

Til Styret for Sunnaas sykehus HF

Dato 19.2.2016

Sak 3/16 Ledelsens gjennomgåelse 3. tertial 2015

Forslag til vedtak:

Ledelsens gjennomgåelse 3. tertial 2015 tas til etterretning

Sammendrag og konklusjoner

Strategi, langtidsplan og mål for Sunnaas sykehus HF danner sammen med relevante lovkrav, oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, grunnlaget for helseforetakets identifisering av risikoområder i ledelsens gjennomgåelse (LGG).

Ledelsens gjennomgåelse for 3. tertial 2015 viser følgende virksomhetsomfattende risikoområder med:

Høy risiko (rød sannsynlighet og rød konsekvens):

- Ingen områder er vurdert med høy risiko

Moderat risiko (gul sannsynlighet og gul konsekvens):

- Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettede bygg for klinisk virksomhet – uendret risiko
- Leveranse fra Sykehuspartner – uendret risiko
- Antall åpne dokumenter – uendret risiko
- Involvering og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen – økt risiko
- DRG heldøgn – ny risiko
- Brannvernopplæring/ ny prosedyre for beredskapsøvelser – uendret risiko
- Svarprosent pasienttilfredshetsundersøkelsen – uendret risiko
- Månedverk – ny risiko
- Sykefravær – ny risiko

Lav risiko (grønn sannsynlighet og grønn konsekvens):

- Økonomisk handlingsrom – uendret risiko
- Sykehusinfeksjoner – uendret risiko
- System for dokumentasjon av utskrivingsprosessen – bedret risiko
- Fullføring av Masterplan og nytt bygg medfører nye lokaler for nesten alle ansatte – bedret risiko
- Ventetider og fristbrudd – uendret risiko
- Timeavtale med bekreftelse på mottatt henvising – uendret risiko
- CARF-akkreditering sept. 2015 – bedret/ingen risiko

Korrigerende tiltak for områder med høy og moderat risiko er beskrevet i vedlagte tiltaksplan for LGG 3. tertial 2015 samt i styresak 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 helse- og sosialtjenesten utgjør et minimumskrav til ledelsens styring og oppfølging. Helseforetaket rapporterer status for intern revisjoner tertialvis gjennom Ledelsens gjennomgåelse til styret.

Sunnaas sykehus HF sine 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 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 oppnådde i februar 2014 miljøsertifisering etter ISO 14001. Den øverste ledelsen skal en gang i året gjennomføre ledelsens gjennomgåelse av miljøfaktorer som påvirker 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 inngår i mal for Ledelsens gjennomgåelse 2015 og er evaluert i henhold til plan.

Sunnaas sykehus HF ble første gang CARF-akkreditert i juni 2006. Det er et CARF-krav at sykehuset med regelmessige intervaller evaluerer og risikovurderer sentrale områder i virksomheten. En samlet oversikt over disse kravene er fra 3. tertial 2015 tatt ut av malen for Ledelsens gjennomgåelse og behandles som egen FTL-sak i februar 2016. Det gjelder kravet om at ledelsen årlig evaluerer tilgjengelighet (bygningmessige, omgivelser og miljø, holdninger, økonomi, arbeidsliv, kommunikasjon, transport, integrering i samfunnet m.m.) for pasienter, pårørende og interessenter.

LGG gjennomføres aggregert på to nivåer i organisasjonen: klinikk/avdeling og virksomhetsomfattende. I gjennomgåelsen rettes fokus mot risikoområder og forbedringstiltak som skal iverksettes for å sikre god virksomhetsstyring, intern kontroll og kontinuerlig forbedring.

Kathi Sørvig
Fung. adm.dir.

Vedlegg (2)