

STYREMØTE 08.11.21

Side 1 av 7

Styresak nr.:	66 -21	Sakstype:	Beslutningssak
Saksnr. arkiv:	21/04358		

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) 2. tertial 2021

Sykehuset Østfold har per august et økonomisk resultat i balanse. Det er fortsatt utfordringer knyttet til *prioriteringsregelen* om høyere vekst innen psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk. Flere avdelinger har for lang ventetid, enkelte fristbrudd og for høy andel pasientavtaler som har passert planlagt tid.

Forslag til vedtak:

Styret tar LGG 2. tertial 2021 til orientering.

Sarpsborg, den 01.11.2021

Hege Gjessing
administrerende direktør

Styresak nr.: 66 -21

1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjoner

Administrerende direktør anbefaler at styret tar ledelsens gjennomgang (LGG) 2. tertial 2021 for Sykehuset Østfold (SØ) til orientering.

2. Faktabeskrivelse

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2021 legges fram for styret etter gjennomgang i sykehusledermøte basert på avdelingene og klinikkenes gjennomgang av status i forhold til å besvare:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemene som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Virksomheten ved SØ skal i 2021 innrettes med sikte på å nå følgende hovedmål «Oppdrag og bestilling 2021»:

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

Med utgangspunkt i utviklingsplanen, oppdrag- og bestillingsdokument og hovedutfordringene fra risikovurdering har SØ følgende 6 hovedsatsningsområder i virksomhetsstrategien:

- Økt kapasitet og bedre pasientflyt
- Bedre kvalitet i pasientbehandlingen
- Innovasjon, nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Styrke innsatsen for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- God ressurs- og økonomistyring
- Rekruttering, bemanning og kompetanse

LGG har som formål å følge opp og vedlikeholde de systematiske aktivitetene for styring og kontroll av virksomheten. Det innebærer å sette fokus på utvalgte risikoområder og tiltak for å redusere risiko. LGG gjennomføres tertialvis i avdelinger, klinikker og på foretaksnivå. Etter tredje tertial gjøres en oppsummering av gjennomføringen av oppdrag og bestilling i årlig melding, hvor LGG 3. tertial inngår.

Det arbeides i nettverksgruppen for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst med en videreutvikling og omlegging av LGG. Planen er å gjennomføre LGG en gang per år for å kontrollere at styringssystemet er tilstrekkelig, hensiktsmessig og at det fungerer effektivt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Måned rapporten per august (2. tertial) har beskrevet økonomisk resultat i balanse som forklares med bruk av Covid tilskudd. Det er økonomiske resultatet per klinikk varierer der noen har overskudd mens andre har til dels stort underskudd. Bemanningsforbruk akkumulert per august er 185 månedsværk høyere enn plantall og hovedsakelig knyttet til pandemien. Deler av avviket på varekostnader gjelder innkjøp av testutstyr til laboratoriet. I tillegg er det høyere varekostnader til behandlingshjelpemidler og medikamenter.

Styresak nr.: 66 -21

Risikobildet for SØ på foretaksnivå er avstemt med månedsrapporten per august og viser de 5 prioriterte områdene med størst risiko for manglende måloppnåelse.

Sannsynlighet	Svært stor	5	10	15 3	20	25
	Stor	4	8	12 1	16	20
	Moderat	3	6	9 4	12 5	15
	Liten	2	4	6	8 2	10
	Meget Liten	1	2	3	4	5
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Konsekvens						

1. Redusere unødvendig venting og variasjon. 2. Kvalitet og pasientsikkerhet.
3. Prioriteringsregelen. 4. Pakkeforløp psykisk helsevern. 5. Økonomi

Det er størst risiko knyttet til manglende eller mangelfull måloppnåelse for:

- 3. Prioriteringsregelen. Det skal være høyere vekst innen psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk.
Per 2. tertial er det fortsatt utfordringer med å øke aktivitet i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innen barne- og ungdomspsykiatri er det måloppnåelse for poliklinisk virksomhet og positiv utvikling og vekst (10,6 % i forhold til 2019). Det er bevilget regionale midler til å styrke området og øke aktivitet på kveldspoliklinikk. Det arbeides med rekruttering av personell, men det er vanskelig å få tak i spesialister. Det er i forbindelse med nasjonalt tilsyn gjennomført egenkartlegging i sykehusets fire BUP-er. Resultatet benyttes til forbedring og standardisering av prosesser.
- 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (ventetider, fristbrudd og passert planlagt dato).
Ventetidene for er august er de høyeste hittil i år både innen somatikk og psykiatri, mens TSB har lavere ventetid og er i henhold til målsetting. Psykisk helsevern for barn og unge hadde måloppnåelse med ventetid <35 dager til og med juni, men har økt til 41 dager i august. Det er flere avdelinger som har fristbrudd og for høy andel pasientavtaler som har passert planlagt tid. Hensikten er å iverksette tiltak før det blir fristbrudd. Fristbruddene gjennomgås for å undersøke om det er reelle fristbrudd eller eventuelt feilregistrerte, som flere viser seg å være. Pasienter får time raskt der det avdekkes reelle fristbrudd. Både ventetider og fristbrudd økte i august (3,26 % fristbrudd for SØ), spesielt innen fagområdene barnekirurgi, øyekirurgi og ortopedisk kirurgi. Det er også økt ventetid på utredning ved sykkelig overvekt og habilitering av barn og unge.

Styresak nr.: 66 -21

Medisinsk klinikk øker egen aktivitet og reduserer kjøp av eksterne tjenester. Månedlig gjennomgang av handlingsplaner «poliklinikk - etterslep» med klinikk sjefen for å holde gjennomsnittlig ventetid < 54 dager og redusere andel pasienter med passert planlagt tid.

Akuttmedisinsk klinikk viderefører prosjektet effektiv prioritering og mottak av pasienter i akuttmottaket, som er forsinket av Covid-restriksjoner. Klinikk for psykisk helsevern planlegger å øke aktivitet på kveldspoliklinikk, men har store utfordringer med rekruttering av spesialister. Avdeling for bildediagnostikk har for liten kapasitet og for lang ventetid på MR-undersøkelser. Pågående prosess for anskaffelse av ytterligere en MR.

Det er moderat risiko knyttet til mangelfull måloppnåelse for:

- 5. God ressurs- og økonomistyring.
Akkumulert økonomisk resultat pr. august viser balanse i forhold til budsjett (ekstra bevilgning Covid 19 – tilskudd). Besparelser på ordinær drift knyttet til leie, vedlikehold, kurs og reisekostnader er benyttet til å dekke pandemirelaterte utgifter og tapte inntekter.
- 4. Sammenhengende pakke- og pasientforløp innen psykisk helsevern uten unødig ventetid. Det er fortsatt utfordringer knyttet til implementering av pakkeforløpene, poliklinisk kapasitet og overbelegg på døgnområdene. Foreløpig ikke oppfylt målsetting på alle de nasjonale indikatorene. Klinikkenes egne pasientforløp revideres og forbedres i 2021.
- 2. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. SØ skal ikke ha overbelegg og korridorpasienter, minst 70 % av epikrisene skal sendes ut innen 1 dag og redusert bruk av bredspektret antibiotika.

Midlertidig tiltak med to på rom har bidratt til å redusere korridorpasienter.

Andel epikriser utsendt innen 1 dag har på foretaksnivå økt til 60 % (mål 70 %) per august. Kreftavdelingen og kirurgisk klinikk har best resultat med henholdsvis 71 og 69 %. Stor variasjon mellom ulike avdelinger og fagområder.

Redusert bruk av bredspektret antibiotika har ikke oppnådd målsettingen, og bruken har økt i forbindelse med pandemien. Gjenopptar målrettet aktivitet med tiltak i regionalt nettverk og lokalt antibiotika-team i 3. tertial.

Nasjonale kvalitetsindikatorer, helseatlas og fagområdets egne indikatorer er satt i system for regelmessig gjennomgang og oppfølging i møter med adm. direktør og fagdirektør. Det etableres en arbeidsgruppe for målrettet innsats etter at klinikker og avdelinger har gjort et utvalg av indikatorer, hvor det iverksettes forbedringstiltak for kvalitetsheving.

Resultatene for pakkeforløp kreft per 2. tertial er bedre enn målet om 70 % inkludert (79 %) og gjennomført innenfor forløpstid (75 %) for de fleste krefttyper. Forløp i samarbeid med universitetssykehus som for eksempel nyre- og prostatakreft, har positiv trend men ikke måloppnåelse.

Innen hovedsatsingsområde «Økt kapasitet og bedre pasientflyt» har man planlagte tiltak med ombygging og utbygging av sykehuset på kort og lang sikt. Det er fokus på innleggelser, trygg utskrivning når pasientene er ferdigbehandlet og god samhandling med kommunene for å redusere antall utskrivningsklare pasienter.

Styresak nr.: 66 -21

Innen hovedsatsingsområde «Innovasjon, nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi» er det god utvikling i prosjektene og Digital hjemmeoppfølging har inkludert det planlagte antall pasienter.

Senter for laboratoriemedisin arbeider med innføring av digitale løsninger som understøtter sikkerhet, gode analyser og kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen. DIPS Interactor er anskaffet og implementert i testmiljø 2. tertial 2021 og skal breddes i sykehuset 3. tertial. Webløsning under anskaffelse for pilotering 2022.

Innføring av digital patologi og diagnostiske verktøy for beslutningsstøtte er utsatt i Helse Sør-Øst.

I tillegg er det økende utfordringer med rekruttering, bemanning og kompetanse. Dette er et eget delprosjekt i revisjon av utviklingsplanen.

Status eksterne tilsyn 2. tertial

Tema for revisjon eller tilsyn	Avdeling/område som revideres	Status
Statens helsetilsyn: Tilsyn med spesialisthelsetjeneste til utlokaliserte	Medisinsk klinikk, ortopedisk avdeling og gastrokir seksjon	gode, avventer implementering med robust praksis og oppfølging av
Statens helsetilsyn: Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker	Sykehuset Østfold ved forskningsavdelingen	Pågår, egenvurdering oversendt og levert Rapport: 1 avvik . Tiltaksplan sendt
Statens helsetilsyn: Håndtering av blod og blodkomponenter, celler og vev	Sykehuset Østfold ved senter for laboratoriemedisin	Statens helsetilsyn med revidert avtale med komm.
Statens helsetilsyn: Avdekke og håndtere risiko for svikt ved IKT-systemer med legemiddelinfo	Sykehuset Østfold	Pågår med innsamling av data
Statens helsetilsyn: Nasjonalt egenvurderingstilsyn psykisk helsevern til barn og unge	Sykehuset Østfold ved BUP Askim, Fredrikstad, Moss og Sarpsborg	Pågår, egenvurdering brukes til intern benchmarking og forbedring
Arbeidstilsynet: Kontroll av arbeidstid	Ambulanseseksjonen Fredrikstad	Pålegg fulgt opp og tilsynet er avsluttet Rapport: Pas. har ikke god nok tilgang til behandlingsstudier. Tiltaksplan utarbeidet
Riksrevisjonen: Undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene	Sykehuset Østfold ved forskningsavdelingen	Pågår, dokumenter sendt over
Riksrevisjonen: Investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene	Divisjon FM, økonomi og analyse, MTA	Pågår, dokumenter sendt over
Riksrevisjonen: Forvaltningsrevisjon om helse-, utdannings- og velferdstjenester til innsatte i n	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Pågår, dokumenter sendt over
Riksrevisjonen: Administrering av diagnostisk pakkeforløp	Sykehuset Østfold ved kreftavdelingen	Varsel mottatt
Riksrevisjonen: Forvaltningsrevisjon om utnyttelse av IKT systemer i helseforetakene	Sykehuset Østfold	Pågår, dokumenter sendt over
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap: Opplæring og bruk av med.tekn.utstyr	Vedlikehold og reparasjon av medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler	Rapport: 1 avvik (vedlikehold av MTU) Risikovurdering og tiltaksplan sendt DSB

Det er gjennomført 3 eksterne tilsyn i 2. tertial

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap har gjennomført tilsyn med «Opplæring, bruk og vedlikehold av medisinsk teknologisk utstyr». Rapport juni 2021 avdekket ett avvik – etterslep på periodisk og planlagt vedlikehold. Det er gjennomført risikovurdering og utarbeidet tiltaksplan på kort og lang sikt for å lukke avvik.

Statens helsetilsyn har ført tilsyn med Håndtering av blod og blodkomponenter, celler og vev. Rapport juli 2021: ett avvik - Avtalen med kommunene er ikke systematisk revidert/oppdatert (gjelder inntil oppsigelse med 6 måneders gjensidig varsel).

Avtalen med kommunene er revidert og prosedyrene oppdatert og avtalen skal behandles i Strategisk samhandlingsutvalg (SSU) i 3. tertial slik at avviket kan lukkes.

Statens helsetilsyn har gjennomført nasjonalt egenvurderingstilsyn i psykisk helsevern til barn og unge med sjekklister og gjennomgang av 30 pasientjournaler i hver BUP, hvor resultatet av egenvurderingen benyttes til intern benchmarking og forbedring.

Oppfølging av tidligere eksterne tilsyn:

Statens helsetilsyn: Tilsyn med spesialisthelsetjeneste til utlokaliserte pasienter. Statsforvalteren vurderer tiltakene som gode, men avventer implementering og oppfølging med kontrolltiltak som

Styresak nr.: 66 -21

kan bekrefte om det er etablert en robust praksis som vurderes som tilstrekkelig for lukking av avvikene.

Det er kun gjennomført 4 Interne revisjoner 2. tertial

- Det er gjennomført 2 revisjoner på område «Sikker bruk av MTU - opplæring» Jfr Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr, hvor det ikke ble avdekket avvik.
- Det er gjennomført 2 revisjoner på område «Legemiddelhåndtering på døgnområder» (Forskrift for legemiddelhåndtering). Begge reviderte enheter er innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling og fikk samme avvik: Lukket legemiddelsløyfe gjennomføres ikke fullstendig på grunn av at pasientene ikke benytter ID-bånd. Kontroll med skanning av pasient-id kan ikke fullføres for å lukke sløyfen.

Pasientsikkerhet og meldekultur

Synergi er det elektroniske verktøyet for håndtering av forbedringsforslag, HMS hendelser og pasientrelaterte og driftsmessige uønskede hendelser. Det fungerer etter hensikten og meldte hendelser og nestenulykker gir ved behandling i kvalitetsråd og pasientsikkerhetsutvalg grunnlag for å lære av uønskede hendelser og aktivt forebygge at hendelser gjentar seg. Det gjennomføres årsaks- og hendelsesanalyse for å søke etter systemforklaringer til uønskede hendelser og legge til rette for at mange kan lære av de meldte hendelsene. SØ har i 2. tertial gjennomført 1 årsaks- og hendelsesanalyse med høy kompleksitet og flere involverte avdelinger.

Alvorlige hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, som har ført til dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient og der utfallet er uventet ut ifra påregnelig risiko, skal varsles til Statens helsetilsyn innen 24 timer. SØ har varslet 8 alvorlige hendelser til www.melde.no

i 2. tertial. Det er Statsforvalteren i Oslo og Viken som vurderer eventuell tilsynsmessig oppfølging av varsel dersom det ikke gjennomføres stedlig tilsyn eller egenrapportering.

Formålet med tilsyn, herunder varselordningen, er å bidra til pasientsikkerhet, kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenesten.

I trygge hender 24-7

Nasjonale tiltak for bedre pasientsikkerhet innen områder med identifisert risiko og potensial for forbedring, skal videreføres og følges opp i tråd med Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helse Sør-Øst RHF anbefaler at helseforetakene fra og med 2021 tilrettelegger for hensiktsmessig oppfølging av tiltakspakker og faglige råd basert på egne utfordringer, og som en del av lokale handlingsplaner for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringer. Det er avholdt kurs for fagutviklingsrådgivere og måleansvarlige i målinger og metode for oppfølging av egne resultater.

Styresak nr.: 66 -21

Relevant enhet	År	tertiar	Tiltaksområde						
			Tilta oppfølging av risiko for alvorlig tilstand	Forbygging av fall i helsestatusjoner	Forbygging av trykksår	Forbygging av urinveisinfeksjoner	Forbygging av underernæring	Sammensetting av ledelse og medarbeidere	
døgnområde 3 - lungemedisin	2021	2	1	1	1	0	2	4	
døgnområde 10 - kreftsykdommer	2021	2	4	3	3	4	2		
døgnområde 8 - kirurgi, urologi, kar, ØNH	2021	2	4	1	4	1	1		
døgnområde 7 - gastrokirurgi	2021	2	4	1	2	4	1	0	
døgnområde 9 - gastromedisin	2021	2	1	4	1	1	3		
døgnområde 2 - infeksjonsmedisin	2021	2	0	4	0	0	1	1	
døgnområde 6 - ortopedi	2021	2	4	0	1	1	1	0	
døgnområde Moss – ortopedi, kirurgi	2021	2	4	4	4	0			
døgnområde 4 - nevrologi, slag	2021	2	1	1	1	1	3	4	
Døgnområde 9 - akuttgeriatri og nyremedisin	2021	2	4	4	1	1	4	4	
Døgnområde 1 - hjertemedisin	2021	2	4	1	1	1	2	1	

- Status 0: Relevant enhet innsatsområdet, men ikke pågående tiltaksarbeid
- Status 1: Enheten har fokus på innsatsområdet med forbedringsarbeid, men måler ikke
- Status 2: Enheten arbeider aktivt med tiltakspakkene og foretar målinger og evaluerer resultatet
- Status 3: Tiltakspakken er implementert og enheten foretar målinger for oppfølging
- Status 4: Tiltakspakken er implementert. Enheten måler ikke. Stikkprøvekontroller for oppfølging

Tiltakspakkene på innsatsområdene erstattes med nasjonale faglige råd, som implementeres i tråd med operasjonaliseringen av regional delstrategi for kvalitet og pasientsikkerhet.

3. Administrerende direktørs vurderinger

LGG gjennomføres tertialvis som en vurdering av om SØ oppnår ønskede mål og resultater i henhold til mål og krav som er satt for hele eller deler av virksomheten. Videre vurderes om styringssystemene fungerer etter hensikten, om forbedringsarbeidet har effekt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten, om rapporteringen er pålitelig og om risikostyringen fungerer. LGG er en gjennomgang av strukturer i det helhetlige styringssystemet basert på forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring og skal sikre at det tar opp i seg alle vesentlige mål og krav. Dette er en forutsetning for å planlegge og følge opp virksomheten på en strukturert måte og legge til rette for at ledere på alle nivåer utarbeider handlingsplaner og iverksetter tiltak for å nå målene.

Administrerende direktør er tilfreds med at en gjennomgang av kontrolltiltakene gjøres regelmessig for at ledelsen kan følge opp risikostyringen og iverksette nødvendige korrigerende og forebyggende tiltak. Det gjennomføres egen LGG for områdene informasjonssikkerhet og miljøstyring en gang per år.

Det er økende utfordringer med rekruttering, bemanning og kompetanse. Det er derfor valgt også å gjennomføre et eget delprosjekt i forbindelse med revisjon av utviklingsplanen på dette området.