

Til styret for Sunnaas sykehus HF

16. november 2017

Sak 54/17 Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2017

Forslag til vedtak

Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2017 tas til etterretning.

Sammendrag og konklusjoner

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) er et verktøy for å sikre god risikovurdering av virksomhetsstyringen, intern kontroll og kontinuerlig forbedring. Sykehusets mål og strategier og *Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF* skal, sammen med *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*, danne grunnlaget ledelsens gjennomgåelse og identifisering av risikoområder.

Ledelsens gjennomgåelse for 2. tertial 2017 bygger på resultat fra 1. tertial 2017 og styresak 46/17 Virksomhetsstatus og oppsummerer med følgende virksomhetsomfattende risikoområder med:

Høy risiko; rød sannsynlighet og konsekvens. Risikovurderingen tilsier at det ikke er mulig/trolig ikke mulig å nå målet. Begrunnelsen kan være korte tidsrammer eller omfattende utfordringer som gjelder tidsrammer, kompetanse eller kostnader:

- Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet – uendret risiko
- Sykefravær – økt risiko

Moderat risiko; gul sannsynlighet og konsekvens. Måloppnåelse ligger bak skjema, det er fremdeles mulig å nå målet, men det fordrer ekstra innsats (nummererte risikoområder viser til prioriterte regionale mål):

- Ekstern finansiering forskning – uendret risiko
- Leveranse fra Sykehuspartner – moderat økt risiko
- Samstemming legemiddellister – uendret risiko
- Epikrisetid – uendret risiko
- 4) Involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen – uendret risiko
- Økte kostnader til drift av bygg – uendret risiko
- Forbedringsplan etter CARF-akkreditering 2015 – moderat redusert risiko
- Deltakelse i brannvernopplæring / beredskapsøvelser – uendret risiko
- Antall åpne dokumenter i DIPS – moderat økt risiko

Lav risiko; grønn sannsynlighet og konsekvens. Målet er nådd eller det går som planlagt eller bedre:

- 5) Økonomisk handlingsrom – uendret risiko
- 2) Sykehusinfeksjoner – uendret risiko
- 1) Ventetider og fristbrudd – uendret risiko
- 3) Timeavtale samme med bekreftelse på mottatt henvisning – redusert risiko

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.

Risikoeiere er fra 2. tertial tydeliggjort i skjema som beskriver mulige tap tilknyttet områder i risikobildet (side 2 i vedlegg 1). Forbedringstiltak rettet mot områder med høy og moderat risiko er beskrevet i vedlagte oppfølgingsplan for LGG 2. tertial 2017, samt i styresak 46/17 Virksomhetsstatus pr. 31.08.2017.

Bakgrunn for saken

Sunnaas sykehus HF's mål og strategier og *Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF*, skal sammen med *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*, danne grunnlaget for mal for ledelsens gjennomgåelse og identifisering av risikoområder.

Ledelsens gjennomgåelse skal besvare følgende:

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

Sunnaas sykehus HF er fra 2014 miljøsertifisert etter ISO 14001. ISO setter krav til at den øverste ledelsen en gang i året gjennomfører LGG av miljøfaktorer som påvirker det ytre miljø. Resultatet av LGG skal omfatte alle beslutninger og tiltak som angår mulige endringer av miljøpolitikk, miljømål og -delmål og andre elementer av miljøstyringssystemet i henhold til forpliktelsen til kontinuerlig forbedring.

LGG 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.

Einar Magnus Strand
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. LGG 2. tertial 2017 - Virksomhetsomfattende risikovurdering
2. LGG 2. tertial 2017 - Oppfølgingsplan