

Til Styret for Sunnaas sykehus HF

Dato 28.09.2015

Sak 46/15 Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2015

Forslag til vedtak:

Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial tas til etterretning.

Sammendrag og konklusjoner

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) gjennomføres etter 2. tertial 2015 aggregert på to nivåer i organisasjonen; i klinikk/avdeling og på virksomhetsomfattende nivå. I gjennomgåelsen rettes fokus mot risikoområder og forbedringstiltak som må iverksettes for å nå vedtatte mål og områder som sykehuset er forpliktet til å ivareta og som er avtalt i Oppdrag- og bestillerdokumentet.

LGG 2. tertial 2015 baserer seg på informasjon og rapportering fra Foretaksledelsen ved Sunnaas sykehus HF.

Ledelsens gjennomgåelse viser følgende virksomhetsomfattende risikoområder med:

Høy risiko; rød sannsynlighet og konsekvens:

- Ingen områder er vurdert med høy risiko

Moderat risiko; gul sannsynlighet og konsekvens:

- Fullføring av Masterplan og nytt bygg medfører nye lokaler for nesten alle ansatte – uendret risiko
- Leveranse fra Sykehuspartner – uendret risiko
- System for dokumentasjon av utskrivingsprosessen – uendret risiko
- Svarprosent pasienttilfredshetsundersøkelsen – ny risiko
- Brannvernopplæring/ ny prosedyre for beredskapsøvelser – uendret risiko
- CARF-akkreditering sept. 2015 – uendret risiko
- Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettede bygg for klinisk virksomhet – ny risiko
- Antall åpne dokumenter – uendret risiko

Lav risiko; grønn sannsynlighet og konsekvens:

- Økonomisk handlingsrom – uendret risiko
- Sykehusinfeksjoner – uendret risiko
- Aktivitet i Askim flyttet til Nesodden april 2015 – uendret risiko
- Ventetider – bedret risiko
- Timeavtale med bekreftelse på mottatt henvising – uendret risiko
- Fristbrudd – uendret risiko
- Involvering og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen – uendret risiko
- Kostnad nytt bygg – sterkt redusert risiko
- Kondemnabile bygg – sterkt redusert risiko

Korrigerende tiltak for områder med høy og moderat risiko er beskrevet i vedlagte tiltaksplan for LGG 2. tertial 2015, samt i styresak 51/15 Virksomhetsstatus.

Bakgrunn for saken

Ledelsens gjennomgåelse er et av Helse Sør-Øst RHF sine mest sentrale overordnede verktøy for å sikre oppfyllelse av alle relevante lovkrav, måloppnåelse, vurdering av risiko i virksomhetene og forbedringer. Sjekkpunktene i anbefalingene fra Oppdrag og bestilling og fra internkontrollforskriftene for helsetjenester utgjør et minimumskrav til ledelsens styring og oppfølging. Helseforetaket rapporterer status for intern revisjoner tertialvis gjennom Ledelsens gjennomgåelse til styret.

Sunnaas sykehus HF mål for 2015 tar utgangspunkt i langtidsplan for Sunnaas sykehus HF 2015 - 2018 og i Oppdrag og bestilling for 2015, og danner sammen med internkontrollforskriftene for helsetjenester noe av grunnlaget for malen som benyttes til Ledelsens gjennomgåelse 2015. Mal for LGG 2015 er også oppdatert i henhold til anbefalinger gitt av konsernrevisjon etter revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen, som ble gjennomført ved Sunnaas sykehus HF primo 2015.

Sunnaas sykehus HF ble første gang CARF-akkreditert i juni 2006. Det er et CARF-krav at sykehuset med regelmessige intervall skal evaluere og risikovurdere sentrale områder i virksomheten. Disse områdene er lagt inn i malen for Ledelsens gjennomgåelse.

CARF stiller også krav om at sykehuset årlig evaluerer tilgjengelighet (bygningmessige, omgivelser og miljø, holdninger, økonomi, arbeidsliv, kommunikasjon, transport, integrering i samfunnet m.m.) for pasienter, pårørende og interessenter. Årlig evaluering av tilgjengelighetsplan gjennomføres som en del av LGG 3. tertial.

Sunnaas sykehus HF oppnådde i februar 2014 miljøsertifisering etter ISO 14001. ISO krever at den øverste ledelsen en gang i året gjennomfører ledelsens gjennomgåelse av miljøfaktorer som påvirker det ytre miljø. Resultatet av LGG skal omfatte alle beslutninger og tiltak som angår mulige endinger av miljøpolitikk, miljømål, -delmål og andre elementer av miljøstyringssystemet i henhold til forpliktelsen til kontinuerlig forbedring. Områdene er lagt inn i mal for Ledelsens gjennomgåelse 2015.

LGG gjennomføres aggregert på to nivåer i organisasjonen; klinikk/avdeling og virksomhetsomfattende. I gjennomgåelsen rettes fokus mot risikoområder og forbedringstiltak som må iverksettes for å nå vedtatte mål og områder som sykehuset er forpliktet til og som er avtalt i Oppdrag- og bestillerdokumentet. Ledelsens gjennomgåelse er et viktig verktøy i arbeidet med å sikre god virksomhetsstyring, intern kontroll og kontinuerlig forbedring.

Einar M.Strand
Adm.dir.

Vedlegg:

- LGG 2. tertial 2015, risikovurdering
- Tiltaksplan LGG 2. tertial 2015