

Ledelsens gjennomgåelse - gjennomføring i Sykehuset Østfold

Endring siden forrige versjon

Overordnet risikoreport SØ inngår fra og med 2016 i ledelsens gjennomgåelse. Prosedyren er oppdatert i henhold til dette.

Hensikt

Sikre at medarbeidere er kjent med:

- hva som inngår i ledelsens gjennomgåelse
- hvordan ledelsens gjennomgåelse utarbeides
- hvordan resultater og avvik diskuteres og rapporteres
- hvordan tiltak for forbedring iverksettes, følges opp og evalueres

Målgruppe

Medarbeidere i Sykehuset Østfold HF (SØ).

Fremgangsmåte

Generelt

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) skal bidra til oppfyllelse av lovkrav og fastsatte mål, samt vurdering og styring av risiko i virksomheten.

- LGG innebærer at man analyserer og diskuterer kvalitetsarbeid, HMS inkludert ytre miljø, aktivitet, økonomi, HR og IKT i henhold til fastsatt agenda/mal. Man fokuserer på om oppgaver innenfor områdene løses effektivt og hensiktsmessig, om rapporteringen og resultatene er som avtalt, eller om det må iverksettes forbedringsprosesser, endringer eller tilpasninger for best mulig å realisere virksomhetens mål
- LGG skal primært fokusere på områder som reguleres av helselovgivningen, helse, miljø og sikkerhet, informasjonssikkerhet, aktivitets- og handlingsplaner, HR-funksjonen og sykehusets styrende dokumenter
- LGG gjennomføres 3 ganger i året
- SØ er miljøsertifisert etter miljøstyringssystemet ISO-14001 og er pålagt å gjennomføre LGG av miljøstyringssystemet en gang per år. LGG for miljøstyringssystemet gjennomføres på nyåret for hele foregående år

Mål

Sikre en kontrollert, forsvarlig og pasientsikker drift i Sykehuset Østfold.

Risikovurdering

Risikomatrise:

Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Moderat					
	Liten					
	Meget liten					
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens				

Risikovurderingen har som mål å gi et samlet risikobilde for SØ. Risikomatrisen viser hvordan risikoene er vektet ut fra sannsynlighet og konsekvens, og presenterer risikoene samlet, som et produkt av sannsynlighet og høyeste konsekvens. Matrisen viser også hvordan risikoene endrer seg fra en rapportering til den neste.

Risikotabellen inneholder en beskrivelse av risiko og konsekvens, vektning av sannsynlighet og ulike konsekvensområder, samt beskrivelse av tiltak og effekt. Det er to ulike konsekvensmatriser; en for drift og en for IKT fase 3 (prosjekt for videreføring av gjenstående IKT-leveranser til nytt østfoldsykehus). Det er fire ulike konsekvensområder for henholdsvis drift og IKT fase 3, og hver enkelt konsekvensvurdering står for seg selv, og kan ikke sees på tvers av konsekvensområdene. Tiltak som er under arbeid eller som skal iverksettes beskrives i risikotabellene/handlingsplanen.

Risikotabell drift:

Risiko-ID	RISIKO	KONSEKVENNS-	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS-OMRÅDER				TILTAK
				PASIENT / KVALITET	HMS	RESSURS	ØKONOMI	

Risikotabell IKT fase 3:

Risiko-ID	RISIKOOMRÅDE / RISIKO	KONSEKVENNS-	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS-OMRÅDER				TILTAK
				FREMDRIFT	ØKONOMI	KVALITET	GEVINST	

	KONSEKVENNS-OMRÅDER	FORKLARING
DRIFT	Pasient / Kvalitet	Med pasient menes effekt og påvirkning på pasient og pasientsikkerhet. Med kvalitet menes effekt og påvirkning på tjenesten og evne til å tilby kunden tjenesten.
	HMS	HMS inkluderer 1) fysisk, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, 2) indre og ytre miljø, 3) fysisk sikkerhet og brannvern, 4) personvern og informasjonssikkerhet og 5) beredskap.
	Ressurs	Med ressurs menes effekt på ressursbruk av mennesker, kompetanse, utstyr og materiell.
	Økonomi	Med økonomi menes effekter på budsjett, regnskap og finansiering.
IKT FASE 3	Fremdrift	Med fremdrift menes effekt på ferdigstilling sammenlignet med plan for klinisk ibruktakelse.
	Økonomi	Med økonomi menes effekter på budsjett, regnskap og finansiering. Økonomi måles her overordnet mot konsekvenser for SØ, og ikke mot prosjektbudsjett.
	Kvalitet	Med kvalitet menes levert funksjonalitet i tjeneste eller produkt sammenlignet med spesifisering. Dette inkluderer effekter på HMS og pasientsikkerhet sammenlignet med spesifisering.
	Gevinst	Med gevinst menes forventet gevinstuttak sammenlignet med gevinstrealiseringsplan. Gevinstuttaket skjer i drift, mens prosjekter legger til rette for at gevinstuttaket skal kunne skje. Dette inkluderer effekter på HMS og pasientsikkerhet.

Ansvarsavklaring og gjennomføring

Avdelingsnivå

- Driftsrapportene som avdelingene sender til administrerende direktør tre ganger i året danner grunnlaget for LGG, jf. EK-prosedyrene [F/1.3.4-03 Rapportering lederavtale](#) og [F/1.5-11 Lederavtaler i Sykehuset Østfold](#)
- Administrerende direktør avholder oppfølgingsmøter med avdelingene tre ganger i året. Møtene tar utgangspunkt i de innsendte driftsrapportene
- I driftsrapportene fremkommer avdelingenes største utfordringsområder og tiltaksplaner

Foretaksnivå

- Basert på innsendte driftsrapporter og gjennomførte oppfølgingsmøter utarbeider avdeling for økonomi og oppfølging i samarbeid med en gruppe direktører på foretaksnivå, et utkast til LGG inneholdende et overordnet risikobilde for SØ med beskrivelse av korrigerende og forebyggende tiltak
- Stabsdirektørmøtet og deretter ledermøtet i SØ vurderer og eventuelt korrigerer utkastet til LGG

Styret for Sykehuset Østfold

- Avdeling for økonomi og oppfølging saksforbereder LGG med risikovurdering, og saken legges frem for styret

Helse Sør- Øst RHF

- Første LGG hvert år rapporteres som vedlegg til årlig melding

LGG knyttet til miljøsertifisering/ytre miljø

Omfatter:

- Gjennomgang av miljømål, miljøprestasjon og oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgåelse
- Gjennomgang av miljøpolitikken, hvor velegnet den er og om det er behov for endringer
- Resultater av interne revisjoner og vurdering av oppfyllelse av lovbestemte krav og eventuelle andre krav som organisasjonen pålegger seg
- Henvendelser fra eksterne berørte parter inklusive klager
- Status for forebyggende og korrigerende tiltak
- Endrede forutsetninger, inklusive utvikling med hensyn til lovbestemte krav og andre krav som angår virksomhetens miljøaspekter
- Konklusjon fra vurdering av samsvar med lovbestemte krav og egne krav

Gjennomgåelsen skal omfatte vurdering av muligheter for forbedring og behovet for endring av miljøstyringssystemet.

Resultat av ledelsens gjennomgåelse skal omfatte alle beslutninger og tiltak som angår mulige endringer av miljøpolitikk, miljømål og andre elementer av miljøstyringssystemet i henhold til forpliktelsen til kontinuerlig forbedring.

Ved store miljøpåvirkninger eller andre hendelser som er av stor betydning for hele organisasjonen skal dette gjennomgås med ledelsen så snart som mulig.

Referanser

[F/1.3.4-02](#)
[F/1.5-11](#)
[F/6.1.2.1-01](#)

Rapportering lederavtale
Lederavtaler i Sykehuset Østfold
Miljøstyringssystem. Sykehuset Østfold

Vedlegg

Slutt på Prosedyre