

Forbedringstiltak i administrativt og klinisk arbeid

Sunnaas sykehus HF

Status mai/2019



SUNNAAS SYKEHUS



Innhold

Innhold

Innhold	2
1 Bakgrunn	3
2 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) - akkreditering siden 2006.....	3
3 Konsernrevisjon 2011: Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sunnaas sykehus HF.....	3
4 Stortingsmelding nr. 10 2012.....	4
5 Konsernrevisjon 2015 virksomhetsstyring.....	4
6 Ledelsesforskriften av 2017	4
7 Konsernrevisjon 2018 pasientsak	4
8 Administrative rutiner, handlingsplan	4
9 Årlige revisjonsplaner	5
10 Årlig melding	5
11 Årlig kvalitetsrapport.....	5
12 Tertialvis ledelsens gjennomgåelse – 3. kvartal oppsummerer hvert år	6
13 Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»	6
14 Konklusjon	6

1 Bakgrunn

Vedtak fra styremøte 27.3.2019:

Sak 14/19 Oppfølging vedtak Rapport konsernrevisjon

Styret ber administrasjonen om å legge frem en samlet oversikt, en oppsummering, over alle forbedringstiltak, samt revisjoner, som er gjennomført de siste årene i en egen styresak i styremøtet 27. mai. Dette vil danne et godt grunnlag for styrets videre oppfølging av foretakets risikovurderinger, internkontroll og etterlevelse.

Sykehuset driver kontinuerlig forbedringsarbeid i det administrative og det kliniske arbeidet. Det gjøres risikovurderinger, gjennomføres internrevisjoner og arbeides med opplæring. Dette kommer frem av følgende redegjørelse som viser konkret hva som er gjort og systemet sykehuset legger til grunn i sitt forbedringsarbeid.

2 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) - akkreditering siden 2006

Sunnaas sykehus HF oppnådde for første gang tre års akkreditering av CARF i 2006. I tillegg til virksomhetsstyringen, ble program for traumatisk hjerneskade og program for ryggmargsskade akkreditert. Senere er alle rehabiliteringsprogram akkreditert hvert for tre år, sist i 2018.

CARF Accreditation Report 2018 dokumenterer at Sunnaas sykehus HF kan vise til solid samsvar med standardene. Den beskriver sykehusets mange styrker og peker på at det tilbys gode spesialprogrammer både regionalt og nasjonalt. Områder som rapporten fremhever spesielt, er den oppmerksomheten som er gitt innovasjon og teknologi og ressursene som er dedikert til dette. Sykehuset berømmes også for tilbud og ressurser satt av til tilpassete sportsaktiviteter.

3 Konsernrevisjon 2011: Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sunnaas sykehus HF.

Det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerheten i sykehusene. Med bakgrunn i dette gjennomførte konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF revisjoner av helseforetakenes interne styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet. Revisjonsrapporten, som ble ferdigstilt i desember 2011, omhandler det pasientadministrative arbeidet for elektive behandlinger på Sunnaas sykehus HF.

4 Stortingsmelding nr. 10 2012

Stortingsmelding 10: God kvalitet – trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjeneste, ble godkjent i statsråd 7. 12.2012.

Følgende områder har vært førende for forbedringsarbeidet som har pågått i sykehuset siden 2013.

- Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet
- Kvalitetsforbedring i tjenestene
- Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
- Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder
- Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

5 Konsernrevisjon 2015 virksomhetsstyring

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2014-2015, fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF, revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sunnaas sykehus HF. Formålet med revisjonen var å kartlegge, vurdere og bidra til forbedringer av prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder.

Revisjonsrapporten ble presentert for styret 27.3.2015, og viser til forbedringsområder innen de tre områdene. Forbedringsarbeid er gjennomført i henhold til plan.

6 Ledelsesforskriften av 2017

Ledelse av kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten trådte i kraft 1.1.2017, og det er utarbeidet en veileder til forskriftene. Denne ble sist endret 20.10.2018. Forskriftene er tatt i bruk i sykehuset, og danner i dag grunnlaget for det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Forskriftene er bl.a. innlemmet i dokumentet som gjelder for «Rollefordeling, fullmakter og fullmaktstruktur».

7 Konsernrevisjon 2018 pasientsak

Revisjon i pasientsak pågikk gjennom 2018 som følge av en sak som hadde pågått siden 2006/2007. Saken har vært behandlet i mange offentlige instanser, senest av Sivilombudsmannen i 2017. Sivilombudsmannen reiste kritikk mot saksbehandlingen ved sykehuset. Det ble, for å sikre en fullstendig gjennomgang av saken, gjennomført en konsernrevisjon. Følgene av revisjonen var at ytterligere svakheter ved sykehusets saksbehandlingsrutiner ble belyst. Det har vært nedlagt vesentlig arbeid for å sikre gode rutiner i etterkant av denne saken.

8 Administrative rutiner, handlingsplan

Se egen rapport, vedtatt i styret 27.3.19: Sak 14/19 Oppfølging vedtak Rapport konsernrevisjon

9 Årlige revisjonsplaner

Et revisjonsprogram viser en samling av en eller flere revisjoner som er planlagt for en bestemt tidsperiode og rettet mot et definert mål. Omfanget av et revisjonsprogram kan variere, og vil påvirkes av organisasjonens størrelse, type og kompleksitet. Ved Sunnaas sykehus HF planlegges revisjonsprogrammet med bakgrunn i følgende:

- Gjeldende lovverk for spesialisthelsetjenesten (HMS, miljøstyring, legemiddelhåndtering, medisinteknisk utstyr, m.m.)
- Interne og eksterne krav
- Risikoområder rapportert i Ledelsen gjennomgåelse (LGG)
- Krav i kvalitetssystemet CARF
- Risikoområder og forbedringsområder meldt i det elektroniske forbedringssystemet
- Risikoområder rapportert etter vernerunder

Revisjonsprogrammet planlegges for ett år om gangen. Planleggingsarbeidet starter etter at ledelsens gjennomgåelse for 3 tertial er evaluert. Det rapporteres tertialvis til styret om status og resultat for gjennomføring av revisjonsprogrammet.

10 Årlig melding

Årlig melding benevnes som "Årets viktigste dokument". Helseforetakenes mal utarbeides etter en felles mal fra HSØ RHF. Det er forutsatt at meldingen er utarbeidet etter forutgående prosess i helseforetaket og med medvirkning fra brukere og tillitsvalgte, samt at meldingen er behandlet i helseforetakets styre. Grunnlagsdokumentasjon (maler) og tidsfrister blir årlig gitt fra HSØ RHF.

Årlig melding i de senere årene hatt en enhetlig hovedinndeling:

- Del I: Innledning og sammendrag
- DEL II: Rapporteringen
- DEL III: Styrets plandokument
- DEL IV: Vedlegg

11 Årlig kvalitetsrapport

Årlig kvalitetsrapport inneholder resultat av utvalgte kvalitetsindikatorer (KPI) innen pasienttilbudet. Målgruppene for kvalitetsrapporten er pasienter og pårørende, ansatte og andre interessenter. Indikatorene velges ut av ledere på bakgrunn av områder i Oppdrag- og bestiller dokumentet fra Helse Sør- Øst RHF og anbefalinger i kvalitetssystemet CARF. CARF anbefaler at det gjennomføres en evaluering av resultatinformasjon innenfor områdene tilgjengelighet på tilbudet, effekt, effektivitet og tilfredshet. Rapporten beskriver også planlagte forbedringstiltak innenfor hvert område.

Kvalitetsrapporten blir oversatt til engelsk og gjøres tilgjengelig for interessenter på sunnaas.no.

12 Tertilvis ledelsens gjennomgåelse – 3. kvartal oppsummerer hvert år

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) er et av Helse Sør-Øst sine mest overordnede verktøy for å sikre oppfyllelse av alle relevante lovkrav, måloppnåelse, vurdering av oppfølging av risiko i virksomhetene og forbedring. LGG skal bidra til å sikre at ledere har intern kontroll. LGG 3. tertial viser en oppsummert status etter hele det foregående året, og danner grunnlaget for videreføring av risiko-områder i det kommende år. Hver LGG inkluderer en oppfølgingsplan, som beskriver planlagte forbedringstiltak knyttet til risikoområdene i risikobildet.

Tertilvis LGG presenteres for sykehuset styre, og er tilgjengelig på sunnaas.no som del av styredokumentasjonen.

13 Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»

Sunnaas sykehus HF har innført de av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» som er aktuelle for medisinsk rehabilitering. Det er stort engasjement i sykehuset, og arbeidet med kontinuerlig forbedring er godt forankret i klinikken. Utvikling av innsatsområdene presenteres regelmessig for ledergruppen.

To ganger i året gjennomfører sykehusets øverste ledelse pasientsikkerhetsvisitter i alle enheter som tilbyr pasientbehandling. Ordningen blir etterspurt og er godt mottatt i organisasjonen.

Det er vedtatt at tema kvalitet og pasientsikkerhet skal være på agendaen i alle ledermøter.

14 Konklusjon

Som det fremgår av denne samlede oversikten/oppsummeringen, har Sunnaas sykehus et godt grunnlag for å arbeide systematisk med risikovurderinger, internkontroll og etterlevelse av lovpålagte krav, internasjonal akkreditering, nasjonale retningslinjer og egne føringer, både i det administrative og i det kliniske arbeidet. Sykehuset har etablert systemer for hvordan organisasjonen kan lære av feil for å sikre god saksbehandling og trygg pasientbehandling.
