

Basert på Oppdragsdokument 2016, kap. 2.3 Risikostyring og internkontroll, kulepunkt 3:

- Ledelsen skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av foretakets interne styring og kontroll. Gjennomgangen skal omfatte, og konkludere på:
 - Kvalitet og pasientsikkerhet, inklusive vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
 - Informasjonssikkerhet
 - Klima og miljø
 - Beredskap

Målområde 1

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.

Delmål

- Ingen fristbrudd.
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.
- Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.


Målområde 2

Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.

Delmål


- Et sykefravær under 7,5 % for 2016.

Denne gjennomgangen blir av kvalitet og pasientsikkerhet og delmålene:

1. Ingen fristbrudd. 


Vurderinger:

- a. Ingen fristbrudd greier vi ikke, men det skal være under 2%. Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Tiltak:
 1. Månedlig målinger,
 2. Implementerte felles prosedyrer skal følges i avd.,
 3. Følges opp i ledergruppen - tiltaksplan 2016,
 4. Internrevisjon gjennomføres snarest mulig for å kartlegge hvordan prosedyrene etterleves
- c. Ledelsens vurdering er at vi ikke vil oppnå delmål 1

2. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager. 


Vurderinger:

- a. Dette delmålet vil vi oppnå. Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Tiltak:
 1. Jobbe strukturert med å få redusert antall langtidsventende, (jfr prosjekt UNN)
- c. Ledelsens vurdering er at vi vil oppnå delmål 2

3. Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016 


Vurderinger:

- a. Vurdert til gult - Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Ledelsens vurdering er at vi ikke vil oppnå delmål 3

4. Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer 

Vurderinger:

- a. Vurdert til grønn - Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Ledelsens vurdering er at vi vil oppnå delmål 4

5. Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 % 

Vurderinger:

- a. Vurdert til grønn - Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Ledelsens vurdering er at vi vil oppnå delmål 5

6. Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016



Vurderinger:

- a. Vurdert til gult - Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Tiltak
 - a. Gjennomgang og implementering av vedtatt Smittevernplan 2016
 - b. Gjennomgang og bruk av funn fra GTT teamene
- c. Ledelsens vurdering er at vi ikke vil oppnå delmål 6

7. Et sykefravær under 7,5 % for 2016



Vurderinger:

- a. Vurdert til gult - Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016
- b. Tiltak
 - a. Nærværsprosjektet
- c. Ledelsens vurdering er at vi ikke vil oppnå delmål 7

Tiltakene iverksettes.

Dato: 09.05.2016

Sign: Adm. dir
