

Saksframlegg til styret

Møtedato: 30.03.17

Sak nr: 019/2017

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Sven-Erik Andersen

Oppdrag og bestilling 2017 - Risikovurdering

Trykte vedlegg: Oppdrag og bestilling 2017 fra Helse Sør-Øst
Protokoll fra foretaksmøte 15. febr. 2017

Hensikten med saken:

Oppdrag og bestilling 2017 ble gitt til Sykehuset i Vestfold HF (SiV) i foretaksmøte 15. februar 2017. Dokumentet (vedlagt) sammenstiller Helse Sør-Øst (HSØ) sitt oppdrag og bestilling til SiV med utgangspunkt i overordnede rammer, samt økonomiske og faglige prioriteringer i HSØ.

Styret er allerede i en viss grad kjent med oppdragsdokumentet, gjennom bl.a. fokus på felles styreseminar på Gardermoen.

Hensikten med foreliggende sak er:

- at styret formelt å kvitterer for mottaket av Oppdrag og bestilling 2017
- at styret gjøres kjent med og kan drøfte adm. direktørs risikovurderinger hva gjelder foretakets evne til å etterkomme de mest sentrale målsettinger i oppdraget for 2017
- at styret blir kjent med adm. direktørs opplegg for oppfølging av oppdraget gjennom 2017

Forslag til vedtak:

1. Styret bekrefter at Oppdrag og bestilling 2017 fra Helse Sør-Øst er mottatt.
2. Styret tar adm. direktørs vurderinger hva gjelder foretakets evne til å etterkomme de mest sentrale målsettinger i oppdraget for 2017 til orientering.
3. Styret forutsetter at oppfølging av eierkrav gjennom Oppdrags- og bestilling 2017 ivaretas gjennom det helhetlige opplegg for virksomhetsstyring i foretaket. Administrerende direktør bes sikre at alle krav og føringer videreføres i lederavtalene mellom alle ledernivåer i sykehuset.
4. Styret ber om tilbakemeldinger på status for målkravene, og om nødvendig med tiltak for å nå målene, i forbindelse med løpende rapportering, samt ledelsens gjennomgang (LGG) hvert tertial. Videre skal det rapporteres på måloppnåelse av Oppdrag og bestilling 2016 som en del av Årlig melding 2017.

Tønsberg, 30.03.2017

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Fakta grunnlag:

Virksomheten til Sykehuset i Vestfold HF (SiV) er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter for foretaket. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til helseforetaket er konkretisert og utdypet i Oppdrag og bestilling og i protokoller fra foretaksmøter.

SiV mottok Oppdrag og bestilling 2017 i foretaksmøte 15. febr. 2017.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav/oppdrag som eventuelt ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene, vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdragsdokumentet er det særlig fokusert på følgende Regjeringens 3 overordnede målsettinger for 2017:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Disse er de samme 3 overordnede målsettinger som også gjaldt for 2016.

Under hver av disse overordnede målsettingene er det satt opp konkrete «Mål 2017» og «Andre oppgaver 2017».

Helse Sør-Øst RHF vil følge opp punktene under «Mål 2016» i de faste oppfølgingsmøtene med SiV.

SiV skal også gjennomføre punktene under «Andre oppgaver 2017». I Årlig melding 2017 skal det rapporteres både på punktene under Mål 2017 og Andre oppgaver 2017.

I denne saken settes fokus på ovennevnte 3 overordnede målsettinger og de respektive tilhørende mål 2017. Det er gjennomført grove risikovurderinger knyttet til disse, som det redegjøres nærmere for nedenfor.

Andre oppgaver 2017 vil, i tillegg til Mål 2017, bli fulgt opp internt i de tertialvise ledelsens gjennomgang (LGG) i løpet av året, og løpende status vil bli presentert for styret i den sammenheng. Status for Mål 2017 vil også bli i nødvendig grad presentert for styret i forbindelse med månedsvise rapporteringer.

Adm. direktørs vurderinger:

Det er gjennomført en prosess i adm. direktørs ledergruppe for å gjøre en vurdering av foretakets evne til å møte de 3 overordnede målsettinger generelt, og spesielt de Mål 2017 som er satt for disse respektivt.

Vurderingene er slik:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:

Generelle kommentarer:

SiV har etablert program for pasientforløp som blant annet innebærer at man arbeider med å optimalisere logistikken for pasientene. Gjennom faglige og logistiske audits skal man sikre at så mye ikke-medisinsk begrunnet ventetid som mulig, fjernes. Arbeidet med å gjennomgå utnyttelsen av operasjonsstuene for å sikre riktig kapasitet i forhold til faktisk pasientpågang, startet opp høsten 2015 og har fortsatt gjennom 2016 og inn i 2017. I dette arbeidet inngår også bedre balansering av de ulike personellgruppene involvert på og rundt operasjonsstuene.



Vurdering av Mål 2017:

Mål 2017:	Risiko:	Kommentar:
<ul style="list-style-type: none"> Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og under 60 dager for somatikk. 		<p>Ventetidene for både somatikk, psykisk helsevern og TSB ligger godt under de oppsatte mål. For både somatikk og TSB er også ventetidene redusert sammelignet med 2016. For psykisk helsevern er ventetiden for voksne noe høyere enn februar 2016, mens det er en reduksjon i ventetiden for barn.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ingen fristbrudd. 		<p>Etter en stor innsats både i forhold til økt behandling internt og å gi pasienter alternativt tilbud eksternt, er fristbruddene samlet sett på vei nedover mot akseptable nivåer igjen. Det ser det ut til at mars vil bli omtrent på nivå med fjoråret.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 prosent. 		<p>Samlet sett tilfredsstillende resultater nå. Området følges tett.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 prosent. 		<p>Samlet sett tilfredsstillende resultater nå. Området følges tett.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver. 		<p>SiV har over tid ligget høyt på effektivitetsmål, DRG-produksjon, i HSØ. Siste år har det imidlertid vært en viss negativ utvikling. Tiltak: - Vurdere hvor mye av ressurser som brukes i pasientrettet arbeid kontra støtte/stab. - Dersom mulig, fjerne rapporteringskrav/ dokumentasjonskrav som ikke gir motivasjon og bedre pasientsikkerhet/kvalitet. - Fokus på effektivisering av operasjons-virksomheten - Øke andel dagkirurgi og poliklinisk kirurgi - Effektivisering av poliklinisk virksomhet - Ambulante team</p>
<ul style="list-style-type: none"> Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. oppgaver som er gitt til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. 		<p>Det arbeides kontinuerlig med å redusere liggetid og variasjoner innen fagområdene. Variasjoner mellom fagområder skal vi ha. Medisinsk klinikk har stadig reduserte liggetider og liggetid februar 3,1 døgn. Kirurgisk klinikk har p.t. 2,9 dager liggetid.</p>

2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

Generelle kommentarer:

Prioritering i spesialisthelsetjenesten er utfordrende. Det er vanskelig å finne områder som ikke skal prioriteres. Den ene siden av saken er hvordan foretaket reelt fordeler ressurser og hvor effektiv ressursene utnyttes på de ulike områdene. Den andre siden er at de indikatorene som foretaket rapporterer på for å vise at eiers prioritering følges opp, ikke alltid gir et riktig bilde av hva som reelt sett foregår. Ett forhold som har stor betydning for disse pasientgruppene er at SiV har prioritert flere hundre millioner til nybygg knyttet til psykisk helsevern og TSB de siste årene noe som ikke framkommer i indikatorene som måler prioriteringen.

Vurdering av Mål 2017:

<u>Mål 2017:</u>	<u>Risiko:</u>	<u>Kommentar:</u>
<ul style="list-style-type: none"> Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). 		<p>For psykiatri og rus utvikler fristbrudd og ventetider seg i riktig retning. Men antallet konsultasjoner er bekymringsfull i seg selv og videre analyser pågår for fullt. Slik SiV nå ser bildet, er det stor risiko for at foretaket ikke kommer til å oppfylle prioriteringsregelen, som sier større vekst i psykiatri og TSB enn somatikk i 2017.</p>
<ul style="list-style-type: none"> I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelses innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016. 		<p>Ut fra SiVs samarbeidsavtale og samarbeidsform med kommunene i Vestfold må slikt samarbeid etableres som eget tiltak på den årlige Handlingsplan med kommunen via SU. Det vil først være mulig fra 2018, men må forberedes og arbeides med i 2017. Samhandling DPSene AAT, legevakt, fastleger og PFA akuttseksjonen er de sentrale aktørene i et slikt arbeid. Det er viktig at den tvangen som reduseres er den riktige tvangen å redusere. Det vil i all hovedsak si den tvang som ikke tas til følge første dag. Gjelder PHL og bruk av §3.2 ofte henvist fra legevakslege og som ikke bli bekreftet nødvendig (av 342 henvisninger på §3.2, ble 131 bekreftet, 182 underkjent).</p>



<ul style="list-style-type: none"> Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere 		<p>Arbeid med økt frivillighet og redusert bruk av tvang: her gjennomgås nå eksisterende plan og tiltak for vurdering av innsatsfaktorer og justeringer. Oppdrag fra HSØ på dette følges.</p> <p>Som eksempel på hvordan sikre vurderingen av og kvaliteten på tvangsmiddelbruk som riktig registrering i protokoll og journal nevnes her intern daglig arbeidsrutinen i akuttseksjonen for tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> kl. 08.00. Morgenmøte: for- og bakvakt legger frem alle episoder som omfatter tvangsbruk/-vedtak som har skjedd siste døgn. Alle tvangsprotokoller blir lest av seksjonsoverlege/avdelingsoverlege. Alle vedtak blir slått opp på skjerm, journalnotat likeså i morgenmøte. Kvalitetssikring & læringsøyemed. Møte også kl. 16.00 hver dag med Lis, overlege i bakvakter og ansvarsvakter. Informerer om pasientsituasjoner, planlegger kvelden. Nytt møte kl. 23.30 nattevakter og Lis-leger.
<ul style="list-style-type: none"> Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling registreres og det sikres færrest mulig avbrudd. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis) 		<p>Det er etablert egne tiltak samt oppfølgingsrutiner for døgnseksjonene i TSB (Avdeling for rusbehandling). Det er etablert samhandlingsrutiner ift. kommune og fastlege når pasienten avbryter behandling.</p> <p>Det er som en del av handlingsplanen med kommunen for 2016 gjennomført eget "prosjekt" og etablert samarbeidstiltak og rutiner med tydeliggjøring av oppgaver m.v. for å forebygge overdosedødsfall ved utskrivning.</p>

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet:

Generelle kommentarer:

Kvalitetsstrategien i SiV er evaluert med tanke på utarbeidelse av ny strategi. Videre følges pasientsikkerhetsprogrammet opp lokalt.

Det er etablert 3 lokale satsningsområder: Medikamenthåndtering, pasientforløp og akuttkjeden. Videre er nytt felles avvikssystem etablert fra januar 2017.

Vurdering av Mål 2017:

Mål 2017:	Risiko:	Kommentar:
<ul style="list-style-type: none"> Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. 		<p>Stor variasjon mellom ulike seksjoner. De seksjoner som har kapasitetsutfordringer har lite ledige timer i timebøkene og vil derfor kunne reservere seg mot å gi time i første brev. Målet oppfylt innenfor psykiske helsevern og rusbehandling.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre tilstrekkelig kapasitet og god struktur på



		timebøker for best mulig drift. - Kulturendring mtp å bruke timebøker optimalt. - Langtidsplanlegging av legetilstedeværelse.
<ul style="list-style-type: none">Ingen korridorpasienter.		Som del av løsningen på budsjettfordringen for 2017 har SiV redusert antall senger. Nedtaket startet i begynnelsen av desember 2016 og ble fullt gjennomført i løpet av januar. En av risikoene knyttet til nedtak av senger, kan være økning i andel korridorpasienter. Det arbeides videre for å forbedre utskrivingsprosessene slik at pasientene blir skrevet ut på riktig tidspunkt, og for å forbedre samarbeid på tvers i SiV slik at både interne ressurser kan midlertidig flyttes, og pasienter kan flyttes til andre sengeposter i de tilfellene hvor det er forsvarlig. I tillegg arbeides det for å få til større fleksibilitet i forhold til å åpne og å stenge reservesenger etter behov. Det vil forebygges at en post har korridorpasienter over lengre perioder. God ledelse og logistikk, og tett samarbeid med kommunene er avgjørende for å unngå korridorpasienter.
<ul style="list-style-type: none">Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent		Siste prevalensmålinger ligger godt under måltallet.
<ul style="list-style-type: none">30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)		SiV ligger høyt på statistikk over forbruk av bredspektrede antibiotika. Det er nå startet opp tverrfaglig antibiotikateam (A-Team) som i samarbeid med kvalitetsenheten skal lede dette arbeidet.
<ul style="list-style-type: none">Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse skal være minst 20 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis)		Hittil i år 13,8%. Dette er langt unna måltall. Svært positiv utvikling på slutten av 2016, men fortsatt alt for stor variasjon i resultater. Tiltak: - Gjennomført flere møter med leger ved seksjonen med gjennomgang av gjeldende prosedyre og indikasjon for å gi trombolytisk behandling. - God registreringspraksis av diagnose og prosedyre. - Større revisjon av slagforløpet er nå i avslutningsfase.
<ul style="list-style-type: none">Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).		Dersom en regner peritonealdialyse som hjemmedialyse har SiV en relativt stor andel hjemmedialyser. Videre er en aktivt i prosess med å prøve ut hemodialyse hjemme. til nå har en ikke identifisert egnet pasient til utprøving av dette tiltaket men det er gitt lovnader på økonomisk dekning for dette
<ul style="list-style-type: none">Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med		Det gjennomføres gruppesamtaler med utarbeidelse av handlingsplaner i klinikkene. Det er en utfordring å klare å følge opp og gjennomføre handlingsplaner.



etablering av forbedringstiltak for egen enhet.		
<ul style="list-style-type: none">Fem prosent av pasientene skal være inkludert i klinisk forskning.		Tallene her har vi ikke oversikt over pr. i dag. Det vil være viktig å få definert hva dette innebærer. Mange pasienter blir fulgt i kvalitetsregistre i klinikkene og det genereres forskning ut fra disse. Den økonomiske utviklingen på legemiddelmarkedet gjør at det blir stadig færre tilbud om å delta i kliniske utprøvningsstudier. Disse foregår nå på grunn av kostnadsnivå i stor grad i andre lavkostland. SiV bruker høy andel (1,7%) av budsjett til forskningsrelatert aktivitet. Det er viktig at denne ressursbruken blir gjenspeilet med høy produksjon av vitenskapelige artikler og inkludering av pasienter i forskningsprosjekt generert ut fra egen drift.

Adm. direktørs samlede vurdering er at SiVs evne til å imøtekomme de mest sentrale krav i oppdragsdokumentet for 2017 er god. Det vil imidlertid kreve tydeliggjøring av målbildet internt, samt tett løpende oppfølging på alle nivåer og overfor styret.