

Ledelsens gjennomgåelse 1. tertial 2017

Risikostyring

Sunnaas sykehus HF

v/ adm.dir. Einar Magnus Strand

Risikobilde 1. tertial 2017

S A N N S Y N L I G H E T	5: Svært stor			Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet		
	4: Stor	Åpne dokumenter i DIPS	Forbedringsplan etter Carf-akkreditering 2015	Ekstern finansiering av forskning		
	3: Moderat		4) Involvering etter MBU Økte kostnader til drift av bygg	Samstemming av legemiddellister Leveranse fra Sykehuspartner Epikrisetid		
	2: Liten		3) Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	Sykefravær Deltagelse i brannvernoppl./beredskapsøvelser		
	1: Meget liten	1) Ventetider og fristbrudd		5) Økonomisk handlingsrom 2) Sykehusinfeksjoner Månedsværk (lønnskostnader)		
		1: Ubetydelig	2: Lav	3: Moderat	4: Alvorlig	5: Svært alvorlig
KONSEKVENS						

*Nummererte områder er prioriterte regionale målområder

Analyse av mulige tap tilknyttet områder i risikobildet 1. tertial 2017

Risikoområder	Konsekvenser for pasientsikkerhet (beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens)	Konsekvenser for arbeidsmiljø/ansatte (beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens)	Konsekvenser for verdier/økonomi/omgivelser (beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens)
Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet	Alvorlig Byggene fyller ikke kvalitetskrav for forsvarlig pasientdrift. Må avvikle pasientdrift i byggene dersom ikke blir erstattet. Mange pasienter vil få dårligere tilbud.	Moderat Byggene innfrir ikke kravene i AML. Kan medføre sykefravær og/eller at ansatte slutter. Ny rapportering fra BHT varsler om utvikling til det verre.	Alvorlig Stor økonomisk konsekvens dersom ikke blir erstattet med nytt bygg. Koster mer å rehabilitere byggene for å ivareta kvalitetskravene enn å erstatte med nytt Vurdere stenging el reduksjon av driften, hvilket vil medføre tapt inntjening.

Ekstern finansiering av forskning	Lav Ingen	Moderat Mindre forskning	Moderat Strammere økonomi for forskning
Samstemming av legemiddellister	Moderat Pasient og oppfølgende instans får kvalitetssikret informasjon om riktige legemidler	Moderat Medarbeidere som ikke følger vedtatte rutiner, påvirker arbeidsmiljøet negativt	Moderat Negativ rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet regionalt påvirker sykehusets omdømme. Negativt omdømme når pasient og oppfølgende instanser ikke får nødvendig informasjon.
Leveranse fra Sykehuspartner	Lav Driftstjenester leveres på et stort sett tilfredsstillende nivå.	Moderat Supportnivå (tilgjengelighet) og leveransetider på utstyr oppleves som utfordrende. Manglende leveranser av tjenester fører til at viktige oppgaver ikke blir løst/kommer i gang.	Moderat Kostnader ifm innføring av nye tjenester blir ofte for høye. Prismodeller hos SP er ikke tilpasset våre behov (skalert for større brukermiljø). SLA-kostnadene øker uten at vi får økt kvalitet. ØLP for teknologiområdet (Digital fornying) vil skape store utfordringer i årene framover.
Epikrisetid	Moderat Informasjon når ikke oppfølgende instans til rett tid	Moderat Snu arbeidsprosesser fra å være på etterskudd til å ligge i forkant	Moderat Kan føre til overtid i snuoperasjonen
Sykefravær	Moderat Reduserer tilgangen erfarent personale på jobb. Spesielt vanskelig å få dekket ubekvemme vakter. Vanskelig å rekruttere vikar med tilstrekkelig kompetanse i ulike fagområder	Moderat Stor arbeidsbelastning over tid kan medføre at ansatte sykemeldes og/eller slutter. Vanskelig å rekruttere vikar med tilstrekkelig kompetanse i ulike fagområder Stor arbeidsbelastning for resterende stab	Moderat Økt kostnad vikarbruk utover budsjettet, spesielt ved kortvarig sykefravær. Avdelinger må vurdere å utsette eller slutte med arbeidsoppgaver som igjen fører til et redusert servicenivå. Dette medfører økt belastning på arbeidsmiljøet.
Brannvernoppl./beredskapsøvelser	Moderat Ansatte på jobb har ikke nødvendig opplæring til å sikre pasienter ved kritiske hendelser som brann og behov for HLR. Pasienter opplever at ikke er trygt å være pasient i sykehuset. Spesielt kritisk på vakter med få ansatte på jobb (natt, helg mv)	Moderat Usikkerhet blant ansatte om kollegers kompetanse på området. Utrygt arbeidsmiljø. Kan bli vanskelig å få dekket ubekvemme vakter med få ansatte på jobb.	Moderat Dersom ansatte i sykehuset ikke blir fordelt til oppsatte øvelser, er konsekvens at det må planlegges nye øvelser og gir merkostnad for sykehuset i fht avtalt leveranse. I tillegg merkostnader ved økt internt ressursbruk for adm av ny øvelse.
Økte kostnader til drift	Moderat	Lav	Alvorlig

av bygg	Midler som kunne vært benyttet til tiltak/oppgaver knyttet til pasientsikkerhet går til drift av bygg	Ansatte opplever at midler som benyttes til drift av bygg kunne vært benyttet til annen personal eller pasientaktivitet	Fortsatt utvikling med økte driftskostnader bygg vil i sin ytterste konsekvens kunne innebære at sykehuset ikke får satt av tilstrekkelig med reserver til BT3.
Resultatbildet Forbedringsplan etter CARF-akkreditering	Moderat Oppgaver som på sikt vil kunne gi forbedret pasienttilbud blir utsatt	Moderat Opphopning av arbeidsoppgaver og fare for økt arbeidsbelastning på et senere tidspunkt gir en stresset arbeidssituasjon.	Moderat Konsekvenser for fremdrift mot neste CARF-akkreditering. Sykehuset kan ikke vise til utvikling av resultater iverksatte forbedringstiltak innen gjentatte forbedringsområder.
4) Involvering etter MBU	Lav Fra 2017 skal MU og pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen slås sammen. Liten opplevelse av involvering kan medføre lav svarprosent – færre tilbakemeldinger fra ansatte om temaet pasientsikkerhet.	Moderat Fra 2017 slås MU og pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen sammen. Liten opplevelse av involvering kan medføre lav svarprosent - færre tilbakemeldinger fra ansatte om temaet arbeidsmiljø.	Lav Vurderes som lav konsekvens for verdier, økonomi og omgivelser
Åpne dokumenter i DIPS	Moderat Teamet kan bli usikre på hvilke tiltak som er gjennomført med pasienten Får ikke sendt dokumentasjon videre.	Lav Økt arbeidsbelastning i en periode. Andre ansatte vil ikke ha tilgang til nødvendige dokumenter.	Lav Kan føre til overtid i snuoperasjonen

Risikobilde 3. tertial 2016

S A N N S Y N L I G H E T	5 Svært stor			Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet		
	4 Stor	Åpne dokumenter i DIPS	Økte kostnader til drift av bygg Forbedringsplan etter Carf-akkreditering 2015	Ekstern finansiering av forskning Samstemming av legemiddellister	Månedsverk (lønnskostnader)	
	3 Moderat		4) Involvering etter MBU 3) Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	Leveranse fra Sykehuspartner Epikrisetid		
	2 Liten			Sykefravær Brannvernoppl./beredskapsøvelser		
	1 Meget liten	1) Ventetider og fristbrudd		5) Økonomisk handlingsrom 2) Sykehusinfeksjoner		
		1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
KONSEKVENNS						

*Nummererte områder er prioriterte regionale målområder

Innholdsfortegnelse

Innledning

1. Vurdering av måloppnåelse 2017

- 1.1 Mål fra Helse Sør-Øst RHF
- 1.2 Sunnaas sykehus HF Er et høyspesialisert nasjonalt rehabiliteringssykehus og et kunnskapsbasert konsept for rehabilitering, som andre aktører i hele behandlingsskjeden kan delta i og arbeide etter
- 1.3 Sunnaas sykehus HF er blant de 10 beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer
- 1.4 Sunnaas sykehus HF styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og bidrar til at pasienter i hele landet har tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi
- 1.5 Sunnaas sykehus HF er en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning og innovasjon
- 1.6 Sunnaas sykehus HF dokumenterer effekt på aktivitet, samfunnsdeltakelse og kostnadseffektivitet for alle sine rehabiliteringsprogrammer

2. Lovkravene

3. Avvik og forbedringsområder

4. Tilbakemeldinger/klager

5. Gjennomførte risikoanalyser

6. Interne revisjoner, miljørevisjoner og konsernrevisjoner

7. Eksterne tilsyn

8. CARF-områder som skal gjennomføres regelmessig

9. Endringer som kan påvirke kvaliteten

10. Ledelsens gjennomgåelse av ytre miljø – årlig evaluering

Vedlegg:

- 1. Tiltaksplan Ledelsens gjennomgåelse 1. tertial 2017

Innledning

Identifisering av risikoområder

Strategi, langtidsplan og mål for Sunnaas sykehus HF danner sammen med lovkrav, oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, grunnlaget for helseforetakets identifisering av risikoområder. Fremgangsmåten for Ledelsens gjennomgåelse er beskrevet i intern prosedyre. Ledelsens gjennomgåelse gjennomføres hvert tertial på 3 nivå i organisasjonen.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) omfatter også de områdene som kvalitetssystemet CARF krever at helseforetaket gjennomfører og evaluerer årlig, halvårlig og kvartalsvis (ref. pkt. 8). Saken behandles fra og med 2016 særskilt i foretaksledelsen (FTL); årlig og innen 1. mars. Forbedringsområder som fremkommer, skal inngå i annet arbeid med prioritering av mål og utforming av handlingsplaner.

Sunnaas sykehus er miljøsertifisert etter ISO 14001. Den øverste ledelsen skal en gang i året gjennomføre Ledelsens gjennomgåelse av miljøfaktorer som påvirker det ytre miljø, og områdene vurderes i Ledelsens gjennomgåelse 3. tertial.

Skjema for Rapportering av avvik etter tilsyn fra Helse Sør-Øst rapportertes tertialvis i LGG.

Forbedringstiltak rettet mot risikoområder i risikobildet, beskrives i tiltaksplan.

Ledelsens gjennomgåelse skal hvert tertial vurderes og ses i sammenheng med risikoområder som rapporteres i månedlig virksomhetsstatus.

Bruk av fargekoder

Rapporteringsansvarlige vurderer hvert tertial fargekodene rød, gul eller grønn for hvert målområde. Fargekodene skal angi hvor bra det går med tiltaket rettet mot måloppnåelse:
Rød: Ikke mulig/trolig ikke mulig å nå målet. Begrunnelsen kan være korte tidsrammer eller omfattende utfordringer som gjelder tidsrammer, kompetanse eller kostnader.

Gul: Måloppnåelse ligger bak skjema, det er fremdeles mulig å nå målet, men det fordrer ekstra innsats.

Grønn: Målet er nådd eller det går som planlagt eller bedre.

1. Vurdering av måloppnåelse 2017

1.1. Mål fra Helse Sør-Øst RHF

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.

Rapporteringsansvar: klinikk sjef

1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017	1. tertial 2018	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Rapporteringsansvar: klinikkisjef

1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017	1. tertial 2018	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Rapporteringsansvar: klinikkisjef

1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017	1. tertial 2018	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017	1. tertial 2018	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
					<ul style="list-style-type: none">- Fortsette med oppfølging av ledere og rapportering til AMU- Arbeidet med innhold i de avdelingsvise handlingsplanene frem til ny MU gjennomføres 1. tertial 2018- Opplæring av ledere i nye regionale HMS-indikatorer som foretakene måles på <p><i>Effekt av tiltak:</i> Alle avdelinger og enheter har aktive handlingsplaner og ledere er bevisste på å bruke begrepet oppfølgingsarbeid etter MU når de sammen sine ansatte utarbeider og evaluerer handlingsplaner</p>	Linjeledere

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Rapporteringsansvar: økonomidirektør

1. tertial 2017	2. tertial 2017	3. tertial 2017	1. tertial 2018	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

1.2. Sunnaas sykehus HF er et høyspesialisert nasjonalt rehabiliteringssykehus og et kunnskapsbasert konsept for rehabilitering, som andre aktører i hele behandlingkjeden kan delta i og arbeide etter

Søknad om nasjonal behandlingstjeneste for barn og unge med behov for høyspesialisert rehabilitering etter alvorlige ervervede skader er sendt

Rapporteringsansvar: klinikkisjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Arbeidet er i prosess	

Sunnaas og utvalgte kommuner utvikler og prøver ut Kompetanseprogram rehabilitering.

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Er i prosess med å lage modulene	

Vedtak om konseptfase for Sunnaas2021 er fattet

Rapporteringsansvar: adm.dir. v/prosjektleder

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Fremdriftsplan følges, usikkerhet rundt vedtak.	

Virtuell enhet er definert

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Arbeidet pågår. Søknad om virtuelt tilbud til CP pasienter er sendt, utstyr til videreutvikling av telemedisin er på plass	

Kritisk kompetanse er definert og kartlagt

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				<ul style="list-style-type: none"> - Det er planlagt gjennomført kartlegging av definert kritisk kompetanse i løpet av første halvår 2017 - Dokumentet Strategisk kompetansestyring skal revideres for å tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling for en kontinuerlig overvåking av sårbar/ kritisk kompetanse i foretaket 	HR/ linjeledere

Sunnaas sykehus HF er blant de tre beste helseforetakene på regionale HMS-indikatorer

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				HMS forum SunHF er i prosess med å definere delmål og en overordnet tiltaksplan	HR/ HMS forum/linjeledere

Sykefravær under 6,5 %

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				- Oppdaterte tall tilgjengelig for	HR/ linjeledere

				ledergruppen - Bruk av GAT analyse gir leder god oversikt, og gir leder mulighet til kontinuerlig overvåking av sykefraværet i sin enhet - Melderutiner gjennomgås og strammes inn - Økt involvering av BHT - Sykefravær tema på HR- lunsj for ledere, på månedlige møter med tillitsvalgte og tema på årlig samling for ledere, tillitsvalgte og verneombud. <i>Effekt av tiltak:</i> Redusert sykefravær, spesielt innen korttidsfraværet.	
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

1.3. Sunnaas sykehus HF er blant de 10 beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer

I sykehusets interne pasienttilfredshetsundersøkelse uttrykker minst ni av ti pasienter at de opplever en godt planlagt utskrivelse

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Følge opp sjekklister for god utskrivning videre. Sjekklister lagt i DIPS	

Pasienten er kjent med rehabiliteringsprogrammets innhold før innleggelse

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Måleverktøy må utvikles og tas i bruk senest ved ny rullering av den interne pasienttilfredshetsundersøkelsen 2019	Kommunikasjonsdirektør

1.4. Sunnaas sykehus HF styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og bidrar til at pasienter i hele landet har tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi

Sykehuset har vedtatt en plan for å utvikle og ta i bruk metoder for sterkere involvering av pasientene i valg mellom behandlingsalternativ (samvalgsverktøy)

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Intern undervisning gjennomført, og planlagt for flere	

Tre læringstilbud til pasient og pårørende er tilgjengelig via digitale kanaler

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Det er etablert arbeidsgruppe, planer i prosess	

Regional koordinerende enhets arbeid med informasjon og veiledning om fritt rehabiliteringsvalg gjør pasienter i stand til å velge tilbud tilpasset deres behov

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Pr 1. tertial mange uklarheter, men i god dialog mot lansering 1. juli	

Det finnes pasienttilpasset og oppdatert informasjon for alle rehabiliteringsprogrammer på sunnaas.no

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
					Kim Hannisdal

1.5. Sunnaas sykehus HF er en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning og innovasjon

Sykehuset har utarbeidet plan for styrket ekstern finansiering innen forskning på rehabilitering

Rapporteringsansvar: Økonomidirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Fremdeles for lav andel ekstern finansiering av forskning. Det er nedsatt en gruppe som skal jobbe med å øke andel ekstern finansiering. Foreligger ikke rapport enda.	

Sykehuset har utarbeidet plan for styrket brukermedvirkning i forskningen

Rapporteringsansvar: Forskningsdirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Vi legger til rette. Skal utarbeide retningslinjer for dette.	

Sykehuset produserer minst 40 vitenskapelige publikasjoner, tre doktorgrader og forskningsproduksjonen styres mer mot prioriterte områder

Rapporteringsansvar: Forskningsdirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

Det er utarbeidet system for dokumentasjon av hvordan sykehusets innovasjoner tas i bruk av andre

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Bedre porteføljestyring for sykehuset er under arbeid, samt vurdering av Induct løsningen for innovasjon. Samlet sett vil dette bidra til at dette målet kan realiseres	

Sykehuset har etablert en testbed

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Arbeidet er godt i gang, med mål om å slutføre prosjektarbeidet	

1.6. Sunnaas sykehus HF dokumenterer effekt på aktivitet, samfunnsdeltakelse og kostnadseffektivitet for alle sine rehabiliteringsprogrammer

Prosjektplan for etablering av kvalitetsregister er utarbeidet

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Klinikkoverlege arbeider med planer for utvikling i overlege permisjon	

En kompetansegruppe for tilbakeføring til arbeid/utdanning er etablert

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Gruppen konstitueres i juni	

Sykehuset har styrket sin kontakt med helseøkonomiske fagmiljøer

Rapporteringsansvar: Økonomidirektør

1. tertial 2017	2.tertial 2017	3.tertial 2017	1.tertial 2018	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Ingen planlagte tiltak for øyeblikket.	

2. Lovkravene

Rapporteringsansvarlig er samhandlingssjef, HR-direktør og klinikksjef

Områder	2. tertial	3. tertial	1.tertial 2017	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Informasjonssikkerhet (Inkl. obl.opplæring)				- E-læringsprogram om informasjonssikkerhet inngår i årlig obligatorisk	HR Samhandlings-sjef Linjeledere

				opplæring for alle ansatte - Programmet inngår i ny modell for nyansatt opplæring vil iverksettes fra 1. september. Alle nyansatte vil da få opplæring i løpet av de første 2 dager på jobb	
Brannvern (Inkl. obl. opplæring)				Se egen tiltaksplan	Eiendoms- og sikkerhetssjef og avdelingsledere
Pasientsikkerhet (Inkl. obl. HLR- og brannvernopplæring)				Nytt og forbedret opplegg for obligatorisk opplæring brann og HLR, samt nytt forbedret og mer brukervennlige læringskurs HLR er utarbeidet. Øvelser er annonsert og er sendt ut påminnelse til ledere om at ansatte må melde seg på opplæringen.	Eiendoms- og sikkerhetssjef og avdelingsledere
Medisinsk utstyr (Inkl. obl. MTU-opplæring)					Avd.sjef servicesenter

3. Avvik og forbedringsområder

Rapporteringsansvarlige er linjeledere

Indikatorer	2. tertial akkumulert	3. tertial akkumulert	1.tertial 2017	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasientrelaterte hendelser:					
- Registrert totalt	312	574	455		
- Meldt Helsedirektoratet	9	15	3		
- Publisert	4	4	0		
- Meldt Helsetilsynet	0	0	0		
Medarbeiderrelaterte	247	441	125		
Driftsrelaterte	189	363	106		
Antall åpne hendelser	2014: 13 2015: 99 2016: 319	2014: 9 2015: 14 216: 321	2014: 2 2015: 9 2016: 67 2017: 157	Forløpende saksbehandling og analyse. HMS-forum anbefaler ny indikator i 2017	Linjeledere og saksbehandlere Kvalitetssjef

4. Tilbakemeldinger/klager

Rapporteringsansvarlige er klinikkssjef og kommunikasjonsdirektør

Indikatorer	2. tertial	3. tertial	1.tertial 2017	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasienter/brukere og pårørende	13	7	6		Klinikkssjef
Samarbeidspartnere					Kommunikasjonsdir.
Mediaomtale					Kommunikasjonsdir.
Medarbeidere					HR-dir.

Pasienttilfredshet

Rapporteringsansvarlig er klinikkssjef

Indikatorer	2. tertial	3. tertial	1.tertial 2017	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasienttilfredshet > 90 % fra 2017		Primærrehab.: 96% Oppfølging og vurdering: 89% Poliklinikk: 79% Barn og unge: 89% Pårørende til barn og unge: 83%	Primærrehab.: 88% Oppfølging og vurdering: 88% Poliklinikk: 100% Barn og unge: 87%	Programrettede forbedringstiltak	Enhet kvalitet/pasientsikkerhet og avdelingsledere
Pasienttilfredshet svarprosent > 60	52,7	62 ☺	54,5	Iverksette avdelingsvise tiltak. Synliggjøre resultater i avdelingene som viser at det nytter å gi tilbakemelding.	Enhet kvalitet/pasientsikkerhet og avdelingsledere

5. Gjennomførte risikoanalyser

Oversikten viser gjennomførte risikoanalyser i 2016 og 1. tertial 2017.

Rapporteringsansvarlig er linjeledere

Områder	Risikovurdering	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Økonomi	(EHF) Elektronisk handelsformat (1. tert)		Tek/e-helse og Øk
Henvisningstid RKE		Dialog med	RKE

		institusjoner og RHFet	
Anskaffelse av nytt dokumentstyringsystem	Sunnaas sykehus anskaffer nytt dokumentstyringsystem som del av et helhetlig kvalitetssystem	Sunnaas sykehus får et helhetlig kvalitetssystem	Enhet for kvalitet og pasientsikkerhet
Anskaffelse av nytt dokumentstyrings-system	Sunnaas sykehus anskaffer <i>ikke</i> nytt dokumentstyringsystem som del av et helhetlig kvalitetssystem	Sunnaas sykehus opprettholder et fragmentert kvalitetssystem	Enhet for kvalitet og pasientsikkerhet
Plassering av pasienter med tracheostomi og behov for oksygentilførsel og event. sug	Stor – svært alvorlig	Egen tiltaksplan	FTL Avdelingsledere Kompetansegruppe lunge Fagansvarlig spl
Vareflyt lager		Viser til analysen med risikovurdering, tiltak og ansvarlige for hvert risikoområde	Adm konsulent
Prøvehyppighet basseng		Analyse oversendt tilsynsmyndigheten for lukking av avvik.	Adm konsulent
Utgangsdører åpne for pasient – BeU sak 39/15		I prosess	Eiendoms og sikkerhetssjef

6. Interne revisjoner, miljørevisjoner og konsernrevisjoner

Revisjonsprogram 2015-2016 (ikke avsluttet)

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjons-områder	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
4/15 Medarbeider-samtale	Etterlevelse av system for medarbeidersamtale	Klinikk	1	31.12. 2016	9919	
Ekstra: Oppfølging etter sak Datatilsynet	Sykehusets rutiner for publisering av informasjon og anmodninger om sletting	Service-senter og Kommunikasjonsenhet	2	1.5. 2016	9225	Økt kunnskap og beskrevet rutiner

Revisjonsprogram 2016-2017

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke- frist	Ikke lukkede	Forventet effekt
-----------------	--------------------------------	-------------------	--------------	--------------	--------------	------------------

					avvik	
1/16 Legemiddel- håndtering	Tilberedning av legemidler	Klinikk Bygg H	2	15.10. 2016	9697	
2/16 Rutiner ved nyansettelser	Kontroll av vitnemål, attester og referanser, samt bruk av generell sjekklister for nyansatte (faste og vikariater).	Klinikk Bygg D	1	01.03. 2017	10521	
3/16 HMS	Smittevern	Service- senteret – ISS og Klinikk- bygg H	3	15.05. 2017	10743 10744 10745	
4/16 Intern pasient- tilfredshets- undersøkelse	Svarprosent på intern pasienttilfreds- hets- undersøkelse	Klinikk Avd. oppfølging Avd. hjerneslag	1	15.10. 2017	9975	
5/16 Pasient- behandling	Utskrivnings- klare pasienters plan for deltakelse i samfunn og arbeidsliv	Klinikk - Bygg I	0			Forbedrings- områder som gjelder dokumenta- sjon i DIPS
6/16 Diagnose- koding	Diagnose- koding av innlagte pasienter	Klinikk - legeenhet	0			Gjennomført 11.05.2017

Miljørevisjoner 2016 – 2017

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjons-områder	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
8/16 Miljøstyring	Energi og miljø i bygg og rehabilitering	Servicesenter ved Eiendomssjef og Service og teknikk	1	1.4. 2017	10555 er lukket	

Revisjonsprogram 2017-2018

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjonsområde	Beskrivelse av	Klinikk/	Antall	Lukke-	Ikke	Forventet effekt
-----------------	----------------	----------	--------	--------	------	------------------

	revisjonsområde	Avdeling	avvik	frist	lukkede avvik	
1/17 Legemiddel-håndtering	Legemiddelhåndtering i poliklinikk	Klinikk: Avd. PIA				
2/17 Smittevern - Pasient-behandling	Bruk av langtids-liggende kateter under hele forløpet på SunHF	Klinikk: Avd. RMS Avd. OPF				
3/17 Pasient-sikkerhet	Elektronisk pasientjournal: rutiner for nødjournaler	Klinikk: Avd. TBI Avd. SLA				
4/17 HMS	Vold og trusler rettet mot helsepersonell	Klinikk: Avd. RMS Avd. VRD				
5/17 Pasient-behandling	Utskrivning av pasient til kommunehelse tjenesten	Klinikk: Avd. MNB Avd. KRE				
6/17 HMS og Pasient-sikkerhet	Sikkerhet i det store og det lille bassenget	Eiendom og service				

Miljørevisjoner 2017 – 2018

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjons-områder	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
/717 Miljøledelse Miljøfaglig tema - transport	Transport er et av sykehusets mest vesentlige miljøaspekter. Revisjonen rettes mot områder i miljøhandlingsplanen og i eksterne krav.	Enhet for interne tjenester og eiendom				
8/17 Miljøledelse ISO 14001:2015 Organisasjon og lederskap	14001 krav – hele system for miljøledelse revideres i løpet av 3 års periode	Klinikk				

Revisjon miljøsertifisering ISO 14001

Rapporteringsansvar: avdelingssjef eiendom og service

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evaluering
Resertifisering 31.10-01.11.2016 og nytt sertifikat mottatt for perioden 26. februar 2017 – 26.februar 2020 Årlig periodisk revisjon 2017 med DNVGL avtalt	28.11.17	

Konsernrevisjoner

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evaluering
u.a.		

7. Eksterne tilsyn, status

Rapporteringsansvarlig er avdelingssjef Servicesenter

Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertialet	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avække, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr		
Statens Helsetilsyn														
Fylkesmannen helseavd.														
Nasjonalt folkehelseinstitutt														
Helsedirektoratet														
Statens legemiddelverk														
Datatilsynet														
Mattilsynet														
Arbeidstilsynet														

				<p>statusmøter (enklere samarbeidsmal), SP etablert system på proaktive runder, tettere oppfølging på økonomiområdet vha økonomienhet, nytt innkjøpsregime gjennom HPE.</p> <p><i>Effekt av tiltak:</i> Mer effektiv og synlig stedlig support, bedre kontroll og forutsigbarhet på økonomi, raskere svar på endringsforespørsler</p>	
Epikrisetid				<p><i>Tiltak:</i> Kommunisere/påpeke/ <i>Effekt av tiltak:</i> Stadig økende % andel får epikrise i hånden. April 81.7%</p>	Avdelingsleder for legene og sekretærer
Åpne dokumenter i DIPS				<p><i>Tiltak:</i> Kontrolleres, og minner ansvarlige om å lukke dokumenter</p> <p><i>Effekt av tiltak:</i> Er på vei ned, April 567</p>	Avdelingsledere i klinikk
Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet				<p><i>Tiltak:</i> Se egen tiltaksplan</p> <p><i>Effekt av tiltak:</i> Avklart mulighet for å erstatte bygg D og K med et nybygg.</p>	Prosjektleder byggetrinn 3 Avdelingssjef servicesenter
Månedsværk (lønnskostnader)				<p><i>Tiltak:</i></p> <p><i>Effekt av tiltak:</i></p>	HR-direktør
Økte kostnader til drift av bygningsmasse				<p><i>Tiltak:</i> Se egen tiltaksplan</p> <p><i>Effekt av tiltak:</i> Bedre driftskontroll og reduserte kostnader for energi, renovasjon og vann</p>	Avd.sjef Eiendom og intern service

10. Ledelsens gjennomgåelse av ytre miljø – årlig evaluering 2016

Organisasjonens øverste ledelse skal gjennomgå ledelsessystemet for miljø med planlagte mellomrom for å sikre at det fortløpende er velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt. Ledelsens gjennomgåelse skal avgi konklusjoner om fortsatt hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning, beslutninger om kontinuerlig forbedring, beslutninger om eventuelle behov for endringer, inkludert ressurser, eventuelle tiltak som er nødvendige hvis miljømål ikke oppnås, muligheter for å forbedre integreringen av miljøledelsen og andre systemer, og eventuelle følger for organisasjonens strategisk retning. Korrigerende tiltak beskrives i vedlagte tiltaksplan.

Avd.sjef servicesenter rapporteringsansvarlig.

Områder	Status	Risiko	Korrigerende tiltak	Forventet effekt
Vurdering av status for tiltak fra tidligere gjennomgørelser som ledelsen har foretatt	OK			
Vurdering av endringer i: 1) eksterne og interne forhold som er relevant for ledelsessystemet for miljø 2) behov hos og forventninger fra interesseparter, inkludert samsvarsforpliktelser 3) vesentlige miljøaspekter 4) risikoer og muligheter	OK		Vi er i ferd med å etablere en bedre oversikt over interesseparter og styring av vår kommunikasjon med disse.	Bedre oversikt over interesseparter og styring av vår kommunikasjon med disse.
Vurdering av i hvilken grad miljømål er oppnådd	OK			
Vurdering av informasjon om organisasjonens miljøprestasjon, inkludert trender angående: 1) avvik og korrigerende tiltak 2) resultater av overvåking og måling 3) overholdelse av samsvarsforpliktelser 4) revisjonsresultater	OK			
Vurdering av om arbeidet med miljøledelse er tildelt tilstrekkelige ressurser	OK			
Vurdering av relevant(e) henvendelser fra interesseparter, inkludert klager	OK			
Vurdering av muligheter for kontinuerlig forbedring	OK			

SunHF, 06.06.2017