstrekkelig tilbud om dette for utsatte enheter i somatikken.

Tiltak som er foreslått:

- Ressurser til å drive TMA- opplæring ev. annen opplæring i vold og trusler for risikoutsatte grupper i somatikken.
- Avdelinger hvor risikovurdering viser høy risiko for vold og trusler gjennomfører øvelse/trening.

Styringsmål 4 - Det er høyere vekst i hvert enkelt foretak innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk

Delmål

1. Det skal være høyere kostnadsvekst i psykisk helsevern enn i somatikk.
2. Det skal være høyere vekst i årsverk i psykisk helsevern enn i somatikk.

Risikoelement	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
1A Helse Stavanger har i 2017 ikke budsjettert med høyere kostnadsvekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk			
1B Somatikken har hatt en høyere kostnadsvekst i 2017 enn psykisk helsevern og TSB			
1C Somatikken har i 2017 hatt en høyere aktivitet enn budsjettert, mens psykisk helsevern og TSB har hatt en aktivitet som er i henhold til budsjett 2017 eller lavere.			
2A Helse Stavanger har i 2017 en faktisk vekst i årsverk som ikke er i samsvar med budsjett			

Risikomatrix pr. 2. tertial 2017						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten			1A, 1B, 1C, 2A		
	Svært liten					

Kortfattet vurdering og tiltak

Psykisk helsevern har totalt hatt en større kostnadsvekst enn somatikken når en sammenligner fra perioden 1. kvartal til 2. kvartal. Det er VOP som har hatt størst kostnadsvekst, mens BUP og TSB har hatt lavere kostnadsvekst enn somatikken. Gjennom faste møter med administrerende direktør også i de faste møtene med controller vil det fortsatt bli fokusert på resultatkravene knyttet til regnskap og budsjett.

Aktivitetsveksten har også vært større innen psykisk helsevern enn innen somatikk så langt i 2017. Denne veksten antas å fortsette da Helse Stavanger har som strategi å dreie aktiviteten fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk aktivitet.

Styringsmål 5 - Pasienter med rett til helsehjelp skal ha tilgang til diagnostisering, behandling og omsorg av høy kvalitet.

Delmål

Det skal ikke være korridorpasienter

Risikoelement	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
1A For høy beleggprosent på post truer pasientsikkerhet og vanskeliggjør rett plassering av pasient til rett tid fra akuttmottaket og mellom poster			
1B Manglende postrutiner for kliniske beslutninger til rett tid og riktig bruk av kompetanse, arbeidsprosesser og prosedyrer			
1C Manglende bruk i hele foretaket av fungerende tiltak.			
1D Manglende pasientmedvirkning om utredning, behandling og progresjon			
1E Ukoordinerte behandlingsforløp internt og eksternt mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og andre aktører			

1F Liten effekt av vurderingsprosess omkring bruk av eksisterende areal, bemanning og kompetanse tilpasset behov og oppdrag			

Risikomatrix pr. 2. tertial 2017						
Konsekvens						
Sannsynlighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alv./kritisk
	Svært stor					
	Stor				1A, 1F	
	Moderat			1B, 1D	1C, 1E,	
	Liten					
	Svært liten					

Kortfattet vurdering og tiltak

Antall korridorpatientdøgn er vesentlig redusert fra begynnelsen av 2015 til første tertial 2016. Pr. 2. tertial 2016 har imidlertid reduksjonen flatet ut, med en økning i 3.tertial og vinteren 2017. Det har vært en moderat reduksjon mot slutten av 1.tertial 2017. Den forventede historiske reduksjonen i 2.tertial 2017 har uteblitt.

Det er en rekke grunner til dette, der noen av de viktigste er en betydelig smitteutfordring og stengte poster for oppussing mot tiltak rettet mot bedre bruk av areal (Kapasitetsprosjektet). En rekke tiltak har bidratt til at spesialisthelsetjenesten blir mer effektivt brukt, kliniske beslutningsprosesser i avdelingene bedre ivaretatt og ressurser effektivt omorganisert. Likevel er antallet korridorpatientdøgn fremdeles for høyt i foretaket. Det er fremdeles nødvendig å ha et høyt fokus på effektiv gjennomføring av eksisterende tiltak og iverksette ytterligere tiltak. Prosjektet har til nå høstet «lavhengende frukter», og det må forventes at det, for å nå målsettingen, må rettes søkelys mot tiltak som i enda større grad setter krav til endringsvilje i organisasjonen. Et gjennomført tiltak har vært vurdering og justering av kapasitet i foretaket (Kapasitetsprosjektet). Dette prosjektet oppnådde flere viktige målsettinger (dagpost, ortegeriatrisk samarbeid m.m) men effekten av dette på korridorpasienter vurderes som liten, og vil uansett ikke kunne evalueres før disse prosjektene er effektivt utover høsten 2017.

Rapport fra 1.tertial 2018 vil kunne gi en begynnende vurdering på effekten av disse tiltakene. Organisering av tiltak rettet mot reduksjon av korridorpasienter bør innebære en strukturert gjennomgang av foretakets prioriteringsmekanismer for inklusjon og eksklusjon av tilbud for oppnåelse av foretakets målsetting og oppdrag.

Risikoreducerende tiltak omfatter:

Tiltak rettet mot å få kontroll på beleggsprosent og styrke avdelingsrutiner (1A, 1B, 1C, 1F)

- Etablere kultur for felles situasjonsforståelse, målsetning og rammeverk for endring.
- Kontinuerlig lederfokus rettet mot omforente mål og gjennomføring av tiltak (post/avdeling/ divisjon/foretak).
- Implementere tiltak med påvist effekt der disse ikke er gjennomført i foretaket, med særlig fokus på avdelinger med vedvarende høyt antall korridorpasienter:
- Etablere «tavlemøter» på alle poster (whiteboard eller elektroniske).
- Implementere plan for høy aktivitet også utenom sengeposter (radiologi, operasjon, poliklinikk mv.).
- Implementere «døgn til dag»-prosjekter i alle klinikker.
- Styrke ytterligere lege- og beslutningskompetanse i akuttmottak i alle relevante fag.
- DRG-spesifikk gjennomgang av liggetider i alle seksjoner.

Følge opp etablerte tiltak for full effekt

- Plan for høy aktivitet – følge opp bruk av tiltak, synliggjøring av effekt og justere plan for ytterligere effekt (revisjonsprosess og innføring av SmartCrowding).
- Bruk av plan for høy aktivitet gjennom hele døgnet ved integrasjon til MEONA også utenom akuttmottaket.
- Etablere prosess for gjennomgang av rutiner og rasjonalisering av arbeidsoppgaver på den enkelte post.(eks. kritisk gjennomgang av EQS prosedyrer, bruk av metodebok, pasientforløp, visittrutiner, kapasitetsmøter).
- Etablere prioritert visitt med innføring av NEWS (National Early Warning Score) – pilot post 3F, og innføring av «Ut før 13» prosjekt.
- Kurs «Klinisk ledelse i team» for flere ansatte (skalere opp).
- Utrede «psykiatrisk akutt utredningsteam» for tilsyn i somatiske poster.

Tiltak for å styrke pasienters medinnflytelse

- Hyppigere og enklere brukerundersøkelser for å avdekke mulig justering av beslutningspunkter
- Inviterer pasienten til ansvarlighet rundt individuelle behandlingsplaner, for blant annet å redusere behovet for spesialisthelsetjenesten der dette er aktuelt. (eks Psykiatrisk divisjon)
- Inviterer pasienten til medbestemmelse omkring utredning og behandlingsformer som vil påvirke behovet for og lengden av et sykehusopphold. (eks Kirurgiske klinikker)

Tiltak som sikrer bedre samhandling om tilbud

- Styrke dialogen mellom kommuner og foretaket om utskrivningsklare pasienter

- Videreutvikle VIP prosjekt for pasienter som trenger spesielt tilrettelagt og kontinuerlig oppfølging av individuelle behandlingsplaner – særlig der disse har et stort behov for tjenester både innenfor og utenfor foretaket.
- Samorganisering av tilbud utenfor og innenfor foretaket i særlig krevende perioder (ferier, influensaperioder, høy aktivitet)
- 1. Gjennomgang av organisering mellom Helse Stavanger og private avtalespesialister.
- 2. Bedre utnyttelse av eksisterende kommunale KØH-plasser
 - a. Bidra i alle samhandlingsfora til gode samhandlingsrutiner mellom foretaket og kommunene.
 - b. Styrke tilliten til KØH-tilbudet blant innleggende leger.
 - c. Dialog mellom kommunale tilbud og samhandlingslege i akuttmottak (delvis finansiert av samhandlingsmidler).
- 3. Redusere unødvendige innleggelser - dialog mellom fastleger, legevakt og samhandlingslege i akuttmottak om innleggelser (konkrete) og rutiner.

Tiltak for å håndtere effekt av kapasitetsvurdering, bemanning, kompetanse og prioriteringer i foretaket

- 4. Riktig bruk av eksisterende kompetanse og areal
 - a. Kapasitetsmøte
 - b. Plan for høy aktivitet
- 5. Gjennomføre kapasitetsprosjektet.
- 6. Identifisere fremtidige behov og prioriteringsmekanismer.

Konklusjon

- 1. Administrerende direktør tilrår styret å ta ovenstående redegjørelse om risikovurdering av overordnede styringsmål pr 2. tertial 2017 til orientering.