

Til Styret for Sunnaas sykehus HF

Dato 23.11.2016

Sak 50/16 Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2016

Forslag til vedtak:

Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2016 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 virksomhetsomfattende for Sunnaas sykehus 2. tertial 2016 viser følgende virksomhetsomfattende risikoområder med:

Høy risiko; rød sannsynlighet og konsekvens:

- Idéfase byggetrinn 3 – uendret risiko
- Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettede bygg for klinisk virksomhet – uendret risiko

Moderat risiko; gul sannsynlighet og konsekvens:

- Leveranse fra Sykehuspartner – uendret risiko
- Månedsverk – uendret risiko
- Epikrisetid – uendret risiko
- Antall åpne dokumenter i DIPS – uendret risiko
- Involvering og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen – uendret risiko
- Sykefravær – moderat bedret risiko
- Brannvernopplæring og beredskapsøvelser – uendret risiko

Lav risiko; grønn sannsynlighet og konsekvens:

- Økonomisk handlingsrom – uendret risiko
- Sykehusinfeksjoner – uendret risiko
- Timeavtale med bekreftelse på mottatt henvisning – uendret risiko
- Ventetider og fristbrudd – uendret risiko

Korrigerende tiltak for områder med høy og moderat risiko er beskrevet i vedlagte tiltaksplan for LGG 2. tertial 2016 samt i styresak Virksomhetsstatus.

Bakgrunn for saken

Ledelsens gjennomgåelse er et verktøy for sikre god risikostyring av virksomhetsstyring, intern kontroll og kontinuerlig forbedring.

Sunnaas sykehus HF mål og strategier og oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF, danner sammen med forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, grunnlaget for mal for ledelsens gjennomgåelse og identifisering av risikoområder.

Sunnaas sykehus HF er fra 2014 miljøsertifisert etter ISO 14001. ISO setter krav til 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 endringer av miljøpolitikk, miljømål, -delmål og andre elementer av miljøstyringssystemet i henhold til forpliktelsen til kontinuerlig forbedring.

Ledelsens gjennomgåelse gjennomføres aggregert på to nivåer i organisasjonen: i klinikk/avdeling og virksomhetsomfattende. I gjennomgåelsen rettes fokus mot risikovurdering av områder og forbedringstiltak som må iverksettes for å nå vedtatte mål og områder som sykehuset er forpliktet til.

Analyse av mulige tap tilknyttet områder i risikobildet som gjelder pasientsikkerhet, arbeidsmiljø/ansatte og verdier/økonomi/omgivelser, er beskrevet i tabell etterfulgt av risikomatriksen i vedlagt LGG.

Einar Magnus Strand
Adm.dir.

Vedlegg:

- LGG 2. tertial 2016, virksomhetsomfattende risikovurdering
- Tiltaksplan LGG 2. tertial 2016