

Risikorapport SAV 2014

A: Endring i overordna risikobilde

Nye element tatt inn i rapporten:

Tertial 1	ingen
Tertial 2	ingen
Tertial 3	ingen

Element med redusert risiko og tatt ut av rapporten:

Tertial 1	Redusert risiko: Delmål 2.1 og 2.2
Tertial 2	Redusert risiko: Delmål 1.4, 2.1, 3.2, 3.3, 4.1
Tertial 3	Redusert risiko: Delmål 3.1, 3.3, 4.1

Viktigaste endringar i rapporterte element:

Tertial 1	Delmål som enno har kritisk risiko (rød): 3.3 AFT: Bemanning og kompetanse i samsvarer med langtidsbudsjett 4.1: SAV er ein prosess-styrt organisasjon i løpet av 2014
Tertial 2	1.4: Produksjon av cytostatika aukar jamt, og produkt-tryggleiken for SAV-produksjon er vurdert akseptabel på bakgrunn av hending ved UNN. 2.1: Forretningsmodell som tek omsyn til krav frå ESA er fastsett. Budsjettarbeid, planlegging og førebuing av tiltak er sett i verk. 3.2: Kjedekontoret er bemanna. Flytting / sentral styring av aktuelle rutinar er i prosess. 3.3: AFT: Rekruttering og opplæring er i gang, men faktisk effekt på kapasiteten i AFT tar noko meir tid 3.4: På alle apotek har nytt personell blitt lærd opp i ASL, og ressursar er blitt tilførd område ved omplassering 4.1: SAV er i rute med å lansere prosessbasert styring av verksemda på dei viktigaste områda til 1.12.14. Arbeidet held fram i 2015.
Tertial 3	3.1: SAV har betre endringskapasitet enn før gjennom auka erfaring i prosjektarbeid, prosjektleiing og prosessmodellering. 3.3: Betre balanse mellom AFT kapasitet og etterspurnad, som i nokon grad skuldast mindre etterspurnad frå sjukehusa siste tertial. 4.1: SAV ein prosesstyrt organisasjon : Prosessmodellering er gjennomført for ca 40 av 60 planlagde prosessar. Lansering vedtatt utsett frå 1.desember1-14 til 1.mars -15 for å sikra naudsynt omfang prosessar modellert, betre forankring i linja, og betre opplæring og support.

B: Risikobilde - Tiltak og endring i risiko

	Risiko for at aktivitet ikkje vert gjennomført / mål ikkje vert nådd S = Sannsynlegheit K = Konsekvens R = Risiko = S x K				
Styringsmål Delmål Tiltak	T0: Situasjon ved inngang av året	T1: TERT 1	T2: TERT 2	T3: TERT 3	NO-SITUASJON / STATUS RISIKOREDUSERANDE TILTAK T0 er no-situasjon ved start av planperioden, T 1, T2 og T3 er endringar i risiko / tiltak sett i verk i respektive tertial
Styringsmål 1: Tal på skader som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast innan 2017					
Delmål 1.1: SAV sikrar trygg tilgang på legemiddel i sjukehusa Tiltak: - Økt bruk av Apotekstyrt legemiddellager (ASL) i alle sjukehusføretaka - SAV eig legemiddellagra på avdelingsnivå og tek fullt ansvar for at naudsynte legemiddel er tilgjengelig	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	T0: Omfang ASL noko ulik mellom føretaka, men det er potensiale for auke. No eig sjukehusa lagerbeholdning på avdeling og post, og SAV har ikkje integrert lagerstyring av apoteklager og sjukehuset sine lager. T1: som T0 T2: positiv forbetring, men ikkje nok til å endre risikovurdering T3: Ei lita auke i bruk av ASL. SAV har førebels ikkje tatt over eigarskap / fullt ansvar for lager på sjukehuspost.
Delmål 1.2: SAV understøtter trygg handtering av legemiddel i spesialisthelsetenesta Tiltak: - Økt bruk av farmasifaglege tenester (avdelingsfarmasi) i alle sjukehusføretaka i Helse Vest	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	S=3 K=3 R=9	T0: Omfang i bruk av avdelingsfarmasi er ulik mellom føretaka. Stavanger, Fonna og Førde har størst potensiale for auke. T1: som T0 T2: inga endring T3: inga endring. SAV har

<p>Delmål 1.3: SAV bidrar til trygg bruk av legemiddel i spesialisthelsetenesta og ved innlegging / utskriving</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økt bruk av farmasifaglige tenester (klinisk farmasi) i alle sjukehusforetaka i Helse Vest 	<p>S=4 K=3 R=12</p>	<p>S=4 K=3 R=12</p>	<p>S=4 K=3 R=12</p>	<p>S=4 K=3 R=12</p>	<p>T0: Omfang klinisk farmasi er ulik mellom føretaka. Alle sjukehusføretaka har potensiale for auke. T1: som T0 T2: Inga endring T3: Inga endring. SAV har lært opp fleire farmasøytar med kompetanse på IMM metodikk i klinisk farmasi. Det er ikkje etterspurnad etter fleire farmasøytar til denne tenesta i Sjukehusa.</p>
<p>Delmål 1.4: SAV har sikra tryggleik for at eigentilverka produkt / tilsettingsprodukt held kvalitetskrav, gir sikker effekt og hindrar pasientskade</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flytte tilverking av Cytostatika, TPN og Smerteblandingar til forskriftsmessige sjukehuslokale i sjukehusa, eller til sjukehusapoteket - Gje opplæring til sjukehuspersonale og sertifisere prosedyre knytt til handtering av eigentilverka produkt på sjukehus 	<p>S=3 K=3 R=9</p>	<p>S=3 K=3 R=9</p>	<p>S=2 K=3 R=6</p>	<p>S=2 K=3 R=6</p>	<p>T0: alle sjukehusforetaka har eigen tilverking av cytostatika, dels for å dekke etterspurnad på kveld, natt og helg. Standard på sjukehus-lokale og utstyr til tilverking er variabel, og ein ventar krav om økte standard i framtida. T1: som T0 T2: Det er jamn auke i sal / bruk av apotekprodusert cytostatika og TPN-blandingar. Ei mellombels kartlegging av prosedyrar mellom apoteka i SAV, på bakgrunn av hending ved UNN hausten 2014, syner at tryggleik ved slik produksjon i SAV er på eit høgt og fullt akseptabelt nivå. T3: Mindre auke av apotekprodusert cytostatika / TPN. Sjukehusa produserer stadig desse produkta på post, både til bruk på dagtid der apoteka har tilbod, og også noko i tida apoteket tilbyr vaktordning til noko høgare kostnad pr. eining.</p>

Styringsmål 2: Tilpassing til ESA-krav skal planleggast og gjennomførast på ein sikker måte med omsyn til kundar, forretningsdrift og medarbeidarar					
<p>Delmål 2.1: SAV har utarbeidet grunnlag for å vedta formålstenleg forretningsmodell og organisasjonsform.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Greie ut rammer og vilkår for val av forretningsmodell og organisasjonsform for publikumsekspedisjonen, og konsekvens for andre verksemdsområder i SAV - Greie ut og implementere ny forretningsmodell og organisasjonsform som eit eige prosjekt 	S=4 K=4 R=16	S=3 K=4 R=12	S=1 K=4 R=4	S=1 K=4 R=4	<p>T0: Publikumsekspedisjonane har kundegrunnlag og forretningsmessige drivare som er ulike dei andre forretningsområda. Dette er ein krevjande driftssituasjon, og det er risiko for at SAV sin organisasjon ikkje er rigga optimalt.</p> <p>T1: Prosjekt for utredning av alternativ for tilpassing er starta og prosjektmandat vedtatt. Prosjektrapport planlagt klar innan juni -14</p> <p>T2: Utgreiing er gjennomført, og val av forretningsmodell – skilje ut PUB verksemdsområdet i rekneskapen – er gjort på grunnlag av føringar frå eigar. Budsjettarbeid og planlegging av tiltak for å få PUB-området i resultatbalanse er i gang.</p> <p>T3: Ny forretningsmodell med tiltak for auka sal av handelsvarer / høgare margin er sett i verk. Resultata er gode, men hatr ikkje naudsynt omfang så langt. Tiltak for å få fleire pasientar og sjukehusstilsette til å velje SAV som sitt apotek er under planlegging.</p>
<p>Delmål 2.2: SAV har sikra at tilsette sine interesser vert ivaretatt i tråd med lov, avtaler og sedvane</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Involvere tillitsvalde, AMU og den enkelte medarbeidar både i utgreiing og gjennomføring av arbeidet. - Utarbeide plan for kommunikasjon og informasjon til tilsette. 	S=2 K=4 R=8	S=1 K=4 R=4	S=1 K=4 R=4	S=1 K=4 R=4	<p>T0: SAV har gode system for å involvera og ivareta eigne tilsette, men fordi endring ikkje er «normal-situasjon» kan oppleving av usikkerhet og dermed manglande medverking oppstå.</p> <p>T1: Ansattrepresentanter utnevnt av Hovedtillitsvalte og vernetenesta er med både i Prosjektgruppe og Styringsgruppe.</p> <p>T2: Inga endring. Progresjon som føreset.</p> <p>T3: Tilsette sine interesser er godt ivareteke.</p>

Styringsmål 3: SAV har kompetanse og kapasitet som er naudsynt for å løyse oppgåver					
Delmål 3.1: SAV har naudsynt kompetanse på endringsleiing Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Fagsjefane får naudsynt kunnskap om prosjektleiing - Fagsjefane får naudsynt kompetanse på prosess-styring 	S=3 K=4 R=12	S=3 K=4 R=12	S=3 K=4 R=12	S=2 K=4 R=8	T0: SAV har kompetanse knytt til toppleiinga, men mindre i stab, og lite i apoteka. T1: som T0, tiltak planlagt til medio mai. T2: Opplæring i prosjektstyring (hovudsakeleg ved deltaking i større prosjekt) og prosess-styring er i gang, men risiko bør vurderast på ny etter ei tid T3: Fleire tilsette har fått god kompetanse i prosjekt-arbeid og –leiing. Gjennom arbeid med nye prosessar har SAV i tillegg skaffa seg god kompetanse på prosess-styring og –forbetningsarbeid.
Delmål 3.2: Flaskehalsar knytt til løysing av daglege driftsproblem er tatt bort Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Kjedekontoret byggjest opp med rett kapasitet og kunnskap 	S=3 K=4 R=12	S=3 K=4 R=12	S=2 K=4 R=6	S=2 K=4 R=6	T0: Kjedekontor IKT er i oppbygging, men funksjonen må dekke fleire område, og handtere både akutte og planmessige tiltak. T1: Rekruttering til kjedekontor-stilling er sett i verk T2: Kjedekontor er bemanna. Flytting av rutinar/ styring sentralt er i prosess og vert gjennomført i løpet av 2014/ starten av 2015. T3: Kjedekontoret er i drift og fungerer godt, men har noko avgrensa kapasitet førebels. Overgang til ny grossist var vel planlagt og gjennomført. Ein arbeider med betre sentral overvaking av leveransar / leveringssvikt / beredskap med sikte på proaktiv handtering som kan avverje konsekvensar for sjukehusa.
Delmål 3.3: Bemanning og kompetanse i AFT samsvarer med langtidsbudsjett Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Rekruttere og lære opp farmasøytar 	S=5 K=3 R=15	S=5 K=3 R=15	S=4 K=3 R=12	S=3 K=3 R=9	T0: det er utfordring knytt til rekruttering spesielt i Førde, Haugesund og Stavanger. Kapasitet til intern opplæring er lav. T1: Auka bemanning og opplæring er planlagt men ikkje sett i verk. T2: Rekruttering og opplæring er i gang. Det tar noko tid å få reell auka kapasitet i AFT. T3: Det er balanse mellom AFT kapasitet og etterspurnad frå sjukehusa. I nokon grad skuldast dette også mindre etterspurnad frå sjukehusa.
Delmål 3.4: Bemanning ASL samsvarer med langtidsbudsjett Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Rekruttere, ev omplassere og lære opp apoteketeknikarar 	S=2 K=3 R=6	S=2 K=3 R=6	S=1 K=3 R=3	S=1 K=3 R=3	T0: Omplassing til nye oppgåver og flytting av arbeidssted frå apotek til sjukehusavdeling krev involvering, god planlegging og tid. T1: Opplæring er planlagt men ikkje sett i verk. T2: Personell er opplært og kapasitet er flytta. Denne prosessen må oppretthaldast i takt med auka etterspurnad frå sjukehusføretaka. T3: Bemanning ASL samsvarer med etterspurnad.

Styringsmål 4: SAV har kvalitet i alle prosessar					
<p>Delmål 4.1: SAV er ein prosess-styrt organisasjon i løpet av 2014</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - System for Prosess-styring blir formattert for SAV sine behov og i tråd med felles Helse Vest arkitektur - SAV gjennomfører tilpassing i organisasjonen for å integrere prosess- og linje-leiing - Viktige leiingsprosesser, verdiskapingsprosesser og støtteprosesser blir modellert, godkjent, akseptert og tatt i bruk 	S=4 K=4 R=16	S=4 K=4 R=16	S=3 K=4 R=12	S=2 K=4 R=8	<p>T0: Omlagging til prosess-styring er gjennomgripande i organisasjonen og krev organisatorisk tilpassing, systembygging, ny kunnskap og evne til å implementere. Risiko er knytt både til kapasitet og kunnskap/ evne.</p> <p>T1: Ressurs frå Arkitekturkontoret i Helse Vest er meldt inn i både Styringsgruppa og Prosjektgruppa. Omfang deltaking i Arbeidsgruppene står igjen å avklara. Innhald i sentrale roller kring prosess-eigarskap og prosess-drift er avklara. Prosessar for modellering «as-is» og «to-be» er identifisert og prioritert. Når ein har erfaring med prosessmodellering i SAV må omfang og tidsplan revurderast.</p> <p>T2: Prosjektet har vedteke som mål å ha eit fungerande system i drift 1.12.2014, og ha gjennomført naudsynt kompetanseheving. Dette arbeidet går i all hovudsak som planlagt. Grunna kapasitet er det skilt ut prosessar som ikkje er kritiske for forretnings-verksemnda, og desse vert overført til arbeid i 2015. IKT-prosessar er mellom desse. Samarbeid med Regionalt Arkitekturkontor (RAK) i Helse Vest er etablert, men RAK har så langt avgrensa ressursar å tilby til SAV sitt prosjekt. SAV er tidleg ute i Helse Vest med å prosess-orientere verksemnda, og vert i nokon grad «pilot» i Helse Vest.</p> <p>T3: Kompetansen hos prosesseigarar og prosess-områdeigarar er god. Det er gjennomført opplæring av alle tilsette. Om lag 60 prosessar vil vere klar til lansering. Support vert lagt til prosesseigargruppa med støtte frå linjeleiinga.</p> <p>Lansering er vedteke utsett til 1. mars for å gi rom for auka opplæring, forankring i linjeorganisasjonen, utarbeiding av brukarmanual mv.</p>

C: Gradering av Sannsynlighet, Konsekvens og Risiko

		Konsekvens				
Sannsynlighet		1 = Ubetydeleg	2 = Lav	3 = Moderat	4 = Alvorleg	5 = Svært alvorleg/ kritisk
	5 = Svært stor	5	10	15	20	25
	4 = Stor	4	8	12	16	20
	3 = Moderat	3	6	9	12	15
	2 = Liten	2	4	6	8	10
	1 = Svært liten	1	2	3	4	5

D: Plan for risikostyring og rapportering

I rapporteringsmatrisa finn ein Styringsmål, Delmål og Risikoelement.

For kvart risikoelement vert no-situasjonen beskriven verbalt og som risikotalet R, som er produkt av Sannsynlighet og Konsekvens, sjå pkt. C ovanfor.

For kvar tertial-rapport vert utviklinga i risiko beskriven, saman med tiltaka som er sett inn.

I føretaksleiinga vert det lagt opp til månadleg oppfølging av handlingsplan. Denne gjer grunnlag for tertialvis risiko-rapport til styret. Om risikobildet på overordna nivå skulle endre seg vesentlig i retning av auka risiko, vil styret bli informert løypande.

Risikostyringa i dette dokumentet omfattar normal driftssituasjon. Risiko knytt til beredskap vert handsama i Beredskapsplan for SAV, som og definerer overgang mellom normal drift og beredskap.