

Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2017

Risikostyring

Sunnaas sykehus HF

v/ adm.dir. Einar Magnus Strand

Risikobilde 2. tertial 2017

S A N N S Y N L I G H E T	5	Antall åpne dok. i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet		
	Svært stor			Sykefravær		
	4			Ekstern finansiering av forskning		
	Stor			Leveranse fra Sykehuspartner inkl. IMOD		
	3		4) Involvering etter MU	Samstemming av legemiddellister		
	Moderat		Økte kostnader til drift av bygg CARF forbedr.plan etter akkreditering i 2015	Epikrisetid		
2		3) Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	Deltagelse i brannvernoppl./beredskapsøvelser			
Liten						
1		1) Ventetider og fristbrudd		5) Økonomisk handlingsrom		
Meget liten				2) Sykehusinfeksjoner		
		1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
KONSEKVENSNIVÅ						

*Nummererte områder er prioriterte regionale målområder

Analyse av mulige tap tilknyttet områder i risikobildet 2. tertial 2017

Risikoområder	Risikoeier	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	Adm.dir. v/prosjektleder	Alvorlig Byggene fyller ikke kvalitetskrav for forsvarlig pasientdrift. Må avvikle pasientdrift i byggene dersom ikke blir erstattet. Mange pasienter vil	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

		få dårligere tilbud.		reduksjon av driften, hvilket vil medføre tapt inntjening.
Sykefravær	HR-direktør	Moderat Reduserer tilgangen av erfarent personale på jobb. Redusert kontinuitet i behandlingen. Spesielt vanskelig å få dekket ubekvemme vakter. Vanskelig å rekruttere vikar med tilstrekkelig kompetanse innen de 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.
Ekstern finansiering av forskning	Forskningsdirektør	Lav Ingen konsekvenser	Moderat Mindre forskning, demotiverte medarbeidere	Alvorlig Nedskjæringer, og strammere økonomi for forskning som kan føre til nedbygging av forskningen ved sykehuset
Samstemming av legemiddellister	Klinikkssjef	Alvorlig Pasient og oppfølgende instans får kvalitetssikret informasjon om riktige legemidler til rett tid	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 inklusiv IMOD	Innovasjons-sjef	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. Stans i arbeidet med IMOD fører til at viktige fornyinger i infrastruktur og systemer ikke 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	Klinikkssjef	Alvorlig Informasjon når	Moderat Snu	Moderat Kan føre til overtid i

		ikke oppfølgende instans til rett tid	arbeidsprosesser fra å være på etterskudd til å ligge i forkant	snuoperasjonen
Brannvernopl/beredskaps-øvelser	HR-dir.	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 av bygg	Avdelings-sjef Eiendom og intern service	Moderat Midler som kunne vært benyttet til tiltak/opp-gaver knyttet til pasientsikkerhet går til drift av bygg	Lav Ansatte opplever at midler som benyttes til drift av bygg kunne vært benyttet til annen personal eller pasientaktivitet	Alvorlig Fortsatt utvikling med økte driftskostnader bygg vil i sin ytterste konsekvens kunne innebære at sykehuset ikke får satt av tilstrekkelig med reserver til Sunnaas 2021
Forbedringsplan etter CARF-akkreditering	Adm.dir.	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.
Involvering etter MU	HR-direktør	Lav Fra primo 2018 skal MU og pasient-sikkerhetskult-undersøkelsen slås sammen. Liten opplevelse av involvering kan medføre lav svarprosent – færre tilbakemeldinger fra ansatte om pasientsikkerhet.	Moderat Fra 2018 slås MU og pasientsikkerhets-kulturundersøkelsen 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	Klinikksjef	Moderat Teamet kan bli usikre på hvilke tiltak som er	Lav Økt arbeidsbelastning i en periode.	Lav Kan føre til overtid i snuoperasjonen

		gjennomført med pasienten Får ikke sendt dokumentasjon videre.	Andre ansatte vil ikke ha tilgang til nødvendige dokumenter.	
--	--	---	--	--

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 Månedsverk (lønskostnader)		
		1: Ubetydelig	2: Lav	3: Moderat	4: Alvorlig	5: Svært alvorlig
KONSEKVENNS						

*Nummererte områder er prioriterte regionale målområder

Innhold

Innledning

1. Vurdering av måloppnåelse 2017

- 1.1 Overordnede mål Helse Sør-Øst RHF
- 1.2 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 Er blant de 10 beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer
- 1.4 Styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og bidrar til at pasienter i hele landet har tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi
- 1.5 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. Vurdering av faglige eller administrative prosesser

- 2.1 Oppfølging av CARF-områder som gjennomføres regelmessig
- 2.2 Gjennomførte årlige CARF analyser
- 2.3 Verne- og brannrunder
- 2.4 Obligatorisk opplæring
- 2.5 Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem

3. Vurdering av tjenestetilbudet

- 3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet
- 3.2 Klager fra pasient og pårørende
- 3.3 Tilbakemeldinger fra interessenter
- 3.4 Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn

4. Vurdering av pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte

- 4.1 Henvisningsrutiner internt
- 4.2 Henvisningsrutiner RKE
- 4.3 Ikke planlagte utskrivelser
- 4.4 Pasienttilfredshet

5. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

- 5.1 Endringer som kan påvirke kvaliteten

6. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering 1. tertial 2018

7. Ledelsens gjennomgåelse av ytre miljø – årlig evaluering 1. tertial 2018

Vedlegg:

- 1. Oppfølgingsplan for Ledelsens gjennomgåelse

Innledning

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og at medarbeidere i virksomheten medvirker til dette.

Strategi, langtidsplan og mål for Sunnaas sykehus HF danner sammen med Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF, CARF krav til plan for risikostyring, Forskrift om ledelse av kvalitetsforbedring i helse og sosialtjenesten og andre lovkrav for spesialisthelsetjenesten, grunnlaget for helseforetakets identifisering av risikoområder.

Ledelsens gjennomgåelse skal besvare:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Ledelsen skal vurdere om det er behov for endringer innen områdene:

- Mål
- Faglige eller administrative prosesser
- Tjenestetilbudet
- Pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte
- Ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) gjennomføres hvert tertial på 3 nivåer i organisasjonen. Ansvarlige 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.

LGG kan også vise om det er behov for å foreta endringer av selve styringssystemet, d.v.s. måten sykehuset planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer på.

Sunnaas sykehus HF er miljøsertifisert etter ISO 14001. Den øverste ledelsen skal en gang i året gjennomføre LGG av miljøfaktorer som påvirker det ytre miljø. Miljøfaktorene rapporteres 1. tertial 2018.

Status for relevante innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet og skjema som viser status for oppfølging av avvik etter tilsyn fra Helse Sør-Øst, rapportertes særskilt hvert tertial til Helse Sør-Øst og tertialvis i LGG.

LGG inkluderer også en vurdering av de områdene som CARF krever at helseforetaket gjennomfører og evaluerer årlig, halvårlig og kvartalsvis. Denne saken behandles fra og med 2016 som egen sak i foretaksledelsen (FTL) årlig og innen 1. mars.

Forbedringstiltak rettet mot risikoområder i risikobildet i LGG, beskrives og ansvars plasseres i tilhørende oppfølgingsplan.

Ledelsens gjennomgåelse skal hvert tertial vurderes og ses i sammenheng med risikoområder som rapporteres i månedlig *virksomhetsstatus* og *årlig melding* til HSØ.

1. Vurdering av måloppnåelse 2017

1.1. Overordnede mål Helse Sør-Øst RHF

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

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

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

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

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	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	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				<ul style="list-style-type: none"> - Fortsette med oppfølging av ledere og rapportering til AMU - Arbeide med innhold i de avdelingsvise handlingsplanene frem til ny MU innføres 1. tertial 2018 - Opplæring av ledere i nye regionale HMS-indikatorer som foretakene måles på er planlagt høsten 2017. <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	2. tertial	3. tertial	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: klinikkssjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			I prosess Prosjektstilling skal etableres	Klinikkssjef og leder for avd. RMS m/ enhet barn og unge

Sunnaas og utvalgte kommuner utvikler og prøver ut Kompetanseprogram rehabilitering.

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

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

Vedtak om konseptfase for Sunnaas2021 er fattet

Rapporteringsansvar: adm.dir. v/prosjektleder

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Sykehuset lager utviklingsplan som skal oversendes HSØ innen 1. mars 2018. <i>Forventet effekt:</i> Positivt vedtak i HSØ første kvartal 2019.	Adm.dir. v/prosjektleder

Virtuell enhet er definert

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

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

Kritisk kompetanse er definert og kartlagt

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2. tertial	3. tertial	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. Det er utarbeidet et oppdrag til lederne om hvordan de skal gjennomføre en GAP analyse av kritisk kompetanse. - Dokumentet Strategisk kompetansestyring skal revideres for å 	HR/ linjeledere

			tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling for en kontinuerlig overvåking av kritisk kompetanse i foretaket <ul style="list-style-type: none"> - GAT som registreringsverktøy for kliniske ferdigheter/ kompetanser. - Lederkompetanse i rekrutteringsprosessen – utarbeide veileder med behovsanalyse - Vurdere opprettelse av et internt rekrutteringsteam og bruk av ekstern støtte ved rekruttering av toppledere og nøkkelstillinger 	
--	--	--	--	--

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

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			HMS-forum har valgt å prioritere følgende indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> • HMS-handlingsplaner <ul style="list-style-type: none"> - Handlingsplanen på agendaen bemanningsmøte med HR/ leder - Informasjon på mail og intranett tertialvis i forbindelse med statusoppdatering • HMS-hendelser <ul style="list-style-type: none"> - Analyse av HMS hendelser 2016 er utarbeidet • Lukkerrate for HMS-avvik <ul style="list-style-type: none"> - Behandlingstid i system legges til ny rutine - Statusoppdateringer og opplæring av ledere og ansatte i nytt avvikssystem 	HR/ HMS forum/linjeledere

Sykefravær under 6,5 %

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			<ul style="list-style-type: none"> - Oppdaterte tall tilgjengelig for ledergruppen - Bruk av GAT analyse gir leder god oversikt, og gir ledere mulighet til kontinuerlig overvåking av sykefraværet i sin enhet - Egne skjermer med visning av vaktbok på avdelingene – fordrer oppdatert og riktig registrering av sykefravær - Melderutiner gjennomgås og strammes inn - Økt involvering av BHT. 	HR/ linjeledere

			<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomgang av sykemeldte med leder, HR og BHT. - Sykefravær er fast tema i AMU, har vært tema på årlig samling for ledere, tillitsvalgte og verneombud og månedlig møte med FTV på nivå 1 og 2 <p><i>Effekt av tiltak:</i> Redusert sykefravær, spes. langtidsfraværet</p>	
--	--	--	--	--

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	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Økende tilfredshet fra 1. tertial Pilot trygg utskrivning oppstart høsten 2017 – metode for kommunikasjon med pas. Bruk av sjekklister.	Avdelingsledere

Pasienten er kjent med rehabiliteringsprogrammets innhold før innleggelse

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Måles ikke per i dag. Tiltak for å måle i kommende pasientundersøkelser eller som en enkeltstående undersøkelse vurderes.	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	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			I oppstartsfasen Hvilke verktøy skal brukes Planlagt møte	Leder for kompetanseenhet

Tre læringstilbud til pasient og pårørende er tilgjengelig via digitale kanaler

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			I prosess	Leder for kompetanseenhet

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	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig

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

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Kommunikasjonsdir.

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	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			<p><i>Tiltak:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Avholdt møte med forskningsledelse HSØ - Har startet arbeidet for å lage interne retningslinjer for forskningssøknader -Arbeidsgruppe for å fremme nytte og relevans i rehabiliteringsforskning er nedsatt, og arbeidet er igangsatt. <p><i>Effekt av tiltak:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Øke forståelsen i HSØ for viktigheten av rehabiliteringsforskning - Øke kvaliteten på forskningssøknadene - Synliggjøre for beslutningstakere nytteverdien av rehabiliteringsforskningen 	Forskningsdirektør

Sykehuset har utarbeidet plan for styrket brukermedvirkning i forskningen

Rapporteringsansvar: Forskningsdirektør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			<p>Prosess pågår.</p> <p><i>Forventet effekt:</i> at brukerne i større grad involveres i forskningen</p>	Forskningsdirektør

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

Rapporteringsansvar: Forskningsdirektør

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

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

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

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

Sykehuset har etablert en testbed

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

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

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	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Klinikksjefen har utarbeidet en tentativ plan Skal opp i fagråd i klinikk/forskning i oktober	Klinikkoverlege

En kompetansegruppe for tilbakeføring til arbeid/utdanning er etablert

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

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

Sykehuset har styrket sin kontakt med helseøkonomiske fagmiljøer

Rapporteringsansvar: Økonomidirektør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Arbeidet påbegynnes 3. tertial	Økonomidir.

2. Vurdering av faglige eller administrative prosesser

2.1. Oppfølging av CARF-områder som gjennomføres regelmessig

Rapporteringsansvar: Ledere for rapporterte ansvarsområder

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Noen områder for 2016 gjenstår				Oppfølging i henhold til plan	klinikksjef

2.2. Gjennomførte årlige CARF analyser

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Virksomhetsomfattende områder	Gjennomført og dokumentert	Tiltaksansvarlig
1.H.10. Kritiske hendelser er vurdert og resultert i en skriftlig analyse gjennomført av eller demonstrert for ledelsen		Fagdirektør

1.K.4. Analyse av alle formelle klager		Klinikksjef
1.N.1. Resultatanalyse (outcome)	Data for 2016 er analysert i etter gammelt organisasjonsoppsett dvs. pr seksjon. 2017 data er registrert med rehabiliteringsprogram. Det jobbes med å hente ut ulike parametere pr rehabiliteringsprogram.	Økonomidirektør
For alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram		
2.A.15. Skriftlig analyse av avslag, uegnede henvisninger, avbrutte opphold		Klinikksjef
2.A.26.b. Skriftlig analyse av sårutvikling for hvert program (nytt i 2017)	Gjennomføres i 2017-2018	Klinikksjef
2.B.46.a. Årlig analyse av et representativt utvalg av pasientjournaler		Klinikksjef
3.A.15.b. Analyse av ikke-planlagte utskrivelser <i>Se også 3.L.38.b. i Smerterehabiliteringsprogrammet</i>		Klinikksjef
3.A.16.c. Analyse av oppfølgingsinformasjon for hvert av programmene: <i>Se også 3.J.21.b. i Ryggmargskadeprogrammet</i> <i>Se også 3.K.20.b. i Hjerneslagprogrammet</i>		Klinikksjef
3.B.4. Poliklinikk/dagtilbud: Skriftlig årlig analyse av uteblivelser, kanselleringer og avbrutte opphold <i>Se også 3.L.32. i Smerterehabiliteringsprogrammet</i>		Klinikksjef
Hjerneskode Rehabiliteringsprogram		
3. H.33.b. Analyse av tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og interessenter		Klinikksjef
Hjerneslag Rehabiliteringsprogram		
3.K.24.b. Analyse av medisinsk status ved utskrivelse		Klinikksjef
Smerte Rehabiliteringsprogram		
3.L.33.b. Analyse av resultater av smerterehabiliteringsprogrammet		Klinikksjef
3.L.34. Årlig analyse av det tilbudet som gis		Klinikksjef

2.3. Verne- og brannrunder

Gjennomført to ganger årlig

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Det er gått en vernerunde i alle avdelinger, men det er noen avdelinger mangler tiltak i HMS handlingsplan. Nytt system for handlingsplaner innføres i 2018	Linjeledere

2.4. Obligatorisk opplæring

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Områder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Informasjonssikkerhet (Inkl. obl.opplæring)		Tiltak er under utarb. og vil komme i drift ila 3. tertial.		Utarbeidelse av nytt elæringskurs i regional regi. Regional testing av phishing. Sikkerhetsdag på Sunnaas i regi av SP. <i>Forventet effekt:</i> Større oppmerksomhet og innsikt blant organisasjonens ansatte om informasjonssikkerhet.	Informasjonssikkerhetsleder
Sikkerhet og beredskap: Obligatorisk opplæring brann og HLR				Per september har 294 ansatte gjennomført. 91 er påmeldt høstens kurs. Totalt 385. Måltallet er gjennomsnittlig brutto månedsverk 560.	Eiendoms- og sikkerhetssjef Ledere nivå (2) og 3
Medisinsk utstyr: elektromedisinsk og annet fysikalsk utstyr					Fagdirektør Fagsjef i fysioterapi

2.5. Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem

Rapporteringsansvar(akkumulerte tall): kvalitetssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasientrelaterte					

hendelser:					
- Registrert totalt	208	393			
- Meldt HelseDirektoratet	3	3			
- Publisert	0				
- Meldt Helsetilsynet	0				
Medarbeiderrelaterte	125	230			
Driftsrelaterte	106	264			
Antall åpne hendelser	2014: 2 2015: 9 2016: 67 2017: 157	2015: 3 2016: 37 2017: 349		Forløpende saksbehandling og analyse. Ingen automatisk overføring av saker til nytt system i 2018.	Linjeledere og saksbehandlere Kvalitetssjef

Innføring nytt helhetlig kvalitetssystem

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Konvertering av dokumentasjon					kvalitetssjef
Produktutvikling				Følge sentral prosess i samarb. med leverandør. Ta i bruk dokumentstyringsdel 3. tertial	kvalitetssjef
Opplæring og bruk				Elæringsprogram er under utarbeidelse, dokumentstyringsdel tas i bruk 3. tertial	kvalitetssjef

3. Vurdering av tjenestetilbudet

3.1. Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef (lokal programleder)

Pasientsikkerhetsprogrammet er innført i henhold til plan

Innsatsområde	Antall relevante enheter	1.tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Samstemming av legemiddellister	7				Iverksette målinger regelmessige	klinikkjef
Trykksår	5					klinikkjef
Fall	7					klinikkjef
Ernæring	7				Fremdrift i henhold til plan	klinikkjef
Brukermedvirkning	7				Fremdrift i henhold til plan	klinikkjef
Pasientsikkerhetsvisitter	8					Adm.dir.

3.2. Klager fra pasient og pårørende

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasienter og brukere	6	5			Klinikksjef og klinikkoverlege
Pårørende					

3.3. Tilbakemeldinger fra interessenter

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

Indikatorer	1.tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Samarbeidspartnere					
Mediaomtale					
Andre					

3.4. Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn

Revisjonsprogram 2015-2016 (områder som gjenstår)

Rapporteringsansvar: Ledere for reviderte enheter

Revisjons-områder	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
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(områder som gjenstår)

Rapporteringsansvar: Ledere for reviderte enheter

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke-frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
1/16 Legemiddel-håndtering	Tilberedning av legemidler	Klinikk Bygg H	2	15.10. 2016	9697	
3/16 HMS	Smittevern	Service-senteret – ISS og Klinikk-bygg H	3	15.05. 2017	10743 10744	
4/16 Intern pasient-tilfredshets-undersøkelse	Svarprosent på intern pasienttilfredshets-undersøkelse	Klinikk Avd. oppfølging Avd. hjerneslag	1	15.10. 2017	9975	

Revisjonsprogram 2017-2018

Rapporteringsansvar: Ledere for reviderte enheter

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukke- frist	Ikke lukkede avvik	Forventet effekt
1/17 Legemiddel- håndtering	Legemiddelhåndtering i poliklinikk	Klinikk: Avd. PIA	1	01.12. 2017	11151	
2/17 Smittevern – Pasient- behandling	Bruk av langtidsliggende kateter under hele forløpet på SunHF	Klinikk: Avd. RMS Avd. OPF	1	01.11.2 017	11041-RMS 11042-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- pasient- sikkerhet	Sikkerhet i det store og det lille bassenget	Eiendom og service				

Miljørevisjoner 2017 – 2018

Rapporteringsansvar: Ledere for reviderte enheter

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
Periodisk revisjon 3 fra DNV-GL	28.11.2017	

Konsernrevisjoner

Rapporteringsansvar: Kvalitetssjef

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evaluering
u.a.		

Eksterne tilsyn

Rapporteringsansvar: Avdelingssjef eiendom og service

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, avværke, 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	0														
Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap - DSB															

Lokalt el-tilsyn													
Klima- og forurensningsdirektoratet													
Fylkesmannen miljøavd.													
Statens strålevern													
Kommunelege/bydelsoverlege													
Kommunalt brannvesen	0	0	0	6						5			I avvik fra brannsyn 2015 lukkes september 2017. 5 avvik fra brannsyn høst 2016 er i prosess. Fremdrift noe forsinket.
Luftfartstilsynet	1	0	0	0									Tilsyn 07.06.17. 2 korrektive merknader som er lukket
Riksrevisjonen													
Justervesenet													
Kommunal vann- og avløpsetat													
Antall	1	0	0	6						5			
Skjemaer er utfylt av:	Inger Nitteberg										Dato:	07.09.17	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Tidligere år skal også registreres og kommenteres

4. Vurdering av pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte

4.1. Henvisningsrutiner internt

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

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

4.2. Henvisningsrutiner RKE

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Andel nye henvisninger	4434	3800			
Andel elektroniske henvendelser	51,2%	60,4%			JIS / BK
Vurderingstid (virkedager)					
Median	7	10		Kun unntaksvis innhenting av tilleggsopplysninger. Reg av henvisninger samme døgn som mottatt RKE	JIS / LN ReHab-rådgivere
Gjennomsnitt	6,83	9,65		Kun unntaksvis innhenting av tilleggsopplysninger.	

4.3. Ikke planlagte utskrivelser

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

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

4.4. Pasienttilfredshet

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Primærrehabilitering > 90 %	88 %	97%			
Vurdering og oppfølging > 90%	88 %	90%			
Barn 0-5 år m/pårørende > 90 %	u.a.	u.a.			
Barn og unge 6-18 år m/pårørende > 90%	87 %	95%			
Poliklinikk > 90 %	100 %	100%			
Total svarprosent inneliggende >60	54,5 %	53,2%			

5. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

5.1. Endringer som kan påvirke kvaliteten

Rapporteringsansvar: Leder med ansvar for de ulike områdene

Områder	1.tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Leveranse fra Sykehuspartner inklusiv IMOD				Se oppfølgingsplan	Innovasjonssjef
Epikrisetid				Se oppfølgingsplan	Klinikksjef
Åpne dokumenter i DIPS				Se oppfølgingsplan	Klinikksjef
Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet				Se oppfølgingsplan	Adm.dir. v/prosjektleder
Økte kostnader til drift av bygningsmasse				Se oppfølgingsplan	Avdelingssjef eiendom og intern service

6. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering 3. tertial

Rapporteringsansvarlige: Leder med ansvar for de ulike områdene

Områder	Risiko	Korrigerende tiltak	Tiltaksansvarlig	Tidsfrist	Evaluering
1. Bygningsmessige Tilgjengelighet for rullestoler, heis, dørbredde, tilpassede omgivelser, m.m.					
2. Omgivelser og miljø Belysning, bråk, terapiareal som sikrer konfidensialitet, tilpasset møblement, m.m.					
3. Holdninger Alder, etnisk bakgrunn, sosialøkonomisk status, bruk av tilbakemeldinger, m.m.					
4. Økonomiske Finansieringssystem, m.m.	X	Helsetjeneste i Norge er gratis			
5. Arbeidsforhold Tilrettelegging, m.m.					
6. Kommunikasjon Oversettelse av materiell,					

kommunikasjonshjelpemidler, tolk, m.m.							
7. Teknologi							
7. Transport Transporttilbud til aktiviteter som tilbys, m.m.							
8. Integrering i samfunnet Muligheter for å kunne benytte tilbud om deltagelse i fritids-/sportsaktiviteter, m.m.							
9. Andre hindringer som identifiseres av pasienter/brukere, personalet og andre interessenter							

7. Ledelsens gjennomgåelse av ytre miljø – årlig evaluering 3. tertial

Rapporteringsansvar: Avdelingssjef eiendom og service

Områder	Status	Risiko	Korrigerende tiltak	Forventet effekt
Vurdering av status for tiltak fra tidligere gjennomgåelser som ledelsen har foretatt				
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				
Vurdering av i hvilken grad miljømål er oppnådd				
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				
Vurdering av om arbeidet med miljøledelse er tildelt tilstrekkelige ressurser				

Vurdering av relevant(e) henvendelser fra interessepartnere, inkludert klager				
Vurdering av muligheter for kontinuerlig forbedring				