

Ledelsens gjennomgåelse 2. tertial 2018

Risikostyring

Sunnaas sykehus HF

v/ adm.dir. Einar Magnus Strand

Innhold

- 1. Innledning**
- 2. Risikobilde – oppsummering**
- 3. Vurdering av måloppnåelse 2018**
 - 3.1. Overordnede mål Helse Sør-Øst RHF
 - 3.2. Er et høyspesialisert nasjonalt rehabiliteringssykehus, og et kunnskapsbasert konsept for rehabilitering som andre aktører i hele behandlingsskjeden kan delta i og arbeide etter
 - 3.3. Er blant de 10 beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer
 - 3.4. Styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og bidrar til at pasienter i hele landet har tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi
 - 3.5. Er en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning og innovasjon
 - 3.6. Sunnaas sykehus HF dokumenterer effekt på aktivitet, samfunnsdeltakelse og kostnadseffektivitet for alle sine rehabiliteringsprogrammer
- 4. Vurdering av faglige eller administrative prosesser**
 - 4.1. Oppfølging av CARF-områder som gjennomføres regelmessig
 - 4.2. Gjennomførte årlige CARF analyser
 - 4.3. Brann- og vernerunder
 - 4.4. Obligatorisk opplæring
 - 4.5. Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem
- 5. Vurdering av tjenestetilbudet**
 - 5.1. Pasientsikkerhetsprogrammet
 - 5.2. Klager fra pasient og pårørende
 - 5.3. System for tilbakemeldinger fra interessenter
 - 5.4. Tilbakemeldinger fra interessenter
 - 5.5. Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn
- 6. Vurdering av pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte**
 - 6.1. Henvisningsrutiner internt
 - 6.2. Henvisningsrutiner RKE
 - 6.3. Pasienttilfredshet
- 7. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet**
 - 7.1. Endringer som kan påvirke kvaliteten
- 8. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering 3. tertial**
- 9. Ledelsens gjennomgåelse av ytre miljø – årlig evaluering 3. tertial**

Vedlegg:

- 1. Oppfølgingsplan for Ledelsens gjennomgåelse**

1. 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 (LGG) 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

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.

Fremgangsmåte

LGG gjennomføres hvert tertial på tre nivåer i organisasjonen.

Ledere vurderer 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.

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 Helse Sør-Øst.

2. Risikobilde - oppsummering av 2. tertial 2018

S A N N S Y N L I G H E T	5 Svært stor			> 1		
	4 Stor	≥ 10		> 2 > 3 > 4		
	3 Moderat		ny 16	> 5 > 8		
	2 Liten		> 14 > 15	≥ 6 ≥ 7	> 9	ny 13
	1 Meget liten			> 11 > 12		
		1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
KONSEKVENS						

* prioriterte regionale målområder er uthevet

1. Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet
2. Ekstern finansiering av forskning
3. Leveranse fra Sykehuspartner inkludert IMOD
4. Deltagelse i brannvernopplæring og beredskapsøvelser
5. Samstemming av legemiddellister
6. Sykefravær
7. Epikrisetid
8. GDPR
9. Datasikkerhet
10. Antall åpne dokument i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
- 11. Økonomisk handlingsrom**
- 12. Sykehusinfeksjoner**
13. Uklarheter om midler til aktivitetsvekst fra HSØ RHF
- 14. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**
- 15. Ventetider og fristbrudd**
16. Svarprosent Sunnaas pasienttilfredshetsundersøkelse

Analyse av mulige tap tilknyttet områder i risikobildet

Risikoområder	Risikoeier	Konsekvenser for pasientsikkerhet (beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens)	Konsekvenser for arbeidsmiljø/ansatt (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 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	Forskningsdirektør	Lav Ingen konsekvenser	Moderat Mindre forskning, demotiverte medarbeidere	Alvorlig Nedskjæringer og strammere økonomi for forskning som kan føre til nedbygging av forskningen
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.
Deltakelse i brannvern-opplæring/beredskapsøvelser	HR-dir.	Alvorlig Kan medføre at ansatte på jobb ikke har nødvendig opplæring til å sikre pasienter ved kritiske hendelser som brann og behov for HLR. Pasienter opplever at ikke er trygt å	Moderat Kan medføre usikkerhet blant ansatte om kollegers kompetanse på området. Utrygt arbeidsmiljø. Kan bli vanskelig å få dekket ubekvemme vakter med få ansatte på jobb.	Lav Dersom ansatte i sykehuset ikke blir fordelt til oppsatte øvelser, er konsekvens at det må planlegges nye øvelser og gir merkostnad for sykehuset i hht avtalt leveranse. I tillegg merkostnader ved økt

		være pasient i sykehuset. Spesielt kritisk på vakter med få ansatte på jobb (natt, helg mv)		internt ressursbruk for adm. av ny øvelse.
Uklarhet om midler til aktivitetsvekst fra HSØ RHF	Økonomidir.	Lav Kan på lang sikt medføre dårligere utviklet tilbud.	Moderat Kan føre til høyere arbeidsbelastning.	Moderat Kan føre til lavere aktivitetsvekst og senere dreining i å flytte heldøgn til poliklinikk og ta i bruk elektroniske hjelpemidler som videokonsultasjoner. Årsaken er at lavere finansiering ikke dekker økte kostnader i overgangsfaser.
Åpne dokumenter i DIPS	Klinikksjef	Moderat Teamet kan bli usikre på hvilke tiltak som er gjennomført med pasienten Får ikke sendt dokumentasjon videre.	Lav Andre ansatte vil ikke ha tilgang til nødvendige dokumenter. Økt arbeidsbelastning i en periode.	Lav Kan føre til overtid i snuoperasjonen
Samstemming av legemiddellister	Klinikksjef	Alvorlig Informasjon om legemidler i bruk når ikke pasient og behandlende instans til rett tid	Moderat Kan medføre konsekvenser for ansatt som ikke er orientert om legemidler i bruk og dermed gir feil legemiddel	Lav Kan få konsekvenser for sykehusets omdømme
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.
Epikrisetid	Klinikksjef	Alvorlig 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

GDPR	Innovasjons-sjef	Moderat Tap av helseopplysninger. Tilgjengelighet av helseopplysninger	Lav Kan medføre konsekvenser for arbeidsmiljø eller ansatt	Moderat Omdømme og økonomi.
Datasikkerhet	Innovasjons-sjef	Moderat Tap av helseopplysninger. Tilgjengelighet av helseopplysninger	Lav Kan medføre konsekvenser for arbeidsmiljø eller ansatt	Moderat Omdømme og økonomi – ref HSØ Outsourcing.
Svarprosent Sunnaas pasienttilfredshetsundersøkelse	Klinikkssjef	Moderat Mottar få forslag fra pasienter til forbedringsområder som gjelder pasientsikkerhet	Moderat Mottar få forbedringsforslag fra pasienter til forbedringsområder som gjelder rehabiliteringstilbud et	Lav Mottar få tilbakemeldinger fra pasienter til forbedringsområder som gjelder verdier og omdømme

Risikobilde forrige tertial: 1. tertial 2018

S A N N S Y N L I G H E T	5 Svært stor	> 10		> 1		
	4 Stor			> 2 > 3 > 4		
	3 Moderat			> 5 ≥ 6 > 7 ny 8		
	2 Liten		> 14		ny 9	
	1 Meget liten	> 15		> 11 > 12 ≥ 13		
		1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
KONSEKVENNS						

* prioriterte regionale målområder er uthevet

1. Bygg D og K fremstår ikke som fremtidsrettet for klinisk virksomhet

2. Ekstern finansiering av forskning
3. Leveranse fra Sykehuspartner inkludert IMOD
4. Deltagelse i brannvernopplæring og beredskapsøvelser
5. Samstemming av legemiddel-lister
6. Sykefravær
7. Epikrisetid
8. GDPR
9. Datasikkerhet
10. Antall åpne dokument i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
- 11. Økonomisk handlingsrom**
- 12. Sykehusinfeksjoner**
13. Tilgjengelighetsplan
- 14. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**
- 15. Ventetider og fristbrudd**

3. Vurdering av måloppnåelse 2018

3.1. Overordnede mål Helse Sør-Øst RHF

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.

Rapporteringsansvar: klinikkjef

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

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Rapporteringsansvar: klinikkjef

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

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Rapporteringsansvar: klinikkjef

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
					Linjeledere

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Rapporteringsansvar: økonomidirektør

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

3.2. 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

Modell for teknologisk intervensjonssenter er etablert og prøves ut

Rapporteringsansvar: innovasjonssjef

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

Plan for strategisk rekruttering og utvikling av kritisk kompetanse på definerte fagområder er utarbeidet og tatt i bruk

Rapporteringsansvar: HR-direktør

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

Nasjonale og regionale oppgaver for Sunnaas sykehus er besluttet slik de er beskrevet i utviklingsplanen

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

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

Prosjekt for kartlegging av andel pasienter med særskilte rehabiliteringsbehov grunnet tilleggsdiagnoser innen rus og psykiatri, er gjennomført

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

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

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

Minst ni av ti primærpasienter som svarer i sykehusets interne pasienttilfredshetsundersøkelse uttrykker at de opplever en godt planlagt utskrivelse

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
80,9%	77,7%		Det er utarbeidet handlingsplan som skal følges	klinikkssjef

Elektroniske timeplaner er et tilbud til alle pasienter

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Er implementert i avd. VRD, MNB, OPF og i prosess på de øvrige avdelinger	klinikkssjef

Eget ungdomsallrom er etablert

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Planlagt hospitering for å vurdere andre	klinikkssjef

			sykehus som har ungdomsrom. Plan for arealer skisse før sommeren Prosjektet er beskrevet og milepælsplan er utarbeidet.	
--	--	--	---	--

3.4. 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

Det er gjennomført minst ett pilotprosjekt i bruk av samvalgsværktøy

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

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

Kvalitetssikrede beskrivelser av alle rehabiliteringsprogram finnes på sunnaas.no

Rapporteringsansvar: kommunikasjonsdirektør

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

Det er definert læringsmål for pasientene i alle rehabiliteringsprogram

Rapporteringsansvar: klinikksjef

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Det utarbeides retningslinjer/mal for hvordan læringsmål skal defineres. Det defineres tils. 20 læringsmål for rehabiliteringsprogram i de ulike programfora	Klinikksjef Avdelingsoverleger i programfora

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

Sunnaas er aktiv partner i minst tre internasjonale multisenterstudier

Rapporteringsansvar: forskningsdirektør

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

System for brukermedvirkning i forskning er etablert

Rapporteringsansvar: forskningsdirektør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Mer detaljert system for brukermedvirkning er under bearbeiding.	

To innovasjoner sykehuset har utviklet er tatt i bruk av andre

Rapporteringsansvar: innovasjonssjef

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

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

Kvalitetsregister er etablert

Rapporteringsansvar: klinikkssjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Prosjekt-plan og gruppen er etablert med fremdriftsplan.	Klinikkoverlege

Samarbeid med helseøkonomisk fagmiljø er formalisert

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			Masterstudent ansatt i foretaket søker å knytte kontakter med helseøkonomiske miljø både i Norge og Storbritannia under studiene. <i>Effekt:</i> Har i løpet av to år formell kontakt med miljøet på UiO.	Leder RKR

4. Vurdering av faglige eller administrative prosesser

4.1. Oppfølging av CARF-områder som gjennomføres regelmessig

Rapporteringsansvar: ledere for rapporterte ansvarsområder

Risikoområder	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Kvalitetsrapport 2017					
Årlig analyse av kritiske hendelser					

4.2. Gjennomførte årlige CARF-analyser for 2017

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Virksomhetsomfattende områder	Gjennomføres	Forventet effekt	Tiltaksansvarlig
1.H.10. Kritiske hendelser er vurdert og resultert i en skriftlig analyse gjennomført av eller demonstrert for ledelsen	1. tertial		Fagdirektør
1.K.4. Analyse av alle formelle klager	1. tertial		Klinikkssjef
1.N.1. Resultatanalyse	1. tertial		Økonomidir. Og Klinikkssjef
For alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram			

2.A.15. Skriftlig analyse av avslag, uegnete henvisninger, avbrutte opphold	1. tertial		Klinikksjef
2.A.26.b. Skriftlig analyse av sårutvikling for hvert program (ny i 2017): RMS, TBI og SLA	3. tertial: Lage et system for å registrere antall sår som oppstår		Klinikksjef
2.B.46.a. Årlig analyse av et representativt utvalg av pasientjournaler	3. tertial		Klinikksjef
3.A.15.b. Analyse av ikke-planlagte utskrivelser <i>Se også 3.L.38.b. i Smerterehabiliteringsprogrammet</i>	1.tertial		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>	3. tertial		Klinikksjef
3.B.4. Poliklinikk/dagtilbud: Skriftlig årlig analyse av uteblivelser, kanselleringer og avbrutte opphold <i>Se også 3.L.32. i Smerterehabiliteringsprogrammet</i>	1.tertial		Klinikksjef
Hjerneskode Rehabiliteringsprogram			
3. H.33.b. Analyse av tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og interessenter	2. tertial		Klinikksjef
Hjerneslag Rehabiliteringsprogram			
3.K.24.b. Analyse av medisinsk status ved utskrivelse	2. tertial: Utarbeide prosedyre for innhenting av data		Klinikksjef
Smerte Rehabiliteringsprogram			
3.L.33.b. Analyse av resultater av smerterehabiliteringsprogrammet	3. tertial		Klinikksjef
3.L.34. Årlig analyse av det tilbudet som gis	1. tertial		Klinikksjef

4.3. Brann- og vernerunder (to ganger årlig)

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Linje- og stabsledere

4.4. Obligatorisk opplæring

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Områder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Informasjonssikkerhet (Inkl. obl.opplæring)				Området kvitteres for i medarbeider-samtalen, skal følges tettere opp av ledere	Enhetsleder IKT
Sikkerhet og beredskap: Obligatorisk opplæring brann og HLR	Totalt for hele klinikken 292 ansatte	Totalt for hele sykehuset 368		Arrangere flere kurs i oktober/ november i tillegg til god informasjon ut til ledere og ansatte.	HR-dir. Ledere nivå 2 og 3
Medisinsk utstyr: elektromedisinsk og annet fysikalsk utstyr					Klinikkoverlege

4.5. Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem

Rapporteringsansvar (akkumulerte tall): kvalitetssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasientrelaterte hendelser:					
- Registrert totalt	277	431			
- Meldt Kunnskapssenteret	2	3			
- Publisert	0	2			
- Meldt Helsetilsynet	0	0			
Medarbeiderrelaterte	56	138			
Driftsrelaterte	163	251			
Antall åpne hendelser	2016: 17 2017: 150 2018: 190	2016:14 2017:113 2018:294			

Innføring nytt helhetlig kvalitetssystem

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Dokumentstyring				Forsinket fremdrift for fellesprosjekt. Venter på forbedret programversjon og elæringsprogram for ledere.	Fagdir. og kvalitetssjef
Forbedring				Forsinket utvikling av system og leveranse. På vegne av prosjektet Forhandler SP med	Fagdir. og kvalitetssjef

				leverandør.	
--	--	--	--	-------------	--

5. Vurdering av tjenestetilbudet

5.1. 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	3	3		Forenkle prosedyre Individuell oppfølging av leger Spredningsplan Målinger Se oppfølgingsplan	Klinikkssjef Lokal programleder Innsatsleder
Trykksår	5	5				
Fall	7	7				
Ernæring	7	7	7		Undervisning og oppfølging i bruk av screeningskjema	Ernæringsfysiolog, kvalitetsrådgiver og sykepleiere i klinikk
Brukermedvirkning	5	1				Lokal programleder og Klinikkssjef
Pasientsikkerhetsvisitter	8	8				
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand på sengepost					Nytt innsatsområde høsten 2018	Klinikkssjef

5.2. Klager fra pasient og pårørende

Rapporteringsansvar: Klinikkssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasienter og brukere	3	5		Hver klager blir behandlet og svart opp individuelt	Klinikkssjef og klinikkoverlege
Pårørende	0	2		Hver klager blir behandlet og svart opp individuelt	Klinikkssjef og klinikkoverlege

5.3. System for tilbakemeldinger fra interessenter

Rapporteringsansvar: kommunikasjonsdirektør

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

Overordnet system					
System pr. rehab.program				Interessenter er identifisert, forslag til questback-undersøkelse utarbeidet. Tilbakemeldinger innhentes i 2018.	

5.4. Tilbakemeldinger fra interessenter

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

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

5.5. Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn

Revisjonsprogram 2017-2018 (ikke avsluttet)

Rapporteringsansvar: Leder for reviderte enhet

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukkefrist	Ikke lukkede avvik i TQM Helse	Forventet effekt
2/17 Smittevern – Pasient-behandling	Bruk av langtids-liggende kateter under hele forløpet på SunHF	Klinikk: Avd. RMS Avd. OPF	1	01.11. 2017	OPF: 11042	Sikre rutiner for bruk av langtids-liggende kater
3/17 Pasient-sikkerhet	Elektronisk pasientjournal: rutiner for nødjournaler	Klinikk: Avd. TBI Avd. SLA	2	17.01. 2018	SLA: 11558 11559	Etterleve rutiner for nødjournaler

Revisjonsprogram 2018 – 2019

Rapporteringsansvar: Leder for revidert enhet

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukkefrist	Ikke lukkede avvik i TQM Helse	Forventet effekt
1/18 Pasient-sikkerhet	Istandgjøring og utdeling av legemidler	Klinikk: Avd. SLA og Avd. RMS	1	01.11. 2018	SLA: 12374 RMS: 12375	Kun skriftlig ordinerings av legemidler
2/18 HMS	Arbeidsantrekk –prosess for	(Enhet for eiendom)	3	01.11. 2018	12294 12295	Bedret hygiene

	bruk og håndtering av arbeidstøy	og intern service) og <i>Klinikk:</i> Enhet for leger og sekretærer			12297	
3/18 Miljøledelse	Anskaffelser: Etterlevelse av lov-, forskrifts- og eierkrav til miljøhensyn ved anskaffelser	Forskning og Enhet for eiendom og intern service				
4/18 Pasient-sikkerhet	Diagnose-koding av innlagte pasienter - oppfølging av prosedyre for setting av hoveddiagnoser og bidiagnoser i elektronisk pasientjournal	<i>Klinikk:</i> Enhet for leger og sekretærer				<i>Gjennomføres 29.08.2018</i>
5/18 Pasient-sikkerhet	Antall åpne dokumenter i elektronisk pasientjournal som er mer enn 14 dager gamle	<i>Klinikk:</i> Avd. PIA og Avd. TBI				
6/18 Pasient-sikkerhet	Bruk av skjema for «Informasjon til pasient»	<i>Klinikk:</i> Avd. SLA og Avd. MNB				
7/18 HMS	Vold og trusler rettet mot helsepersonell - oppfølging av skade på ansatt	<i>Klinikk:</i> Avd. RMS og Avd. VRD				

Revisjon miljøsertifisering ISO 14001

Rapporteringsansvar: Avdelingsjef eiendom og service

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evalueringsstatus
Revisjon fra DNV GL	Høsten 2018	

Konsernrevisjoner

Rapporteringsansvar: Kvalitetssjef

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evaluering
Pasientsak	Våren 2018	Endelig rapport er under utarbeidelse av konsernrevisjonen. Vi har gitt våre uttalelser til rapportutkast både i møte og skriftlig.

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, 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														
Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap - DSB														
Lokalt el-tilsyn														
Klima- og forurensningsdirektoratet														

Fylkesmannen miljøavd.																				
Statens strålevern																				
Kommunelege/bydelsoverlege																				
Kommunalt brannvesen																				
Luftfartstilsynet																				
Riksrevisjonen																				
Justervesenet																				
Kommunal vann- og avløpsetat																				
Antall	0	0	0	0																Ingen tilsyn 2.tertial 2018. Alle avvik fra tidligere tilsyn lukket
Skjemaer er utfyllt av:	Inger Nitteberg											Dato:	05.09.18							

* 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

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

6.1. Henvisningsrutiner internt

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

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

6.2. Henvisningsrutiner RKE

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Andel nye henvisninger	4466	3515			Enhetsleder RKE
Andel elektroniske henvendelser	62,6%	57,8%		Etablering av Digipost	Enhetsleder RKE
Vurderingstid	Gj.snitt:	Gj.snitt			Enhetsleder RKE

	7,84 Median: 6	7,8 Median 6			
--	----------------------	-----------------	--	--	--

6.3. Pasienttilfredshet

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Primærrehabilitering > 90 %	93%	89%			
Vurdering og oppfølging > 90%	93%	91%			
Barn 0-5 år m/pårørende > 90 %	0	0			
Barn og unge 6-18 år m/pårørende > 90%	82%	91%			
Poliklinikk > 90 %	95%	94%			
Total svarprosent >60	50,9%	40,6%		Kvalitetssikre rutiner og forberede halvelektronisk gjennomføring av undersøkelsen fra 2019	

7. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

7.1. Endringer som kan påvirke kvaliteten

Rapporteringsansvar: Leder med ansvar for rapporterte områder

Områder	1.tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Ekstern finansiering forskning				Se oppfølgingsplan	Forskningsdirektør
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
Datasikkerhet				Se oppfølgingsplan	Innovasjonssjef v/informasjons-sikkerhetsansvarlig
GDPR				Se oppfølgingsplan	Innovasjonssjef v/personvernombud
Uklarhet om midler til aktivitetsvekst fra				Se oppfølgingsplan	Økonomidir.

8. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering 3. tertial

Rapporteringsansvarlige: Ledere med ansvar for de ulike områdene

Områder	Beskrivelse	Risiko	Forbedringstiltak	Tiltaksansvarlig
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.				
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				
----------------------	--	--	--	--

9. 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				