

Risikovurdering - Mottak vestbypasienter

Dato for risikovurdering

06. og 12.02 og 12.03.18

Mål og hensikt

Sikre forsvarlig mottak av vestbypasienter

Deltakere

Navn	Stilling	Tilhørende enhet
Helge Stene-Johansen	Fag og utviklingsdirektør	Fag og utvikling
Irene Dahl Andersen (fra kl. 10.40)	Klinikksjef	Psykisk helsevern og rusbehandling
Tore Krogstad	Klinikksjef	Klinikk for kirurgi
Eirin Paulsen	Klinikksjef	Klinikk for kvinne-barn
Einar Gløersen	Klinikksjef	Klinikk for medisin
Carina Brimsholm	Prosjektkoordinator / prosjektleder	Fag og utvikling
Eivind Reitan	Avdelingssjef	Avdeling for bildediagnostikk
Trond Smogeli	FM-direktør	Divisjon FM (Facility Management)
Trond Birkestrand	Prosjektkoordinator / Prosjektleder	Fag og utvikling
Liv Marit Sundstøl (F)	Klinikksjef	Klinikk for akuttmedisin
Anne-Karin Rime	Foretakstillitsvalgt legetjenesten	Sykehuset Østfold
Anita Talåsen Granli	Foretakstillitsvalgt sykepleiertjenesten	Sykehuset Østfold
Anette L. Børresen	Hovedverneombud	Sykehuset Østfold

Oppdatering og oppfølging

Risikovurderingen følges opp kontinuerlig av Helge Stene-Johansen og Carina Brimsholm

Ny gjennomgang: 12.03.18, og i ekstraordinært FTV/HV

Gjennomgått i styringsgruppemøte 13.03.18

Oppsummering av effekt av tiltak:

Klinikk for medisin: Tiltakene vil frigi 16 senger hvorav 7 er USK senger. I tillegg vil etablering av halvøyeblikkelig hjelp poliklinikk (hjerter) redusere antall pasienter inn til akuttmottaket

Kreftavdelingen: Tiltakene vil frigi 1,2 senger

Klinikk for kirurgi: Tiltakene vil netto frigi 1 seng. Dvs at USK pasienter utgjør 1-2 senger, Økt operasjonskapasitet med et fjerde kveldsteam gir reduksjon med 1 seng, økt operasjonskapasitet ved bruk av akuttstue vil gi økt behov for ca. 2 senger men gir kortere ventelister og ventetid til operasjon.

Økt operasjonskapasitet ortopedisk poliklinikk frigjør ingen senger men øker operasjonskapasiteten med ca. 300-350 inngrep/år

Felles effekt for klinikk for kirurgi og kvinne barn: Økt bruk av akuttstue vil gi 400-500 flere operative inngrep per år. Ingen effekt på senger men reduserte ventelister og ventetid

Akuttmottak: Raskere triage og legevurdering reduserer opphopning av pasienter i akuttmottak.

Endring av risiko fra 13.02 til 12.03 2018**Nye risikoer**

Ingen

Tatt ut

R1 – *For lav bemanning til å kunne ta imot vestbypasienter i Moss/ Nordre.*

Her er medarbeidere ansatt iht. plan

Endringer (risikoene videre får da nytt nummer (R2 blir R1 osv.)

R1 – *Arealutvidelse Moss Nordre (psykisk helsevern).* Risiko er redusert fra 12 til 8 (sannsynlighet fra 3 til 2)

R2 – *Manglende døgnenger.* Risiko er redusert fra rødt til gult - 16 til 12 (sannsynlighet fra 4 til 3)

R3 – *Manglende operasjons- og postoperativ kapasitet.* Risiko er redusert fra rødt til gult - 16 til 12 (sannsynlighet fra 4 til 3)

R4 – *Fare for økt belastning på medarbeidere pga. høyere pasientgrunnlag.* Risiko er redusert fra rødt til gult - 16 til 12 (sannsynlighet fra 4 til 3)

R6 – *Akuttmottaket har høyt volum av pasienter og lenger liggetid enn forutsatt.* Risiko er redusert fra rødt til gult - 16 til 12 (sannsynlighet fra 4 til 3)


R11 – *Overføring av pasientjournaler blir ikke ferdig iht. plan.* Risiko er redusert fra 12 til 8 (sannsynlighet fra 3 til 2)

Risikotabell med vurdering av risiko

ID	Risikomoment (Område med fare for svikt / uønsket hendelse)	Konsekvens	S	K	R	Tiltak	Tiltaksansvarlig
R 1	Arealutvidelse for psykisk helsevern Moss Nordre blir ikke klart til 02.05.18 Behov for 6 behandlings-kontorer BUPP + omdisponering i eksisterende areal DPS og SMP	<ul style="list-style-type: none"> Større «trykk» på eksisterende areal Pasienter velger seg bort fra SØ 	2	4	8 ↓	<p>Eiendom har etablert arbeidsgruppe sammen med psykisk helsevern og jobber med omdisponering av areal BUPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> arealfordeling legefløy Moss syd avklart. <p>DPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ny arealfordeling foreslått. Innebærer at ACT team anbefales å leie eksternt. Utleiemulighet i sentrum med godt egnede lokaler. Løsning fremlagt og er til vurdering i driftsråd for ACT 	Trond Smogeli
R 2	Manglende døgnenger (hovedsakelig innenfor medisin) For mange utepasienter og høy beleggprosent i enkelte fagområder, spes. indremedisin (hjerte, lunge og infeksjon)	<ul style="list-style-type: none"> Økt korridorbelegg Stort arbeidspress på døgnområder Forsinket pasientflyt og opphopning av pasienter i akuttmottak Kan gi flere sykemeldinger, ev. oppsigelser Økt behov for innleie av personell Kan gå utover pasientsikkerhet 	3	4	12 ↓	<p>Felles</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduksjon i liggetid på 0,3 døgn (gjelder SØ totalt) Etablert forbedringsteam med fokus på utreiseprosess og forløpsplaner <ul style="list-style-type: none"> Visitt for USK pasienter skal gjennomføres innen kl. 11.30 (iverksatt) Utreisesamtale og nødvendige papirer skal klargjøres innen kl 13.30 (iverksatt) Igangsatt kartlegging for å øke bruk av utreise- og dagenhet for flere pasientkategorier Opprettelse av 2 stillinger som USK-koordinator kir og med (totalt 100 %). Oppstart i april <p>Medisin</p> <ul style="list-style-type: none"> Besluttet i sykehusledermøte feb.18 å øke med 4 senger på døgnområde 1 (tidl. kardiologiske senger) Plan for redusert liggetid medisin (se detaljert handlingsplan) Implementere pakkeforløp – hjerneslag fase 1 (iverksatt 01.03.18) Økte antall utskrivelser i helg ved å ansette nyutdannede leger som hjelper vakthavende overlege på visittvakt (infeksjon og hjerte) Iverksatt Igangsatt kartlegging av pasientkategorier som er aktuelle for dagbehandling. Frist 01.04.18 Økt antall dager for innleggelse av pacemaker fra 2-3 	Einar Gløersen Tore Krogstad Eirin Paulsen Liv Marit Sundstøl

					<p>pr uke (oppstart i uke 9)</p> <ul style="list-style-type: none">• Gjennomføre internkontroll mht PLO meldinger på alle fagområder for å bedre pasientoverføring til kommunene (mars 18)• Etablert forbedringsteam hjerte• Etablert prosjekt for å redusere antall reinnleggelser (gjelder kroniske pasienter innen hjerte og lunge)• Opprettelse av egen vaktlinje for overvåkning gir blant annet følgende effekt:<ul style="list-style-type: none">○ Betydelig bedre kontinuitet på overvåkning○ Vil frigjøre tid for lungespesialist (akutt team dekker visitt overvåkning helg) til å gå visitt på eget fagområde i helg○ Økt legebemannning og kompetanse på natt i og med at man dublerer sekundærvaktsjiktet. Raskere igangsetting av behandling○ Etablering av tromboseklinikken i tett samarbeid med forskningsavd.• Etablering av poliklinisk sløyfe: akuttmottak-kardiologi. Her tenkes det primært innenfor arytmier (spesielt flimmer), PM, ICD etc., synkope og brystmerter <p>Kirurgi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Igangsatt narkosetilbud på ort. pol to dager pr uke (26.02.18) Dette øker operasjonskapasitet på SOP og dermed frigjør seng for de som venter på operasjon• ERAS implementering / oppfølging. Iverksatt på døgnområde 7 og 8. (enhanced recovery after surgery) (reduserer sykkelighet og liggetid etter operasjon) <p>Akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none">• Etablere «hvite biler» for å redusere ventetid på utreise (en bil i mai og en i september) <p>Kreft:</p> <ul style="list-style-type: none">• igangsatt tiltak for å redusere liggetid med antibiotikapumpe for neutropene pasienter i hjemmet (gir effekt på en seng)• Optimalisering av utredning av origo inserta (kreft)	
--	--	--	--	--	---	--

						med ukjent utgangspunkt) til dagenheten fra sengepost med slottid på røntgen.	
R 3	Manglende operasjons- og PO-kapasitet (utfordrende allerede i dag)	<ul style="list-style-type: none"> Operasjoner blir utsatt Lengre ventetid 	3	4	12 ↓	<ul style="list-style-type: none"> Startet prosjekt som skal vurdere/igangsette ekstra team kvelder (man-torsdag). Frist 1.05.18 Overfører enklere operasjoner fra sentralopr. til poliklinikk. Oppstart narkosetibud ort pol x 2 pr uke 26.02.18 Forbedringsteam etablert for å bedre pasientflyten på operasjonsavdelingen Startet prosjekt for å utrede øke utnyttelsesgrad akuttstue Kalnes Startet utredning for å vurdere utvidelse av operasjonskapasitet i 3.etg. Moss Startet prosjekt som utarbeider plan for overføring av sterilgods mellom Moss og Kalnes for å redusere sårbarhet i Moss Klinikk Kvinne barn har avtalt med Ahus at de beholder utvalgte operasjoner 	Tore Krogstad Eirin Paulsen
R 4	Fare for økt belastning på medarbeidere pga. høyere pasientgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> Stort arbeidspress på døgnområder Kan gi flere sykemeldinger, ev. oppsigelser Økt behov for innleie av personell Kan gå utover pasientsikkerhet 	3	4	12 ↓	<ul style="list-style-type: none"> Ansetter 14 leger på medisin (LIS og overleger) Ansetter 30 sykepleiere på medisin og 7,25 i akuttmottak Ansetter 2,75 sekretær i akuttmottak Startet oppfølgingstiltak i døgnområde 7 og 8 Påbegynt kartlegging av hvilke oppgaver som kan overføres til annen yrkesgruppe. Frist 01.04. Oppstart av pilotprosjekt på geriatri i forhold til buffet og utdeling av mat fra april. Kartlegger risikoområder og følge opp tiltak knyttet til arbeidspress i forbindelse med vernerunder Innspill fra NSF om å vurdere flere stillinger for sykepleiere <p>Se forøvrig tiltak under risiko nr. 3</p>	Einar Gløersen Tore Krogstad Eirin Paulsen Liv Marit Sundstøl
R 5	Har ikke tilstrekkelig areal for poliklinisk virksomhet/dagbehandling på Kalnes	<ul style="list-style-type: none"> Lenger ventetid for pasienter Pasienter må innlegges 	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Omfordeling av areal i poliklinikkområder ble besluttet i sykehusledermøte i feb.18. gjelder omfordeling av rom innen klinikk for medisin 	Helge Stene-Johansen Einar Gløersen
R 6	Akuttmottak har høyt volum av pasienter og lenger liggetid enn forutsatt	<ul style="list-style-type: none"> Forlenget ventetid for pasienter Opphopning av pasienter kan gå utover pasientsikkerheten Stort arbeidspress 	3	4	12 ↓	<ul style="list-style-type: none"> Økt med ett behandlingsrom (feb 2018) Forbedringsteam etablert for å bidra til forbedret pasientflyt Etablere halvøyeblikkelig hjelp-tilbud hjerte 	Liv Marit Sundstøl Einar Gløersen

		<ul style="list-style-type: none"> Kan gi flere sykemeldinger, ev. oppsigelser Økt behov for innleie av personell 				<ul style="list-style-type: none"> (26.03.18) (samme tiltak som under R2) Etablert prosjekt for å redusere antall reinnleggelser (gjelder kroniske pasienter innen hjerte og lunge) Iverksetter økt personell i akuttmottaket i april og juni; 7,25 sykepleiere, 2,75 sekretærer Planlegger arealutvidelse i akuttmottak – konseptutredning legges frem for styret til beslutning juni 2018 	<p>Helge Stene-Johansen</p> <p>Trond Smogeli</p>
R 7	Underkapasitet MR (utfordrende å finne egnet areal)	<ul style="list-style-type: none"> Prioritering av pakkeforløp påvirker andre pasientgrupper negativt Gir økt liggetid på noen pasientgrupper 	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Igangsatt arbeid med å anskaffe ny MR og kartlegger arealbehov (planlagt i årsskiftet 2018/19) Kjøper tjenester av private røntgeninstitutt (Unilabs Fredrikstad/Ski) 	Eivind Reitan Trond Smogeli
R 8	Klarer ikke å ta imot øyepasienter fra vestby fordi kapasiteten allerede er utnyttet maksimalt	<ul style="list-style-type: none"> Øyepasientene må fortsatt få behandlingen i OUS / fra andre tilbydere 	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Det er etablert kontakt mellom lederne i OUS og SØ, og gjort avtale om videreføring av øyepasienter på OUS. Skriftlig avtale er under utarbeidelse. Sendt søknad til HSØ for å etablere injeksjonspoliklinikk i Moss (i samarbeid med Ahus) 	Tore Krogstad Helge Stene-Johansen
R 9	Kapasitetsutfordringer barn og ungdom somatikk – mottak, døgnet og poliklinikk	<ul style="list-style-type: none"> Flere må samles i samme rom for overvåking (både luftveisproblemer sammen med SDI pasienter til opr) 	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Planlagt romendringer/tilpasninger i eksisterende areal. Fremdrift går iht plan. Forbedring av pasientflyten iverksettes etter at romendringer er gjennomført 	Eirin Paulsen
R 10	Kapasitetsutfordringer ambulanse	<ul style="list-style-type: none"> Forsinket hjemsendelse fra døgnet (gir økt liggetid) Kan resultere i forlenget responstid (både gule og røde turer) 	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Etablere to transportenheter (hvite biler) i løpet av 2018 (mai/sept.) Arbeid er igangsatt for å vurdere tiltak i prehospital som kan øke kapasitet deler av døgnet Arbeid er igangsatt for å vurdere tiltak intrahospitalt som kan redusere behov for ambulanse 	Liv Marit Sundstøl
R11	Overføring av pasientjournaler blir ikke ferdig iht. plan	<ul style="list-style-type: none"> Ikke optimal behandling/ forsinkelser i behandlingen 	2	4	8 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert arbeidsgruppe IKT internt i SØ Sykehuspartner har ansatt prosjektleder som koordinerer alle aktiviteter mellom aktørene i forbindelse med konverteringen. Dvs. SØ, Ahus, SP og DIPS Etablert ukentlige møter mellom IKT Ahus og SØ, SP og DIPS for å gjennomgå aktiviteter og forebygge risiko Midlertidig databehandleravtale fra Ahus er utarbeidet og gjør at prosjektet har tilgang til sensitive data 	Bengt Thompson og Veronica Kruge Solberg

						<ul style="list-style-type: none"> • Endelig databehandleravtale mellom Ahus og SØ som beskriver omfang er under utarbeidelse. Frist 23.03.18 • Testmiljø er under etablering og klart 16.mars • Ressurser fra SP til gjennomføring er gitt høy prioritet på direktørnivå 	
--	--	--	--	--	--	--	--

Risikofaktor – fargetabell

Lav prioritet	akseptabel risiko, lite behov for endring (1-3)
Middels prioritet	kan aksepteres, men bør overvåkes og vurderes redusert (4-12)
Høy prioritet	uakseptabel risiko, skal endres (15-25)

Risikoaksept

Kriterium som legges til grunn for beslutninger om akseptabel risiko uttrykkes i tallverdi
ALARP – prinsippet¹

¹ ALARP: as low as reasonably practicable

Risikomatrise

Sannsynlighet	Svært stor	5	10	15	20	25
	Stor	4	8	12 R7	16	20
	Moderat	3	6 R8	9 R5 R9 R10	12 R2 R4 R6	15
	Liten	2	4	6	8 R11 R1	10
	Meget Liten	1	2	3	4	5
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Konsekvens					

Sannsynlighetskala

Sannsynlighet	Tallverdi	Forekomst
Svært stor	5	Inntil 2 ganger per uke (en hendelse for 3-4 dager). Hyppig og regelmessig. Mer enn 90 % sannsynlighet
Stor	4	Ca. 1 gang i måneden/regelmessig. Mellom 65 % og 90 % sannsynlighet
Moderat	3	Omtrent halvårlig/ikke regelmessig, forekommer. Mellom 35 % og 65 % sannsynlighet
Liten	2	En gang i året/forekommer av og til, sjeldent. Mellom 10 % og 35 % sannsynlighet
Meget liten	1	Mer sjelden enn hvert år/ svært sjelden. Mindre enn 10 % sannsynlighet

Konsekvensskala

Konsekvens	Tallverdi	Pasient (liv, helse)	Ansatt (liv, helse)	Ressurser (kapasitet)	Ytre miljø (luft, avløp, grunn)	Økonomi (materielle verdier)	Omdømme	Tjeneste- produksjon
Svært alvorlig	5	Tap av liv	Tap av liv	Situasjonen kan kreve mobilisering av eksterne ressurser	Omfattende miljøskade av varig karakter	> 10 millioner NOK	Opphør av deler av virksomheten grunnet manglende ressurser, kompetanse og faglig forsvarlighet	Hoved- og avhengige produksjons linjer settes permanent ut av drift
Alvorlig	4	Betydelig pasientskade Fare for tap av liv	Betydelig fysisk / psykisk personskade og fare for tap av liv	Situasjonen kan kreve mobilisering av ressurser fra andre enheter	Betydelig miljøskade, fare for miljøskade av varig karakter	< = 10 millioner NOK	Betydelig tap av anseelse, bred negativ medieomtale nasjonalt og internasjonalt, egen granskning fra myndigheter	Produksjonen settes ut av drift for lengre tid. Andre avhengige produksjons linjer rammes midlertidig.
Moderat	3	Alvorlig pasientskade Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand	Alvorlig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan kreve ekstraordinær ressursbruk fra egen enhet	Alvorlig miljøskade som kan reverseres	< = 1 million NOK	Tap av anseelse, bred negativ medieomtale nasjonalt, egen granskning fra myndigheter	Driftsstans i flere døgn
Lav	2	Mindre alvorlig pasientskade Mindre endring i pasientens medisinske tilstand	Mindre alvorlig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan håndteres med begrenset ekstra ressursbruk	Mindre alvorlig miljøskade som kan reverseres	< = 100.000 NOK	Mindre tap av anseelse, negativ medieomtale og oppmerksomhet fra lokale myndigheter	Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kan føre til skade om det ikke finnes alternativ eller reserve
Ubetydelig	1	Ubetydelig pasientskade Ubetydelig endring i pasientens medisinske tilstand	Ubetydelig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan håndteres med bruk av ordinære ressurser	Ingen kjent miljøskade	< = 10.000 NOK	Ubetydelig tap av anseelse, begrenset intern oppmerksomhet	Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kun mindre forsinkelse, ikke behov for reserve