

# Ledelsens gjennomgang

3. tertial 2020



SUNNAAS SYKEHUS



**Utvikling av risikoområder fra avsluttet tertial (31.12.20) til aktuelt styremøte (19.02.21)**

Risikoområde	Utvikling fra 31.12.20 til 19.02.21	Risikoeier
1. ISF-regelverket for rehabilitering uhensiktsmessig og uklart	Helsedirektoratet har fått mange innspill på utfordringene med dagens system, og ambisjonen er at de innen påske presentere noen endringsalternativer og har som mål om å innføre noen endringer fra 2022.	Klinikkoverlege
2. Samstemming av legemiddellister	Månedlige målinger og formidling av resultat til alle 7 avdelinger - satt i system med forbedringsteam.  Januarmåling viser positiv utvikling i 5 av 7 avdelinger	Klinikksjef
3. Bygg – vedtak om investeringsbeslutning er ikke berammet	Tett dialog med Helse Sør-Øst	Prosjektleder
4. Økt ventetid (gj.snitt ventetid, passert planlagt tid og punktmåling) Se tiltak oppfølgingsplan 3 tertial	<b>Utvikling fra desember til februar</b>  Gj.snitt ventetid: fra 67,1 til 57,7  Passert planlagt tid: fra 11, 1 % til 10,1 %  Punktmåling: fra 294 dager til 210 dager  Viser til driftsorientering om bruk av 5 senger ekstra på avdeling vurdering	Klinikksjef
5. Bruk av brutto månedsverk	Brutte månedsverk i januar 588,2 og for februar 570	Klinikksjef
6. Leveranse fra Sykehuspartner inkludert STIM (Standardisering og IKT infrastruktur-modernisering)	Det er gjennomført strategisk kundemøte mellom SunHF og Sykehuspartner i januar.	Innovasjonssjef
7. Informasjonssikkerhet/personvern	Uten anmerkning	Innovasjonssjef
8. Samarbeidsavtaler: tilbud for helse og arbeid - mangler avklaring av finansiering og aktivitetsnivå	Uten anmerkning	Økonomidirektør

## Innhold

0. Innledning.....	4
<b>1. Risikobilde – oppsummering .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Vurdering av måloppnåelse .....</b>	<b>8</b>
2.1 HØYSPESIALISERT REHABILITERING .....	8
2.2 KOMPETANSEFORMIDLING .....	11
2.3 FORSKNING OG INNOVASJON .....	16
2.4 Mål i Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF .....	18
2.5 Andre oppgaver i Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF .....	19
2.6 Oppfølging av HMS handlingsplan.....	19
2.7 Oppfølging av Miljøhandlingsplan .....	20
<b>3. Vurdering av faglige eller administrative prosesser.....</b>	<b>20</b>
3.1. Prosess mot CARF-akkreditering i 2021.....	20
3.2. CARF-analyser for 2020 .....	21
3.3. Risikoanalyser HMS .....	22
3.4. Gjennomført Brann- og vernerunder to ganger årlig .....	22
3.5. Obligatorisk opplæring .....	22
3.5.1. Informasjonssikkerhet – GDPR .....	23
3.6. Sikker bruk av Public 360.....	23
3.7. Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem .....	23
3.7.1. Uønskede hendelser i TQM Helse.....	24
<b>4. Vurdering av tjenestetilbudet .....</b>	<b>24</b>
4.1. «I trygge hender 24-7» .....	24
4.2. Pasienttilfredshet .....	25
4.3. Klager fra pasient og pårørende.....	25
4.4. Tilbakemelding fra medarbeidere .....	27
4.5. Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn.....	27
<b>5. Vurdering av pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte .....</b>	<b>30</b>
5.1. Epikrisetid .....	30
5.2. System for tilbakemeldinger fra interessenter .....	30
5.3. Tilbakemeldinger fra interessenter .....	30
5.4. Henvisningsrutiner Regional koordinerende enhet - RKE .....	30
<b>6. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet .....</b>	<b>31</b>
6.1. Endringer som kan påvirke kvaliteten .....	31
<b>7. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering 3. tertial.....</b>	<b>33</b>
<b>8. Ledelsens gjennomgang av ytre miljø (ISO 14001:2015) årlig evaluering 3. tertial .....</b>	<b>34</b>

## 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. Medarbeidere i virksomheten skal medvirke.

Strategi, langtidsplan og mål for Sunnaas sykehus HF danner sammen med Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF, CARF-standard (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) til plan for risikostyring, forskrift om ledelse av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og andre lovkrav for spesialisthelsetjenesten, grunnlaget for helseforetakets identifisering av risikoområder.

Ledelsens gjennomgang (LGG) skal ivareta plikten til å evaluere:

- 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 korrigeringer 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.

LGG gjennomføres hvert tertial på alle nivå i Sunnaas sykehus HF.

Ledere vurderer fargekodene rød, gul eller grønn for hvert målområde. Fargekodene skal angi hvor godt man ligger an med tiltaket rettet mot måloppnåelse.

Vurdering	Beskrivelse
<b>Rød</b>	Ikke mulig/trolig ikke mulig å nå målet. Begrunnelsen kan være korte tidsrammer eller omfattende utfordringer som gjelder tidsrammer, kompetanse eller kostnader.
<b>Gul</b>	Måloppnåelse ligger bak skjema, det er fremdeles mulig å nå målet, men det fordrer ekstra innsats.
<b>Grønn</b>	Målet er nådd eller det går som planlagt eller bedre.

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

Ledelsens gjennomgang skal hvert tertial vurderes og ses i sammenheng med risikoområder som rapporteres månedlig i *Virksomhetsstatus* og årlig i *Årlig melding* til Helse Sør-Øst.

# 1. Risikobilde 3 tertial 2020

<b>S A N N S Y N L I G H E T</b>	5 Svært stort					
	4 Stor		↗ Økte Ventetider	↗ ISF-regelverket rehabilitering  ↗ Samstemming legemiddellister		
	3 Moderat			↗ Økt bruk av brutto månedsverk (ny)  → Leveransetid SP	→ Bygg	
	2 Liten				→ Informasjons- sikkerhet og personvern  ↘ Samarbeids- avtaler: tilbud for helse og arbeid	
	1 Meget liten					
		1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
<b>KONSEKVENNS</b>						

Pilene i risikobildet viser utvikling fra forrige tertial. Redusert risiko: pil ned, økt risiko: pil opp.

- ISF-regelverket for rehabilitering er u hensiktsmessig og uklart
- Samstemming legemiddellister gjennomføres ikke etter gjeldende rutiner
- Bygg: Vedtak om investeringsbeslutning er ikke berammet
- Økt ventetider
- Økt bruk av brutto månedsverk
- Lang leveransetid fra Sykehuspartner inkludert STIM (Standardisering og IKT infrastruktur-modernisering)
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Samarbeidsavtaler: tilbud for helse og arbeid - mangler avklaring av finansiering og aktivitetsnivå

**Analyse av mulige tap tilknyttet områder i risikobildet**

Risikoområder	Risikoeier	Konsekvenser for pasientsikkerhet <i>beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens</i>	Konsekvenser for arbeidsmiljø/ansatt <i>beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens</i>	Konsekvenser for verdier/økonomi/omgivelser <i>beskrivelse av lav, moderat eller alvorlig konsekvens</i>
ISF-regelverket for rehabilitering uhensiktsmessig og uklart	Klinikkoverlege	<b>Lav</b> ISF-regelverket understøtter ikke dagens pasientaktivitet. I ytterste konsekvens kan dette medføre at de riktige pasienter ikke får behandling.	<b>Moderat</b> Ved for lav finansiering til de alvorligst skadde/syke pasientene vil bemanning og teknologistøtte også bli for lav. Dette medfører unødvendig høy belastning på ansatte.	<b>Moderat</b> ISF-regelverket har i mange år ikke vært tilpasset dagens aktivitet i spesialisert rehabilitering. Enkelte grupper er overfinansiert mens de alvorligst skadde/syke pasientene er sterkt underfinansiert. Ved endring av casemix vil dette påvirke tilbudet.
Samstemming av legemidler	Klinikksjef	<b>Alvorlig</b> Fare for feil medikament hvis samstemming ikke gjennomføres.	<b>Lav</b> Endring i arbeidsrutiner	<b>Lav</b> Kan føre til reaksjoner ved feil og mangler, i tillegg omdømme.
Bygg - Vedtak om investeringsbeslutning er ikke berammet	Adm.dir og Prosjektleder	<b>Alvorlig</b> Byggene holder ikke klinisk standard Må avvikle pasientdrift i byggene dersom ikke blir erstattet. Mange pasienter vil få dårligere tilbud.	<b>Moderat</b> Byggene innfrir ikke kravene i arbeidsmiljøloven. Kan medføre sykefravær og/eller at ansatte slutter. Ny rapportering fra bedriftshelsetjenesten varsler om utvikling til det verre.	<b>Alvorlig</b> Stor økonomisk konsekvens dersom bygg D ikke blir erstattet med nytt bygg. Koster mer å rehabilitere byggene for å ivareta kvalitetskravene enn å erstatte med nytt. Vi må vurdere forsvarlighet i driften, konsekvenser kan medføre tapt inntjening.
Økt Ventetid	Klinikksjef	<b>Moderat</b> Uoppdaget endring i medisinsk status på ventende pasienter	<b>Moderat</b> Endring i pasientgrupper og arbeidsoppgaver for enkelte ansattgrupper	U.a
Økt bruk av brutto månedsverk	Klinikksjef	Ua.	<b>Moderat</b> Merbelastning på fast personell tilstede	<b>Alvorlig</b> Økt forbruk av brutto mnd.verk (månedslønnede og variabel lønn)
Leveranse fra Sykehuspartner inkludert STIM (Standardisering og IKT)	Innovasjonssjef	<b>Lav</b> Driftstjenester leveres på et stort sett tilfredsstillende nivå.	<b>Moderat</b> Supportnivå (tilgjengelighet) og leveransetider på	<b>Alvorlig</b> Kostnader ifm innføring av nye tjenester blir ofte for høye. Prismodeller hos

infrastruktur-modernisering)			utstyr er stort sett i henhold til SLA. Manglende leveranser av tjenester fører til at viktige oppgaver ikke blir løst/ kommer i gang.	SP er ikke tilpasset våre behov (skalert for større brukermiljø). ØLP for teknologiområdet vil skape store utfordringer i årene framover.
Informasjons-sikkerhet og personvern	Innovasjonssjef	<b>Alvorlig</b> Tap av helseopplysninger. Tilgjengelighet av helseopplysninger	<b>Moderat</b> Kan medføre konsekvenser for arbeidsmiljø eller ansatt	<b>Alvorlig</b> Omdømme og eventuelle store bøter ved brudd på GDPR
Samarbeidsavtal er med helseforetak om program for Helse og arbeid - mangler avklaring av finansiering og aktivitetsnivå	Klinikkssjef	<b>Moderat</b> Hvis tilbudet ikke videreføres vil det måtte etableres i områdesykehusene i løpet av 2020.	<b>Alvorlig</b> Ansatte i Helse - og arbeidspoliklinikken har hatt en uforutsigbarhet over en lengre tid	<b>Moderat</b> Økonomi, aktivitet og omdømme

**Risikobilde fra 2. tertial 2020**

<b>S A N N S Y N L I G H E T</b>	<b>5 Svært stort</b>					
	<b>4 Stor</b>			↗ ISF-regelverk	→ Covid-19 ↗ Samarbeidsavtale	
	<b>3 Moderat</b>			↗ Leveransetid - SP	↘ Bygg	
	<b>2 Liten</b>				→ Informasjon-sikkerhet → GDPR	
	<b>1 Meget liten</b>				NY Reduserte aktivitetsmidler	
		<b>1 Ubetydelig</b>	<b>2 Lav</b>	<b>3 Moderat</b>	<b>4 Alvorlig</b>	<b>5 Svært alvorlig</b>
<b>KONSEKVENNS</b>						

Pilene i risikobildet viser utvikling fra forrige tertial. Redusert risiko: pil ned, økt risiko: pil opp.

- Covid 19 - Konsekvenser av Covid19 situasjonen
- Samarbeidsavtaler med helseforetak om program for Helse og arbeid
- ISF-regelverket for rehabilitering er uhensiktsmessig og uklart
- Bygg: Vedtak om investeringsbeslutning er ikke berammet
- Lang leveransetid fra Sykehuspartner inkludert STIM (Standardisering og IKT infrastruktur-modernisering)
- Informasjonssikkerhet manglende ROS på enkelte systemer
- GDPR
- Redusert aktivitetsmidler

## 2. Vurdering av måloppnåelse

### 2.1 HØYSPESIALISERT REHABILITERING

Sunnaas sykehus tilbyr effektive, høyspesialiserte rehabiliteringstjenester slik at pasient og pårørende er mest mulig deltakende i samfunnet.

**A1) Sunnaas sykehus har beskrevet de fremtidige rehabiliteringstilbud med definerte målgrupper og program**

#### 1. Tiltak 2020: Regionale pasienttilbud er etablert i tråd med Fagråd Helse Sør-Øst sine anbefalinger

**Forventet resultat:**

En trinnvis plan for utvikling av regionalt tilbud til pasienter med «Nevrogen blære» er utarbeidet med mål om oppstart høsten 2020

*Målsansvarlig: klinikk sjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Status: Utsatt pga. c-19. Avventer oppstart av prosess.	Klinikkoverlege

#### 2. Tiltak 2020: Pasientgrunnlag og rehabiliteringsprogram er gjennomgått og definert i et 10-års-perspektiv.

**Forventet resultat:**

Beslutning om fremtidige pasientgrupper og rehabiliteringsprogram for Sun HF er forankret i organisasjonen

*Tiltaksansvarlig: Klinikk sjef*

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

**A2) Alle pasienter som behandles i sykehuset inngår i kvalitetsregisteret som måler resultat for hvert rehabiliteringsprogram.**

#### 3. Tiltak 2020: Starte registrering av pasienter i Sunnaas kvalitetsregister

**Forventer resultat i 2020:**

Måleverktøyene for hvert rehabiliteringsprogram er definert  
 Pilotavdelinger begynner registrering



*Målsansvarlig: klinikkssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Starter opp mars 2021	Prosjektleder kvalitetsregister

#### 4. Tiltak 2020: Starte bruk av det generiske funksjonsverktøyet EQ5D i to kliniske avdelinger (pilotprosjekt nasjonalt rehabiliteringsregister)

**Forventet resultat:**

Opplæringsprogram for bruk av måleverktøy er utviklet og gjennomført

Oppfølging på bruk og forståelse av EQ5D er gjennomført

*Målsansvarlig: Klinikkssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Pasienter på avdelingene MNB og VRD inkluderes rutinemessig. Pilotprosjekt i full drift i to pilotavdelinger.	Prosjektleder kvalitetsregister

### A3) Metodikk for "hva er viktig for deg" og samvalg er definert for alle rehabiliteringsprogrammene.

#### 5. Tiltak 2020: Definere samvalg i et rehabiliteringsperspektiv og synliggjøre dette i relevante kanaler

**Forventet resultat:**

Konkrete rehabiliteringstiltak som gir grunnlag for valg, er beskrevet og prøvd ut som samvalg og evaluert

Beskrivelse av samvalg i rehabiliteringsperspektiv er publisert på sunnaas.no

*Målsansvarlig: Klinikkssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Status: Utsatt i 2020.  Definert som prosjekt i klinikk med fagsjef sykepleier som prosjektleder. Videreføres som tiltak med prosjekt.  Forbedringstiltak:  Jevnlig rapportering i klinikkledelsen	Leder kompetanseenheten

#### 6. Tiltak 2020: Utarbeide beskrivelser av «rehabiliteringsmål» hvor området samvalg og «hva er viktig for deg» er inkludert

**Forventet resultat:**

Prosedyre for rehabiliteringsmål har inkludert metodikken for samvalg og hva er viktig for deg

*Målsansvarlig: Klinikkssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Status: Utsatt i 2020.  Definert som prosjekt i klinikk med fagsjef sykepleier som prosjektleder. Videreføres som tiltak med prosjekt.  Forbedringstiltak:	Avdelingsleder klinikk

				Jevnlig rapportering i klinikkledelsen	
--	--	--	--	----------------------------------------	--

#### A4) Arenafleksible pasienttilbud er definert og tilbys i alle rehabiliteringsprogram.

##### 7. Tiltak 2020: I oppfølgingsprogrammene for TBI, RMS og barn er det definert hvilke tiltak som tilbys med videokonferanse/digitale løsninger, og dette igangsettes.

###### Forventet resultat:

Minst to nye tiltak i hvert oppfølgingsprogram er definert

Løsningen er prøvd ut og evaluert

Målsansvarlig: Klinikksjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Alternativer til innleggelse (digital oppfølging) er testet ut på avd. OPF, spesielt under pandemi. Forbedringsforslag: Systematisere bruk av VK i oppfølgingsprogram for RMS og TBI på bakgrunn av foreløpige erfaringer	Avdelingsleder VRD og OPF

##### 8. Tiltak 2020: Utprøving av hjemmesykehusløsning i rehabiliteringsprogrammene – oppfølging - multitraumer i samarbeid med lokal helsetjeneste

###### Forventet resultat:

Pasienter får deler av rehabilitering hjemme, i samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og Sunnaas, og effekt av løsningen blir dokumentert

Målsansvarlig: Klinikksjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Utredning delvis gjennomført. Omformulering til Digital hjemmeoppfølging. Forbedringstiltak: Oppstart med workshop innovasjon – e-helse – klinikk for å legge prosjektplan og sammenkobling med andre pågående prosjekter for digital hjemmeoppfølging.	Avdelingsleder MNB og enhetsleder e-helse

#### A5) Nytt sykehusbygg er i byggefase, inkludert tilpasninger og ombygninger i eksisterende bygg.

##### 9. Tiltak 2020: Kvalitetssikre idefase byggetrinn 3

###### Forventet resultat:

God forberedelse til konseptfase

Målsansvarlig: Prosjektleder Nytt Bygg

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Kvalitetssikring av idefase er gjennomført i henhold til plan	Prosjektleder Nytt Bygg

### 10. Tiltak 2020: Opprettholde dialog med HSØ for å sikre investeringsbeslutning oppstart konseptfase

#### Forventet resultat:

Vedtak i styret HSØ juni 2020

Målsvarlig: Prosjektleder Nytt Bygg

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Framskrivningsarbeid igangsatt i regi av HSØ.</li> <li>- Oppfølging av idefaserapport og konsekvensanalyse bygg D mot HSØ</li> <li>- Oppfølging mot eget styre</li> </ul>	Administrerende direktør

### 11. Tiltak 2020: Prioritere klima- og miljøansvar og helsefremmende omgivelser i nytt bygg

#### Forventet resultat:

Bygget og prosessen fremstår som et forbilde for klima- og miljøansvar og helsefremmende omgivelser i spesialisthelsetjenestene

Målsvarlig: Prosjektleder Nytt Bygg

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Prosjektleder og Eiendomssjef har god forståelse om viktigheten av å lykkes med måloppfyllelsen	Miljøleder

## 2.2 KOMPETANSEFORMIDLING

Sunnaas sykehus styrker rehabiliteringskompetansen i samfunnet, i samspill med andre aktører.

**B1) Alle rehabiliteringsprogram bruker læringsmål for å styrke pasientens kunnskap om egen tilstand.**

### 12. Tiltak 2020: Kvalitetssikre at alle rehabiliteringsprogram har læringsmål for pasientene

#### Forventet resultat:

Læringsmålene er tydelig i alle program

Beskrivelse hvor og når pasientens læringsmål blir del av den enkeltes rehabiliteringsprosess

Målsvarlig: Klinikksjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Organisert som prosjektgruppe for læringsmål i klinikk som kvalitetssikrer læringsmålene og lager en standard for alle rehabiliteringsprogram. Forbedringstiltak: Implementering i alle kliniske avdelinger. Implementering i øvrige kliniske avdelinger.	Avdelingsleder RMS/Barn

### 13. Tiltak 2020: Innarbeide læringsmålene i pasientens målplan

**Forventet resultat:**

Pasientene reiser fra Sunnaas med kunnskap om sin tilstand og kan selv formidle det videre

*Målsansvarlig: Klinikksjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Organisert som prosjektgruppe for læringsmål i klinikk som kvalitetssikrer læringsmålene og lager en standard for alle rehabiliteringsprogram. <i>Forbedringstiltak:</i> Implementering i alle kliniske avdelinger.	Avdelingsleder RMS/Barn

**14. Tiltak 2020: Læringsmålene publiseres på sunnaas.no under alle rehabiliteringsprogrammene**
**Forventet resultat:**

Kvalitetssikret kunnskap er tilgjengelig for alle som trenger det

Forventningen å ivareta egen helse er tydelig formidlet

*Målsansvarlig: Klinikksjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Alle læringsmål hjerneskade og utvalgte program fra vurd. er publisert <i>Forbedringstiltak:</i> Programfora legger ut beskrivelse av læringsmål til alle rehabiliteringsprogram etter mal fra prosjektgruppe.	Kommunikasjonsdirektør

**B2) Sykehuset vektlegger å videreutvikle tverrfaglig rehabiliteringskompetanse og har en fremtredende rolle i utdanningsvirksomheten fysisk medisin og rehabilitering**
**15. Tiltak 2020: Etablere samarbeidsavtale med utdanningsinstitusjoner for alle faggrupper tilhørende tverrfaglig team**
**Forventet resultat:**

Sunnaas sykehus er en god og forutsigbar samarbeidspartner for høyskole/universitet som utdanner det tverrfaglige team

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Pågående godt samarbeid.	Leder kompetansenheten

**16. Tiltak 2020: Utdanningsprogram for leger i spesialisering øker verdien av utdanningsprogrammene til alle sykehusets helsefaggrupper**
**Forventet resultat:**

Kompetanseprogrammene for de ulike faggruppene bruker mulige synergier

Forberedelse på å bruke Kompetanseportalen Dossier alle helsefaggruppene er igangsatt

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Nyoppstartet, i regi av fagsjefgruppen.	Medisinsk fagsjef og HR-direktør

				Fullskalaløsning Kompetanseportal er utsatt av HSØ til september 2021. Mottaksprosjekt vil bli etablert innen 01.03.21.	
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**17. Tiltak 2020: Sunnaas sykehus tilbyr hele eller deler av sykehusets organiserte LIS utdanningsprogram til virksomheter med spesialistkandidater innen fysikalsk medisin og rehabilitering**

**Forventet resultat:**

Sunnaas sykehus er en tydelig og drivende aktør for spesialitetens fysikalsk medisin og rehabilitering

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				-Lege fra Sunnaas er utnevnt som leder av HSØ FMR spesialitetsvise råd -Lege fra Sunnaas er medlem i Dnlf FMR spesialitetskomite -Sykehuset Østfold, Beitostølen Helsesportsenter og Oslo Universitetssykehus deltar i sykehusets LIS undervisning -Inngå avtale med FMR LIS miljøer som har tatt kontakt for å delta i sykehusets LIS undervisning (Sykehuset Innlandet og Unicare Jeløy) -Følge opp vervene i FMR spesialitetsvise råd og -spesialitetskomiteen	Medisinsk fagsjef

**B3) Sykehuset skal utvikle kompetansetilbud (fysisk og virtuelt) i samarbeid med andre aktører, som bidrar til å bygge rehabiliteringskompetanse lokalt, regionalt og nasjonalt og internasjonalt.**

**18. Tiltak 2020: Starte en organisasjonsutviklingsprosess for å reorganisere utdanningsvirksomheten internt**

**Forventer resultat:**

Sunnaas sykehus har en samlet organisering av kompetanse og utdanningsvirksomheten

*Målsansvarlig: Samhandlingssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Prosjektet er utsatt oppstart til 1. mai 2021	prosjekt leder OU /nytt bygg

**19. Tiltak 2020: Sette fokus på koordinerende enhet (KE), koordinatorfunksjonen og Individuell plan (IP) i utvikling av helsefelleskapene**

**Forventet resultat:**

Sunnaas sykehus har en proaktiv rolle overfor helsefelleskapene i regionen

Sunnaas sykehus er sentral i nasjonalt erfaringsseminar om KE, koordinator og IP

*Målsansvarlig: Samhandlingssjef*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Tiltaket vil få egen plan	Leder RKE

## 20. Tiltak 2020: Initiere en modell for kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommune- helsetjeneste for rehabilitering til pasienter med muskel- og bløtdelssmerter

### Forventet resultat:

I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF bidra til at rehabilitering er synlig i pakkeforløp muskel og skjelett.

Utrede behov for kompetansem modul for rehabilitering ved smertetilstander i muskelskjelett som omfatter både spesialist og kommunehelsetjenesten. Iverksette dette i samarbeid med relevante aktører og derigjennom understøtte pakkeforløpet som innføres i 2021.

Målsansvarlig: Samhandlingssjef

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Planer for workshop er i gang	Leder RKR

## 21. Tiltak 2020: Avklare samarbeid med Verdens helseorganisasjon

### Forventet resultat:

Sunnaas sykehus deltar aktivt i den internasjonale satsningen Rehabilitation2030

Sunnaas sykehus inngår avtale om rollen Collaboration Center for WHO

Målsansvarlig: Samhandlingssjef

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

## B4) Sunnaas sykehus er en fremtredende samfunnsaktør på den helsepolitiske arena og hever kunnskapen om, og forståelsen av, rehabilitering.

Målsansvarlig: Kommunikasjonsdirektør

## 22. Tiltak 2020: Gjennom planmessige tiltak skal rehabiliteringens plass i kommune- og spesialisthelsetjenesten fremmes ved kontakt med helsemyndigheter lokalt og sentralt, media og brukerorganisasjoner og ved gjennomføring av seminarer.

### Forventet resultat:

Sunnaas sykehus utvikler i samarbeid med flere aktører en helhetlig plan som inkluderer både kommune- og spesialisttjenesten: Nasjonal handlingsplan rehabilitering

Sunnaas sykehus har ett arrangement på Arendalsuka

Sunnaas sykehus deltar jevnlig i den helsepolitisk dialogen med fokus på rehabilitering sin plass og rammer i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Målsansvarlig: kommunikasjonsdirektør

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Vi har revidert planen, ettersom pandemien har ført til endrede rammebetingelser for å gjennomføre planlagte tiltak, jfr. for eksempel avlysning av Arendals uka. Det jobbes nå blant annet med forankring av arbeidet med «Å skrive kapittelet som mangler» i Nasjonal helse- og sykehusplan, samt å utvikle «fag til fag-arbeidet» på nett med målsetting å «gjøre andre bedre»	Kommunikasjonsdirektør

**B5) Sunnaas er en faglig attraktiv arbeidsplass som rekrutterer fremtidsrettet kompetanse.**
**23. Tiltak 2020: Systematisk kompetanseoverføring ved opphør av arbeidsforhold forsterkes i lederoppfølgingen**
**Forventet resultat:**

Kompetanse har en tydelig overføring for å sikre gode pasienttilbud og drift  
Retningslinje er utarbeidet i samarbeid med leder kompetanseenheten og avdelingsleder eiendom  
Inngår i ledernes sjekklister for avslutning av arbeidsforhold

*Målsansvarlig: HR direktør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Vil bli gjennomført i løpet av 3. tertial	HR-direktør

**24. Tiltak 2020: Oversikt over fremtidige kompetansebehov gir grunnlag for systematisk og offensiv rekruttering**
**Forventet resultat:**

Strategisk plan for markedsføring av Sunnaas sykehus som arbeidsplass for nødvendig kompetanse blir etablert, prøvd ut og evaluere tiltakene  
Lederne i alle enheter vurderer særlig behovet for teknologisk kompetanse, type og omfang

*Målsansvarlig: HR direktør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				C-19 påvirket - ikke vært prioritert oppgave i beredskapssituasjon	Dette målet bør videreføres i 2021 HR-direktør

**B6) Sunnaas sykehus arbeider systematisk med å øke teknologisk modenhet i organisasjonen**
**25. Tiltak 2020: Behov for teknologisk kompetanse er definert og planer for å oppfylle behovene er igangsatt**
**Forventet resultat:**

Teknologisk kompetansekrav er beskrevet for ulike roller i Sunnaas sykehus  
Økt teknologisk modenhet innenfor ledelse, organisasjon, kultur, innovasjon jmf DIFI undersøkelsen

*Målsansvarlig:*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Plan for systemopplæring av ansatte med fokus på ledere er utarbeidet. Plan for økt teknologisk forståelse blant ledere er utarbeidet.	Enhetsleder E-helse og teknologi

## 2.3 FORSKNING OG INNOVASJON

Sunnaas sykehus er en fremtredende nasjonal og internasjonal aktør for rehabiliteringsforskning og innovasjon.

**C1) Klinikere, forskere og innovatører arbeider integrert og drar veksel på hverandres kompetanse for å sikre pasientene best mulig rehabiliteringstilbud.**

**26. Tiltak 2020: Gjennomføre prosess for å etablere felles forståelse og plattform for integrert samarbeid mellom klinikk, forskning og innovasjon.**

**Forventet resultat:**

Avklaring av forventninger

Tydlig beskrivelse av hvordan samarbeid praktisk skal foregå

*Målsvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Forskningsinstruks og –prosedyrer er etablert og publisert i heliks.	Klinikk-sjef Forskningsdirektøren

**27. Tiltak 2020: Definere prosessen fra en ide om et forskningsbehov til beslutning om videre arbeid: samarbeid, ansvar og roller**

**Forventet resultat:**

Alle vet hvordan prosessen besluttes

*Målsvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Dette er gjennomført gjennom etablering og opprettelse av Forskningsinstruks og flere forskningsprosedyrer publisert i heliks	Forskningsdirektøren

**C2) Sunnaas sykehus testbed er etablert og vel integrert i sykehuset.**

**28. Tiltak 2020: Prøvedrift av Sunnaas sykehus testbed er gjennomført, evaluert og implementert**

**Forventet resultat:**

Rammene for Sunnaas sykehus testbed er beskrevet

Sunnaas sykehus gjennomfører 3-4 oppdrag for helsenæringen

*Målsvarlig: Innovasjonssjef*

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

**29. Tiltak 2020: Samarbeid med næringslivet inngår i videreutvikling av teknologisk intervensjonssenter**

**Forventet resultat:**

Et næringslivssamarbeid er etablert

*Målsvarlig: Innovasjonssjef*

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



**C3) Behov for akademisk kompetanse i sykehuset er definert og planer for å oppfylle behovene er igangsatt.**

**30. Tiltak 2020: Funn fra kartlegging av eksisterende akademisk kompetanse i klinikken, innarbeides i planer for strategisk personalpolitikk og strategisk plan for forskning for periode 2020-2024**

**Forventet resultat:**

Sunnaas behov for akademisk kompetanse er beskrevet

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

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

**31. Tiltak 2020: Sunnaas sykehus tydeliggjør tilbud om både klinisk og akademisk karrierevei**

**Forventet resultat:**

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Akademisk karrierevei er godt klarlagt jfr. Dokumentet pkt 30. Klinisk karrierevei må kartlegges fra klinikken.	Forskningsdirektør/HR

**C4) Forskere og innovatører arbeider i nært samarbeid med nasjonale og internasjonale aktører i helsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren og med næringslivet.**

**32. Tiltak 2020: Videreutvikle planen for Sunnaas sykehus sin deltakelse/representasjon i aktuelle konferanser, kongresser og nettverk, med vinkling forskning/innovasjon/næringsliv**

**Forventet resultat:**

Oversikt over deltagelse internasjonalt arbeid gir grunnlag for strategisk prioritering av aktiviteter

*Målsansvarlig: Innovasjonssjef*

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

**C5) Ekstern finansiering av forsknings- og innovasjonsprosjekter er styrket sammenlignet med 2018-nivå.**

**33. Tiltak 2020: Systematisk bruk av interne og eksterne nettverk for god kvalitetssikring av søknader**

**Forventet resultat:**

Alle søknader gjennomgår en systematisk intern og ekstern prosess.

*Målsansvarlig: Forskningsdirektør*

1. tertial	2. tertial	3. tertial	Tendens	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
				Alle søknader gjennomgår en prosess med tilbud om intern vurdering før innsending.	Forskningsdirektør

				Foreløpig ikke etablert systematisk ekstern gjennomgang av søknader. Arbeider nå med å etablere en ordning med intern og ekstern gjennomgang og review av søknader for 2021.	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## 2.4 Mål i Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF

Rapporteringsansvar: risikoeier i handlingsplan for 2020

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Sykehusinfeksjoner HAI	2,8	1,4	2,0		Fagdirektør
Redusert bruk av bredspektrede antibiotika	2,2	3,9	1,6		Fagdirektør
Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	88 %	85%	85 %	Leger vurderer fortløpende henvisninger. Leder for legene overvåker vurderingstiden for henvisninger og sikrer stedfortredere ved fravær. Poliklinikken overvåker x 1-2 pr uke rapport «direktebooking» og sender gul lapp til poliklinikk/inntak – koordinator når frist nærmer seg	Leder for PIA
Passert planlagt tid for pasientavtaler	10,2 %	12,3 %	11 %	Gjennom perioden med covid-19 har det vært en økning i antall passert planlagt pga. redusert aktivitet. Andel passert planlagt er pr. desember stabilt etter en gjennom sommeren. <i>Forbedringstiltak:</i> Bruk av arenafleksible tilbud (eks. VK) som alternativ til innleggelse.	Klinikksjef
Redusert ventetider og fristbrudd	48 dager	68,7	67,1	<i>Forbedringstiltak:</i> Fleksibel bruk av senger i klinikken og bruk av arenafleksible tilbud. Kontinuerlig inntak av utsatte pasientopphold ved ledig kapasitet.	Klinikksjef
Minst 70 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning	69 %	72 %	74 %	<i>Forbedringstiltak:</i> Videre implementering av prosjekt for epikrise og epikrisemal til øvrige kliniske avdelinger.	Leder for legene

## 2.5 Andre oppgaver i Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF

Rapporteringsansvar: risikoeiere i handlingsplan for 2020

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Legemiddelberedskap				Avtale om legemiddelberedskap er inngått med Sykehusapotekene. Det er en liste over kritiske legemidler på sykehusapotekets beredskapslager og en liste over kritiske legemidler på Sunnaas eget beredskapslager. Vedlegg 12	Fagdirektør
Videreutvikle beredskap i tråd med Regionalt planverk for pandemi og smittevern. Gjennomgått og behandlet i FTL. Implementerer handlingsplan for bedre smittevern				Vedlegg 11 i beredskapsplanen svarer opp punktene i den reviderte regionale plan for pandemi og smittevern. Vedlegget har lenker til den regionale planen og covid-19 retningslinjer ferdigstilt før 1.mai.	Fagdirektør
Kartlegge kritisk infrastruktur (vann, strøm, IKT)				Kartlegge og risiko vurdere kritisk infrastruktur. Oversikt og tiltak i forhold til kritisk infrastruktur vil gi mulighet for å redusere sårbarhet. Arbeidet kan med fordel ha øye for infrastruktur elementer som er risikokspontert over tid pga klimaendringer.	Eiendomssjef
Forelegge IKT-avvik fra regionale føringer for eget styre					Innovasjonssjef
Følge opp nasjonal risiko og sårbarhetsanalyse for 2019					Informasjonssikkerhetsleder

## 2.6 Oppfølging av HMS handlingsplan

Rapporteringsansvar: HR-direktør

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
HMS-handlingsplan	C-19 påvirket	C-19 påvirket	C-19 påvirket	Arbeidet vil gjenopptas i 1 tertial 2021 Det vurderes at målet kan oppnås innen fristen	HR-direktør

## 2.7 Oppfølging av Miljøhandlingsplan

Rapporteringsansvar: avdelingssjef eiendom og intern service

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Miljøhandl.plan				Led. Reps gjennomgang av miljøhandlingsplan 3. tertial er planlagt men litt forsinket	Ledelsens representant ISO 14001
Prestasjon				Korona pandemien har ført til lavere miljøbelastninger og redusert klimagassutslipp	
Total energi forbruk, termisk + el sammenlignet med samme periode i fjor	El, + 2% Bio, - 22% Total, - 12 %	El, + 1 % Bio, -19 % Total, - 10 %	El, -9,7 % Bio -11,7 % Total, -10,7 %	El på årsbasis - 2,8 % (reduksjon) Bio. på årsbasis - 18,0 % (reduksjon) Total energibruk -10,4 % (reduksjon)	
Samlet avfallsvolum 2020 ift 2019	- 12 %	- 8 %	+ 6,8 %	Avfallsvolumer er sannsynligvis påvirket av korona pandemien. Årsak til økning tas opp i drifts-kontrollmøte og følges opp	Eiendomssjef
Vannforbruk ift. gjennomsn. 3 foregående år	- 11 %	- 23%	- 54,1 %	Prosentvis endring ift gjennom-snittet for 3 foregående år = -34,9 %	
Flyreiser. Sammenlignet med samme tertial 2018/19	ned 67 %	Vi fikk ikke utlevert tertialvise tall fra HSØ	Endring 2020 ift 2019: Ned 89,9 % på årsbasis	Forventes å fortsette på redusert nivå ut i 2021	
Gasser	Ikke målt	Ikke målt	Ikke målt	Måles en gang pr. år av leverandør.	

## 3. Vurdering av faglige eller administrative prosesser

### 3.1. Prosess mot CARF-akkreditering i 2021

Rapporteringsansvarlig: kvalitetssjef

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Seksjon 1				Søknad om re akkreditering er sendt des.2020	FTL
Seksjon 2					Ledere i klinikk
Seksjon 3					Ledere i klinikk
Seksjon 4					Ledere i klinikk

### 3.2. CARF-analyser for 2020

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Virksomhetsomfattende områder	Gjennomført	Forventet effekt	Tiltaksansvarlig
1.F.5. Analyse av finansresultater	1. tertial		Økonomidirektør
1.H.7 Analyse av uannonserte ø-hjelps øvelser	3 tertial		Fagdirektør og avdelingsleder eiendom og service
1.H.11. Kritiske hendelser er vurdert og resultert i en skriftlig analyse gjennomført av eller demonstrert for ledelsen	1. tertial		Fagdirektør
1.J.4. Analyse teknologisk beredskapsøvelser	2. tertial		Innovasjonssjef
1.K.4. Analyse av alle formelle klager	1. tertial	I prosess	Klinikkjef
1.N.1. og N 2 b Resultatanalyse tjenestetilbud og finans	1. tertial		Økonomidir. og Klinikkjef
<b>For alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram</b>			
Gjennomført: 2.A.15. Skriftlig analyse av avslag, uegnete henvisninger, avbrutte opphold	1. tertial		Klinikkjef
Gjennomført: 2.A.27.b. Skriftlig analyse av sårutvikling for hvert program: alle CARF-program	3. tertial		Klinikkjef
Gjennomført: 2.B.47.a. Årlig analyse av et representativt utvalg av pasientjournaler: alle CARF-program	3. tertial		Klinikkjef
Gjennomført: 3.A.15.b. Analyse av ikke-planlagte utskrivelser Alle CARF-program	1.tertial	I prosess	Avdelingsledere
Gjennomført: 3.A.16.c. Analyse av oppfølgingsinformasjon for hvert av programmene: Alle CARF-program	3.tertial		Avdelingsledere
Gjennomført: 3.B.4. Poliklinikk/dagtilbud: Skriftlig årlig analyse av uteblivelser, kanselleringer og avbrutte opphold	1.tertial		Avdelingsledere
<b>Hjerneskode Rehabiliteringsprogram</b>			
Gjennomført: 4. C.33.b. Analyse av tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og interessenter	2. tertial		Avdelingsleder
<b>Hjerneslag Rehabiliteringsprogram</b>			
Gjennomført:	3. tertial		Avdelingsleder

4.F.20.b. Analyse av oppfølgingsdata av uønskede hendelser			
Gjennomført: 4.F.24.b. Analyse av medisinsk status ved utskrivelse	2. tertial		Avdelingsleder
<b>Ryggmargsskade Rehabiliteringsprogram</b>			
Gjennomført: 4.E. 21.b. Analyse av oppfølgingsinformasjon for hvert av programmene: se 3 A 16 c	3. tertial		Avdelingsleder

### 3.3. Risikoanalyser HMS

Rapporteringsansvar: HR-direktør

Område	Gjennomført	Forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Alle avdelinger har gjennomført risikoanalyser innen vold og trusler om vold			Avdelingsledere

### 3.4. Gjennomført Brann- og vernerunder to ganger årlig

Rapporteringsansvar: HR-direktør

1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
			De fleste enheter/ avdelinger har gjennomført ihht oppsatt plan. De resterende blir purret opp. Arbeidsmiljøutvalget holdes oppdatert.	Linje- og stabsledere

### 3.5. Obligatorisk opplæring

Rapporteringsansvar: ledere i henhold til ansvarsområder

Områder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
<b>Sikkerhet og beredskap:</b> Gjennomført obligatorisk opplæring brann og HLR. Mål: 557				Øvelsene gjennomføres i løpet av september – november ihht smittevernreglene. 297 gjennomføringer per 31.12.20	HR-dir. Ledere nivå 2 og 3
<b>Medisinsk utstyr:</b> Gjennomført opplæring av bruk av elektromedisinsk og annet fysikalsk utstyr				<i>Status:</i> Gjennomføring av kompetansepakker utarbeidet av kompetanseteam i beredskapsorganiserin g.	Klinikkoverlege
<b>Informasjonssikkerhet:</b> Alle ansatte har gjennomført E-læringskurs PIIP. Mål 557				<i>Status:</i> 239 gjennomføring pr. 31.12.20	Ledere nivå 2 og 3

### 3.5.1. Informasjonssikkerhet – GDPR

Rapporteringsansvar: Innovasjonssjef

Områder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
<b>GDPR:</b> Innført implementeringsplan og etterlevelse				Opprettholde fokus på GDPR og jobbe med gap og mangler som blir oppdaget. Kontinuerlig fokus vil styrke personvernarbeidet. Egen rapportering til styret <i>Forventet effekt:</i> Etterlevelse av personvernregelverket.	Personvernombud

### 3.6. Sikker bruk av Public 360

Rapporteringsansvar: Arbeids og organisasjonsdirektør

Områder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Restanse/ubehandlede dokumenter eldre enn én måned er <100.	100	124	87	I takt med LGG-rapportering: Sende ut varsel til ledere med store og gamle restanser. Legge ved restanseoversikt med fargemarkering av restansene. <i>Forventet effekt;</i> restanse eldre enn én måned er <100.	Linjeledere og leder for sekretariat
Restanser eldre enn to tertial tilbake i tid skal være 0.	10	24	34	I takt med LGG-rapportering: Sende ut varsel til ledere med store og gamle restanser. Legge ved restanseoversikt med fargemarkering av restansene.	Linjeledere og leder for sekretariat

### 3.7. Kvalitetssystemet: dokumentstyrings- og forbedringssystem

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Risikoområder	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
<b>Dokumentstyring:</b> Prosess for nyanskaffelse				Forsinket pga C-19 og lang leveringstid SP. Oppstart i EK hosting for å starte prosessen – start med forbedringssystem	Fagdir. og kvalitetssjef

<b>Forbedring:</b> Prosess for nyanskaffelse				Forsinket pga C-19 og lang leveringstid SP. Oppstart i EK hosting for å starte prosessen. Start m forbedringssystem	Fagdir. og kvalitetssjef
-------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

### 3.7.1. Uønskede hendelser i TQM Helse

Rapporteringsansvar (akkumulerte tall): kvalitetssjef status tatt ut 5 virkedag

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasientrelaterte hendelser: - Registrert totalt - Meldt Helsetilsynet, § 3-3.A - Publisert	312	543	783	Opprettholde fokus på meldekultur i avdelingene	Linjeledere i alle enheter
Medarbeiderrelaterte hendelser	118	203	332	Opprettholde fokus på meldekultur i avdelingene	Linjeledere i alle enheter
Driftsrelaterte hendelser	91	165	249	Opprettholde fokus på meldekultur i avdelingene	Linjeledere i alle enheter
Antall åpne hendelser per 4 januar 2021	2017 =1 2018= 4 2019 =99	2017 =1 2018= 0 2019 =74 2020=392	2019=58 2020=519	Lederstøtte for linjeledere - etterspørre og gi støtte til ledere for å sikre riktig saksbehandling.	Linjeledere i alle enheter
Antall nyregistrerte hendelser hvor saksbehandling er startet innen 7 dager: måltall 90 %	78 %	88 %	48 % per des	Gjennomgang av meldte hendelser i møte mellom avdelingsleder og kvalitetsrådgiver	Linjeledere i alle enheter

## 4. Vurdering av tjenestetilbudet

### 4.1. «I trygge hender 24-7»

Rapporteringsansvar: kvalitetssjef

Kompetanseområder	Antall relevante enheter	1.tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Samstemming av legemiddellister	7				Viser til oppfølgingsplan 3 tertial	Fagdir. og klinikkssjef
Trykksår	5				Økning i andel pasienter som er samstemt ved innleggelse i 5 av 7 avdelinger Forbedringstiltak:	Klinikkssjef og innsatsleder Åste
Fall	7				Mnd. målinger.	Klinikkssjef og Innsatsleder Åste



Underernæring	7				Resultat informasjon formidles alle 7 avdelinger.	Klinikkssjef og Innsatsleder Hanne Bjørg
Brukermedvirkning i trygg utskrivning	5				Øke kompetanse	Klinikkssjef og Innsatsleder Allan
Pasientsikkerhetsvisitter	8				Premiering.	Klinikkssjef og Innsatsleder Siv
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand på sengepost	7					Klinikkssjef og Innsatsleder Marianne

## 4.2. Pasienttilfredshet

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
<i>Tilfredshet</i> inneliggende > 90 %	Ingen svar	91%	91 %	Avdelingsvise handlingsplaner	Avdelingsledere i klinikk
<i>Tilfredshet</i> barn og unge 0-17 år m/pårørende > 90%	Ingen svar	89%	94 %	Avdelingsvise handlingsplaner	Avdelingsledere RMS
<i>Tilfredshet</i> Poliklinikk > 90 %	Ingen svar	Ingen svar	Få respondenter	Avdelingsleder informert og resultater formidlet	Avdelingsleder PIA
<i>Svarprosent</i> inneliggende >60	Ingen svar	50,5%	54,3 % Inkl barn	Stor økning i svar prosent fra 2019	Avdelingsledere i klinikk
<i>Svarprosent</i> barn og unge m/pårørende >60	Ingen svar	56,3	56,3 %	Stor økning i svar prosent fra 2019	Avdelingsledere i klinikk

## 4.3. Klager fra pasient og pårørende

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Pasienter og brukere	3	5	5	Behandles fortløpende	Klinikkssjef og samhandl.sjef
Pårørende	2	3	4	Behandles fortløpende	Klinikkssjef og samhandl.sjef
Annen institusjon/kommune/fylkesmann	4	0	2	Behandles fortløpende	Klinikkssjef og samhandl.sjef

Dokumentnr	Dokumenttittel	Mottatt dato
20/00253-1	Klage fra pårørende over epikrise og tverrfaglig sammenfatning	09.03.2020
20/00030-1	Klage fra pårørende over avslag på rehabiliteringsopphold	06.01.2020
20/00286-1	Klage over avslag på rehabiliteringsopphold	19.03.2020
20/00228-1	Pasientsak - Klage - feil informasjon til pårørende - feil vurdering av tilstand til pasient	04.03.2020
20/00102-1	Klage over opphold	25.01.2020
20/00079-1	Klage på helsehjelp og anmodning om møte	21.01.2020
20/00365-1	Avgjørelse i klagesak om rett til nødvendig helsehjelp	21.04.2020
20/00080-1	Avgjørelse i klagesak om rett til rehabilitering	20.01.2020
20/00285-1	Klage over avslag på søknad om å få igjen førerkort	19.03.2020

**Klagesaker registrert i Public 360 2. tertial 2020**

Dokumentnr	Dokumenttittel	Mottatt dato
20/00486-1	Klage fra pårørende (K)	02.06.2020
20/00468-1	Klage fra pårørende (K)	22.05.2020
20/00658-1	Klage fra pårørende (K)	05.08.2020
20/00595-1	Klage på oppholdet og førekortvurderingen (K)	03.07.2020
20/00589-1	Konfidensielt varsel - vedrørende ansatt - Klage (K)	02.07.2020
20/00635-1	Rettighetsklage (K)	21.07.2020
20/00631-1	Rettighetsklage (K)	20.07.2020
20/00603-1	Rettighetsklage (K)	08.07.2020

**Klagesaker registrert i Public 360 3. tertial 2020 (merk bare 11 totalt)**

Dokumentnr	Dokumenttittel	Mottatt dato
20/00759-1	Pasientklage (K)	14.09.2020
20/00760-1	Klage fra pårørende - utsatt behandling og anmodning redegjørelse (K)	15.09.2020
20/00774-1	Pasientsak - Ber om redegjørelse for behandling (K)	21.09.2020
20/00776-1	Pasientklage (K)	22.09.2020
20/00796-1	Melding om uønsket hendelse (K)	29.09.2020
20/00806-1	Pasientklage (K)	02.10.2020
20/00820-1	Klage fra pårørende - håndteringen av pasientbesøk (K)	06.10.2020
20/00843-1	Rettighetsklage (K)	12.10.2020
20/00871-1	Klage på koordinering av overflytting fra pårørende (K)	22.10.2020
20/00705-3	Ber om uttalelse - Klage på behandling - Behandlingssted Sunnaas (K)	30.10.2020
20/00918-1	Rettighetsklage fra pårørende (K)	09.11.2020
20/00979-1	Klage på henvisning samt anmodning om opphold (K)	30.11.2020
20/01050-1	Klage på manglende behandling (K)	17.12.2020

#### 4.4. Tilbakemelding fra medarbeidere

Rapporteringsansvarlig: HR-direktør \* Covid 19 påvirkning av ForBedring

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
*Svarprosent ForBedring er 90 %	C-19 påvirket	C-19 påvirket	C-19 påvirket	Foretaket har ikke en gyldig undersøkelse for 2020 pga få svar grunnet Covid-19 situasjonen. Ny undersøkelse blir gjennomført i 2021	linjeledere
*Alle enheter/avdelinger har en aktiv handlingsplan med spesiell fokus på arbeidsbelastning: 100%	C-19 påvirket	C-19 påvirket	C-19 påvirket	Alle enheter skal jobbe med forbedring via sine HMS planer.	linjeledere

#### 4.5. Interne revisjoner, miljørevisjoner, konsernrevisjoner, eksterne tilsyn

##### 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
<b>5/18 Pasient-sikkerhet</b>	Antall åpne dokumenter i elektronisk pasientjournal som er mer enn 14 dager gamle	<i>Klinikk:</i> Avd. PIA og Avd. TBI	2	01.05.19	TBI: 13066 Lukket	Dokument i DIPS lukkes i henhold til krav

##### Revisjonsprogram 2019 – 2020 (ikke avsluttet)

Rapporteringsansvar: Leder for revidert enhet

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukkefrist	Ikke lukkede avvik i TQM Helse	Forventet effekt
<b>1/19 Pasient-sikkerhet</b>	Pasienters bruk av private legemidler under sykehusoppholdet	Avd. VRD Avd. OPF	3	01.10.19	13584 13585 13586	Retningslinjer for bruk av private legemidler etterleves i avdelinger hvor pasienter innlegges fra hjemmet.
<b>2/19 Meldekultur</b>	Saksbehandling i forbedringssystemet TQM Helse	Avd. TBI Avd. RMS Avd. KRE	3 avvik til hver revidert enhet	01.09.19	13636 13639 13642 13637	Ansatte som melder saker i TQM -skal erfare at ledere

					13640 13643 13638 13641 13644	følger opp og saksbehandlerne uønskede hendelser fortløpende og i henhold til gjeldende rutiner.
<b>3/19 Miljøledelse</b>	Miljøfaglig tema – Avfallsminimering, sortering og behandling av restavfall	Enhet for eiendom og intern service Avd. TBI	1	01.12.19	14298 14305	Rutiner for renhold av avfallscontainere m.m. er innført
<b>4/19 Personvern</b>	Arkivering av dokumentasjon i personalmapper i Public 360	Avd. KRE Avd. PIA	1	28.02.20	14362 14363	Alle ansatte har arkiverte stillingsbeskrivelser i personalmappen
<b>5/19 Smittevern</b>	Smittevern tilknyttet pasienter med ESBL-smitte	Avd. RMS Avd. OPF			15759 15760 15761	se revisjonsprogram 2020-2021
<b>6/19 HMS</b>	Forflytningsteknikk – opplæring av ansatte, inkl. vikarer	Ressursenheten		Avlyst pga Covid-19 utbrudd mars		
<b>7/19 Pasient-sikkerhet</b>	Risikokartlegging av pasienter ved innleggelse	Avd. SLA Avd. VRD Avd. MNB	2 til hver avd	01.09.20	14928 14929 14924 14925 14920 14921	

### Revisjonsprogram 2020 – 2021

Rapporteringsansvar: Leder for revidert enhet

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Klinikk/ Avdeling	Antall avvik	Lukkefrist	Ikke lukkede avvik (TQM Helse)	Forventet effekt
<b>1/20 Pasient-sikkerhet</b>	Oppfølging og dokumentasjon av barn som	Avd. RMS Avd. TBI			Avvik 1: 15636 15637	

	pårørende på Sunnaas sykehus HF				Avvik 2: 15638 15639	
<b>2/20 HMS</b>	Oppfølging av arbeidsrelatert sykefravær	Avd. MNB Avd. VRD			19.01	
<b>3/20 HMS</b>	Oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring	Økonomi-enhet  Enhet for teknologi og e-helse			20.10.2020	
<b>4/20 Miljøledelse</b>	Kjemikaliehåndtering og risikovurderinger	Ressurs-enhet v/AKIM			Utsatt til mars 2021 pga mutert Covid-19	
<b>*5/19 Smittevern</b>	Smittevern tilknyttet pasienter med ESBL-smitte	Avd. RMS Avd. OPF		Fra rev program 2019 pga Covid-19	15759 15760 15761 Tidsfrist lukking 01.03.21	
<b>5/20 Smittevern</b>	Leger i klinikk sin kjennskap til smittevernprosedyrer	Enhet for leger			Utsatt til april 2021 (C-19)	
<b>6/20 Pasient-sikkerhet</b>	Medisinlager og bestilling av legemidler i det elektroniske bestillings-systemet	Avd. SLA Avd. OPF		Gjennomføres i mars		

### Revisjon miljøsertifisering ISO 14001

Rapporteringsansvar: Avdelingssjef eiendom og service

Tilsynsmyndighet	Tidspunkt	Antall avvik	Evaluering
Periodisk revisjon i regi DNV GL Ny rammeavtale med KIVA	Planlegges høsten 19 november 20. Utsatt til mars 2021.		Gjennomføres i mars 2021

### Konsernrevisjon

Rapporteringsansvar: Kvalitetssjef

Tilsynsmyndighet	Tidspunkt	Antall avvik	Evaluering
	Fra mai 2019	4	Det vises til styresak 83-2019 Konsernrevisjonens revisjon av vurderingspraksis ved Regional koordinerende enhet (RKE) og

			klinikk –rapporteres fra HSØ RHF og oppfølgingsplaner
--	--	--	-------------------------------------------------------

### Eksterne tilsyn

Rapporteringsansvar: Avdelingssjef eiendom og service

Tilsynsmyndigheter	Tidspunkt	Antall avvik	Evaluering

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

### 5.1. Epikrisetid

Rapporteringsansvar: Klinikksjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Minst 70 % av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning	Denne rapporteres i kap. 2.4 Mål i Oppdrag og bestilling for Sunnaas sykehus HF.				Leder for legene

### 5.2. System for tilbakemeldinger fra interessenter

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Overordnet system er etablert				Skal revideres	
System for hvert rehabiliteringsprogram er etablert				Skal revideres	

### 5.3. Tilbakemeldinger fra interessenter

Rapporteringsansvar: Kommunikasjonsdirektør

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

### 5.4. Henvisningsrutiner Regional koordinerende enhet - RKE

Rapporteringsansvar: Samhandlingssjef

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Andel nye henvisninger	3456	3208	3948		
Andel elektroniske henvendelser	35,5%	36,6%	31%		

Vurderingstid	70%	72%	68,2%		
Vurderingstid gjennomsnitt	8,8	5,5	5,92		
Vurderingstid Median	9	3	6		

## 6. Vurdering av ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

### 6.1. Endringer som kan påvirke kvaliteten

Rapporteringsansvar: Leder med ansvar for rapporterte områder

Områder	1.tertil	2.tertil	3.tertil	Forbedringstiltak og forventet effekt	Tiltaksansvarlig
Leveranse fra Sykehuspartner inklusiv STIM				Det ble gjennomført møte med ledergruppen i Sykehuspartner medio juni 2020, der tiltak avtalt tidligere gjennomgås og oppfølging avtales. Tilsvarende møte settes også opp i november. Sterkere deltagelse i viktige prosjekter for Sunnaas i STIM.  <b>Forventet effekt:</b> Bedre kontroll og forutsigbarhet på økonomi, raskere svar på endringsforespørslar. Forbedret påvirkningsmuligheter i STIM.	Innovasjonssjef
Åpne dokumenter i DIPS	505	695	588	695. Pr. august -20. <i>Forbedringstiltak:</i> Fokus i C-19 situasjon med ressurser i beredskap.	Klinikkjef
Datasikkerhet				Handlingsplan informasjonssikkerhet utarbeidet for 2020 Systematisk prioritering av anskaffelse av MTUer som krever ROS-vurderinger.  Forventet effekt: ROS-vurderinger mer ajour.	Innovasjonssjef v/informasjons-sikkerhetsansvarlig
For lite midler til aktivitetsvekst fra HSØ RHF				Sunnaas ble tildelt 1,5 millioner årlig i økt basis, i.f.m. fordeling i ØLP 2021-24. Tildelingen kom som et svar på gjentatte fremstøt mot HSØ RHF vedrørende behov for midler til økt	Økonomidir.

				aktivitet på linje med de andre foretak. 1,5 mill. er et skritt i riktig retning, men minst 3 mill. lavere enn beregnet proporsjonal andel av midler til økt aktivitet som HSØ RHF mottar fra HOD. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er anslått at foretaket og dermed høyspesialisert rehabilitering går glipp av 700-800 millioner i et 20 års perspektiv.</li> <li>- Forankre langsiktig utfordring knyttet til lave aktivitetsvekstsmidler i <b>foretaksledelsen</b></li> <li>- Forankre langsiktig utfordringen knyttet til lave aktivitetsvekstsmidler i <b>styret</b></li> <li>- Formidle langsiktig utfordring knyttet til lave aktivitetsvekstsmidler <b>til HSØ RHF</b></li> </ul>	
Lojalitet til kjøp av varer og tjenester				Det jobbes aktivt med avtalelojalitet. Der sykehuset har avtaledekning er hovedprinsippet å være lojal mot avtalene.	Avdelingssjef for eiendom og intern service/innkjøpsjef
Samarbeidsavtaler med helseforetak om program for Helse og arbeid				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeidsmøte med helseforetakene for utarbeidelse av avtaler.</li> </ul>	Klinikksjef
ISF-regelverket for rehabilitering er uhensiktsmessig og uklart				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delta i arbeidsgrupper for å revidere ISF-regelverket for rehabilitering</li> </ul>	Økonomidir.
Endring av rehabiliteringstilbud til pasienter med bløtvevssykdommer					Klinikksjef



## 7. Tilgjengelighetsplan – årlig evaluering gjennomføres 3. tertial

Rapporteringsansvar: Ledere med ansvar for de ulike områdene

Områder	Evaluering av tidligere tiltak og beskrivelse av nåsituasjon	Risiko	Forbedringstiltak	Tiltaksansvarlig
<b>1. Bygningsmessige</b> Tilgjengelighet for rullestoler, heis, dørbredde, tilpassede omgivelser, m.m.	1. Det gjennomføres omfattende vedlikehold av bygg i henhold til vedtatte planer.			Eiendomssjef Driftsingeniør
	Meldt fra klinikk  2. Bygg endringer utføres i hht lovkrav og universell utforming  3. Spesialsenger med ekstra bredde kommer ikke inn/ut dører til pasientrom		2. Kortleser med chip til inngang bygg H Kortlesere ved inngangsdører utilgjengelig for pasienter med nedsatt håndfunksjon.  3. Vurdere innkjøp av spesialsenger med justerbar sengebredde	Eiendomssjef   Klinikkssjef
<b>2. Omgivelser og miljø</b> Belysning, bråk, terapiareal som sikrer konfidensialitet, tilpasset møblement, m.m.	1. Feil parkering på handikapplasser  Vinter-vedlikehold Parkering for pasienter, ansatte og pårørende  2. Lytt mellom pasientrom og mellom pasientrom og behandlerrom i bygg D.  3. Lager for utstyr. Utstyr forsvinner og det bukes mye tid på å lete		1. Nesodden kommune bøtelegger biler som er feilparkert Dialog/møter med leverandør for oppfølging av rammeavtalen. Forsøker å sette opp markører som vil kunne forbedre parkering når oppmerking er dekket med snø.  2. Vil først bli ivaretatt ved nytt bygg.  3. Gjennomført prosjekt og ryddet i kliniske lagre i 2020. Inventarliste satt opp på alle lagre. Rutiner lagt inn i heliks	Eiendomssjef Driftsingeniør
<b>3. Holdninger</b> Alder, etnisk bakgrunn, sosialøkonomisk status, bruk av tilbakemeldinger, m.m.				
<b>4. Økonomiske</b> Finansieringssystem, m.m.	ISF-regelverket for rehabilitering er uhensiktsmessig og uklart		Planlagt prosess er igangsatt høsten 2020	Økonomidirektør/ klinikkssjef og klinikkoverlege
<b>5. Arbeidsforhold</b>				HR-dir.

Tilrettelegging, m.m.				
<b>6. Kommunikasjon</b> Oversettelse av materiell, kommunikasjonshjelpemidler, tolk, m.m.	Behov for oversettelse av informasjonsmateriel l til pasienter på flere språk – spesielt under covid-19			Kommunikasjonsdir.
<b>7. Teknologi</b> Utstyr og tjenester for pasienter og ansatte	Et omfattende digitaliseringsarbeid er igangsatt med tilhørende langtidspan. Dette på bakgrunn av et stort utviklingsbehov og gjelder utstyr og tjenester for både pasienter og ansatte.  For pasienter er det manglende digitale verktøy for involvering i behandlingstilbudet.		Styrket videokonferansesatsning ifm c-19. Teknologiuutviklingsplan er implementert. MTU-«fabrikk» etablert. Innovasjonsprosjekter blir igangsatt for kalender/ målplan og veifinningsløsning på sykehuset  Utvikling av digitalt verktøy for involvering i rehabiliteringsprosessen med mål og aktiviteter.	Innovasjonssjef
<b>8. Transport</b> Transporttilbud til aktiviteter som tilbys, m.m.				
<b>9. Integrering i samfunnet</b> Muligheter for å kunne benytte tilbud om deltagelse i fritids-/sportsaktiviteter, m.m.				
<b>10. Andre hindringer som identifiseres av pasienter/brukere, personalet og interessenter</b>				

## 8. Ledelsens gjennomgang av ytre miljø (ISO 14001:2015)

### årlig evaluering 3. tertial

Rapporteringsansvar: Avdelingssjef eiendom og service

Vurdering av	Evaluering av tidligere tiltak og beskrivelse av nåsituasjon	Risiko	Korrigerende tiltak	Forventet effekt
a) status for tiltak fra tidligere gjennomgørelser som ledelsen har foretatt				
b) 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				
c) i hvilken grad miljømål er oppnådd			Enkelte tiltak i miljøhandlingsplan er forsinket grunnet behov for å skjerme andre ressurser i sykehuset. Tempo tas opp igjen i 2021.	14001 med bistand fra Miljøleder
d) informasjon om organisasjonens miljøprestasjon, inkludert trender angående: 1) avvik og korrigerende tiltak 2) resultater av overvåking og måling 3) overholdelse av samsvarsforpliktelser 4) revisjonsresultater			Miljørevisjon utsatt pga. Covid-19. Planlegges	Miljøleder
e) tilstrekkelige ressurser			Se del c) om oppnåelse av miljømål	Ledelsens representant ISO 14001
f) relevant(e) henvendelse <sup>®</sup> fra interessepartnere, inkludert klager				
g) muligheter for kontinuerlig forbedring				

**Vedlegg:**

- Oppfølgingsplan for Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2020