

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2021

Helgelandssykehuset HF

08.03.2021

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Klinisk gjennomgående organisering (KGO).....	4
3	Klima og miljø.....	5
4	Kvalitetsstyring.....	6
4.1	Styrende dokumenter	6
4.2	Avviksmeldinger og behandling	7
4.2.1	Avvikstyper og årsaker	8
4.3	Pasienthendelser	10
4.3.1	Meldte alvorlige hendelser §3-3a	11
4.3.2	Hendelsesanalyser	12
5	Helse, miljø og sikkerhet	13
5.1	Sykefraværsutvikling	13
5.2	Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven	14
5.3	Personalskader	15
5.4	HMS- og stikkskadeavvik.....	15
5.5	REVISJONER.....	16
5.6	OPPSUMMERING	17
6	Tilsyn/revisjoner og pasientklagesaker	18
6.1	Tilsyn	18
6.2	Internrevisjoner.....	18
6.3	Internrevisjoner fra Helse Nord RHF.....	18
6.4	Pasientklagesaker.....	20
7	Informasjonssikkerhet og personvern	22
8	Arkivtjenesten	23
9	Oppsummering.....	25

1 Innledning

I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8,f, skal ledelsen, for å ha tilstrekkelig kontroll og nødvendig kunnskapsgrunnlag for styring, minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Relevant informasjon for gjennomgang av aktuelle områder i 2021 framkommer i denne rapporten.

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. I denne gjennomgangen er det følgende områder:

- ✓ Klinisk gjennomgående organisering (KGO)
- ✓ Klima og miljø
- ✓ Kvalitetsstyring
- ✓ Helse, miljø og sikkerhet
- ✓ Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker
- ✓ Informasjonssikkerhet og personvern (er i eget vedlegg u.off, jfr. Off.l§2)
- ✓ Arkiv

Strukturen er denne for hvert fokusområde/delområder:

Innenfor hvert fokusområde med delområder skal det vurderes risikonivå om man har oppnådd målet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Fokusområde/delområde			

Begrunnelse for risiko valg:

2 Klinisk gjennomgående organisering (KGO)

Helgelandssykehuset innførte den 23.8.21 klinisk gjennomgående organisering, der det overordnede målet er **å sikre at pasientene på Helgeland får et godt og enhetlig behandlingstilbud gjennom**

- Et bedre og mer kvalitativt tilbud
- Helgelandssykehuset er ETT sykehus
- Samling av fag gir bedre mulighet for fagutvikling, kompetanse- og erfaringsdeling

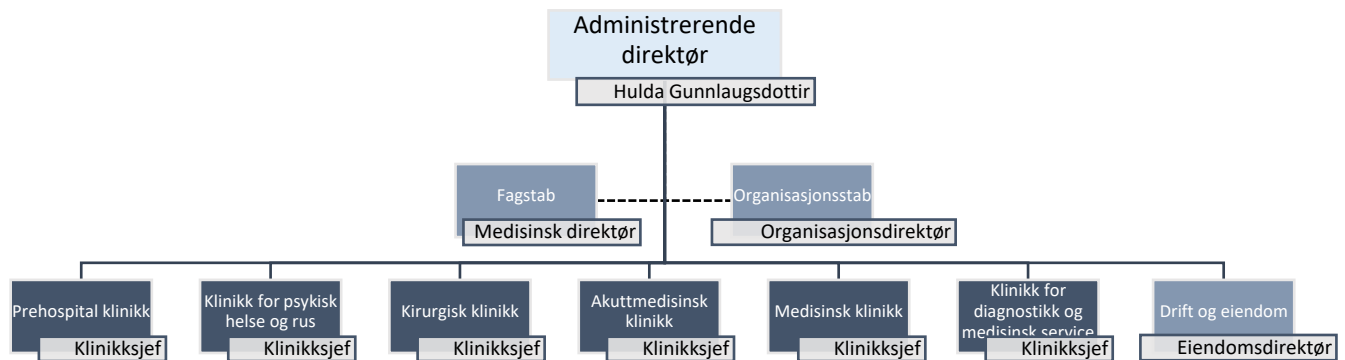


Fig.1: Nytt organisasjonskart Helgelandssykehuset fra 23.8.21

Sykehusledelsen har nå iverksatt trinn to i dette arbeidet, som planlegges å være ferdigstilt 1.9.22. I denne fasen skal man se på ytterligere organisatoriske tilpasninger som skal sikre at Helgelandssykehuset skal oppnå målene som er satt for prosjektet gjennom bedre harmonisering av intern struktur og samarbeid, harmonisering av stillingsstrukturer, etablering av faglige og organisatoriske støttefunksjoner og ferdigstilling av gjenstående tilpasninger fra trinn 1.

På samme måte som under trinn 1 i prosjektet, er det stort fokus på involvering og informasjon, der de tillitsvalgte er tett koblet på prosessen.

Det ble utarbeidet ROS-analyse for trinn 1, som er revidert og gjennomgått i ledermøte den 22.2.22. I den grad det er gjenstående tiltak som ikke er gjennomført i trinn 1, er disse overført til ROS-analysen for trinn 2.

Man kan i stor grad si at planlagte tiltak i trinn 1 er gjennomført, men en del av tiltakene er igangsatt og ikke ferdigstilt. Noen av tiltakene går over lang tid og vil være en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet/kulturbygging i organisasjonen (felles rutiner og samarbeid på tvers av klinikkene). Et av de viktigste områdene som ble vektlagt av ledelsen var informasjon og involvering, og det ble iverksatt flere tiltak knyttet til dette. Tidsrammen fra planleggingen startet av KGO trinn 1 til iverksettelse av ny struktur var forholdsvis stram, i tillegg til at det ble avvirket sommerferie i denne perioden. Dette førte til at noen ansatte opplevde de ikke fikk tilstrekkelig informasjon ifm oppstart av ny struktur. I trinn 2 har vi derfor invitert de tillitsvalgte til å oppnevne to representanter som skal følge planlegging og gjennomføring av prosessen tett. Det vil utarbeides møteplaner og kommunikasjonsplan på samme måte som man gjorde i trinn 1 og de tillitsvalgte vil også involveres sammen med klinikkene i arbeidet med å lage ROS-analyse for trinn 2.

ROS-analyse for trinn 2 vil behandles i ledergruppen den 3.5.22.

3 Klima og miljø

Helgelandssykehuset HF er en betydelig aktør i miljøsammenheng. Miljøavtrykket måles i hovedsak etter:

- Avfall - i mange former. Det genereres betydelige avfallsmengder i den daglige driften. Legemidler, smitte og matavfall er tre delområder med spesielt fokus.
- Energiforbruk - er knyttet til oppvarming, belysning og drift av bygninger og medisinske tekniske utstyr.
- Vannforbruket - er både til daglig drift og delvis til avkjøling.
- Kjemikalier og stoffkartotek. Det forbrukes betydelige mengder kjemikalier av forskjellige typer. All bruk av kjemikalier er risikovurdert
- Transport av pasienter og ansatte. Det største miljøavtrykket for Helgelandssykehuset, er transport av pasienter til og fra og i mellom sykehusene på Helgeland, og til andre sykehus. Det er også en del tjenestereiser.

Tallene for avfall, energi og vannforbruk følges opp kvartalsvis. Oppfølgingene viser at enhetene arbeider godt med miljø. De tallene som fremkommer gir et godt grunnlag for videre arbeid. Helgelandssykehuset avgir tall til nasjonalt register for miljøavtrykk for egen drift av bygningsmasse, transport av eget personell og transport av pasienter.

Helgelandssykehuset HF var i 2021 sertifisert etter miljøstandarden ISO14001:2015. I henhold til standarden gjennomføres det interne og eksterne prosesser og prosedyrer som ivaretar kravene i standarden.

Miljøavtrykket for 2020 er vesentlig påvirket av pandemien.

- Flyreiser for ansatte er redusert med ca. 55 %
- Ambulansetrafikk med biler og båter er redusert med ca. 16 %
- Pasienttransport i regi av pasientreiser er redusert med ca. 22 %
- Avfallsmengden i sykehusene er redusert med ca. 5 %
- Sykehusene økt sorteringsgraden av levert avfall
- Energiforbruket for 2020, for oppvarming er påvirket av en mild høst

Nytteverdien av tredjepartssertifisering har de siste årene stadig vært et tema til diskusjon i helseregionene. Flere helseforetak mener at årlige eksterne revisjoner for å opprettholde ISO 14001 sertifikatet er for ressurs- og kostnadskrevende sett opp mot effekten som oppnås. Derfor sees det på alternative løsninger med interne revisjoner i foretaksgruppen.

Helgelandssykehuset vil derfor fra 2022 ikke være miljøsertifisert men ha fokus på implementering av felles miljøstyringssystem i Helse Nord RHF.

For 2021 har Helgelandssykehuset ikke god oversikt over status på miljøavtrykket, men antas å ikke være vesentlig endret fra 2020.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Klima og miljø			x

Tiltak:

1. Drift og eiendom vil finne tiltak slik at vi igjen får den oversikten vi har behov for å sikre at vi har gode styringsdata og kan overholde de krav vi har til miljø.

4 Kvalitetsstyring

Krav: Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

4.1 Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til hvert dokument er det tilknyttet informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. Dokumentet gis som standard en gyldighet i to år. Før utløp av denne fristen får dokumentansvarlig en automatisk generert e-post om at dokumentet må gjennomgås/revideres. Det forventes da at dokumentet blir gjennomgått og at det blir tatt stilling til om dokumentet skal endres eller godkjennes slik det er for en ny periode. Dette skal sikre at dokumentene er oppdaterte. Revisjoner (vedlikeholdet) er dermed en vesentlig del av kvalitetssikringen.

Helgelandssykehuset hadde i Docmap:

Pr. 31.12.2021 samlet 8946 dokumenter

Pr. 31.12.2020 samlet 7280 dokumenter

Pr. 31.12.2018 samlet 6304 dokumenter

Pr. 31.12.2017 samlet 4935 dokumenter

Økningen er jevnt stigende. Av de 8946 dokumentene var 2076 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 23 %. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt betraktes som så høy ved enkelte avdelinger at tiltak raskt bør iverksettes.

Klinikk	Ant. dokumenter i Docmap	Ant. ikke reviderte	Andel ikke reviderte
Klinikk for diagnostikk og medisinsk service	2259	349	15 %
Akuttmedisinsk klinikk	1832	446	24 %
Kirurgisk klinikk	1533	409	27 %
Medisinsk klinikk	1249	529	42 %
HF	905	295	33 %
Klinikk for psykisk helse og rus	675	115	17 %
Prehospital klinikk	357	76	21 %
Drift og eiendom	136	51	38 %
Sum	8946	2270	25 %

Andelen dokumenter i Docmap som ikke er revidert er for stor. Med de automatiserte varslinger som finnes gir det mulighet for å sikre at revisjoner gjennomføres som oppsatt. En kjent sårbarhet er at dokumenter i Docmap kan bli stående som tilknyttet personer som er sluttet i sine stillinger, derfor skal klinikkene vurdere sine rutiner for å unngå dette. Docmap gir også mulighet for å søke opp dokumenter som skal revideres i forkant av «utløpsdato».

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Styrende dokumenter		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde Styrende dokumenter er at vi har en for høy andel ikke reviderte dokumenter i Docmap. Utdaterte/ikke oppdaterte prosedyrer kan medføre risiko for pasientsikkerhet.

Tiltak:

1. Ansatte som har oppgaver i Docmap bør utføre de oppgavene som har oppgavetype: Dokument, tid for revidering.
2. Lederne må bidra til at de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, får mulighet til å kunne utføre dette arbeidet.
3. Fagstab kan bistå der det er behov, for eksempel der prosedyrer skal samordnes.

4.2 Avviksmeldinger og behandling

Varsel om alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens §3-3a skal skje umiddelbart. Med umiddelbar varsling menes snarest og senest innen påfølgende dag. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Vi har også meldeplikt om unaturlig dødsfall til politiet, samt meldeplikt til Legemiddelverket ved feil på medisinsk utstyr. Dette gjelder hendelser som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, brukers eller annen persons helsetilstand og som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr.

For de andre hendelsene har vi ingen spesifikke krav, det er et generelt forbedringstiltak, det at det meldes ifra når uønskede hendelser oppstår. Vedr. behandlingstid forholder vi oss til Forvaltningsloven § 11a. Den sier en måned eller 20 arbeidsdager.

I 2021 ble det meldt 2380 avviksmeldinger

I 2020 ble det meldt 2300 avviksmeldinger

I 2019 ble det meldt 2017 avviksmeldinger

I 2018 ble det meldt 2353 avviksmeldinger

I 2017 ble det meldt 2370 avviksmeldinger.

Det er relativt stabile tall fra år til år, foruten om en liten nedgang i 2019.

Av de 2380 meldingene i 2021 er 1406 (59 %) lukket/sluttbehandlet.. Dette er en liten forbedring fra tidligere år. Det finnes samtidig meldinger som ligger tilbake i tid, altså eldre enn fra 2021 som enda ikke er lukket. Andelen meldinger i Docmap som ikke er lukket innen rimelig tid er stor. (For perioden 2017-2020 er det 1024 av 9204 avvik som ikke er lukka, dvs. 11%)

Oversikt åpne/lukket avviksmeldinger for 2021:

Oversikt 2021	Klinikker:								
Pr. status	Diagnostikk og med. service	Drift og eiendom	Kirurgisk	Medisinsk	Prehospital	PSYK	Akuttmedisinsk	Totalsum	
Ferdig	199	10	320	349	74	150	304	1406	
Mottatt	91	16	261	243	29	69	233	942	
Venter		1	4	16	6	2	3	32	
Totalsum	290	27	585	608	109	221	540	2380	
Andel ikke lukket	31 %	63 %	45 %	43 %	32 %	32 %	44 %	41 %	

- Kommentarer – oppfølging Ledere bør avsette tilstrekkelig med tid og ressurser for oppfølging av avvik.
- Meldekultur. Antagelig oppstår hendelser som burde vært registrert, men som ikke registreres. En del pasientklagesaker i Elements er ikke registrert som avvik/hendelser i Docmap, det kan bety at pasienter opplever en hendelse som et avvik uten at det bør være et avvik eller at det har skjedd et avvik eller en uheldig hendelse som kunne gi mulighet for forbedring og dermed burde vært meldt i avvikssystemet. Ledere bør oppfordre til å melde inn uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag.
- Rutiner for saksbehandling av hendelser bør gjennomgå på foretaksnivå og sikre at omforente rutiner er kjent og antall avvikshendelser som blir liggende for lenge hos ledere (og saksbehandlere) før avviksbehandling slutføres reduseres.

Tiltak:

1. fagstab gjennomgår rutiner for saksbehandling av hendelser og sikrer at omforente rutiner er kjent.
2. Ansatte som har oppgaver i Docmap bør utføre de oppgavene som har oppgavetype: Avvik/Forbedring
3. Ledere må bidra til at de ansatte som har slike oppgaver liggende i Docmap, får mulighet til å kunne utføre dette arbeidet. og også selv prioritere dette arbeidet.

4.2.1 Avvikstyper og årsaker

Meldte avvikshendelser pr. avvikstype – 2021:

Oversikt	Klinikk							Totalsum
Pr. avvikstype	Diagnostikk og Drift og		Kirurgisk	Medisinsk	Prehospital	PSYK	Akuttmedisinsk	Totalsum
	med. service	eiendom						
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	141	13	131	99	37	36	231	688
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	56	7	151	179	37	54	148	632
⊕ Pasienthendelseskjema for HSYK	20		146	177	8	22	81	454
⊕ Legemiddelhåndteringsavvik			63	80	3	94	32	272
⊕ HMS-avvik, HSYK	4	3	24	37	13	11	15	107
⊕ Avvik for laboratorier/blodbank, HSYK	54						2	56
⊕ Pakkeforløp avvik, HSYK	1		37			1	1	40
⊕ Melding om stikkskade	2		15	14	2		5	38
⊕ Skademelding personal, Helgelandssykehuset	1	1	7	8	4	2	7	30
⊕ Feil ved elektromedisinsk utstyr, HSYK		1		3	3		3	10
⊕ Strålevern avvik, HSYK	4			1				5
⊕ Avvik annen avdeling		2						2
Totalsum	283	27	574	598	107	220	525	2334

Av meldte avvikshendelser pr. avvikstype ser vi at Avvik i annen avdeling er valgt flest ganger. Fordeling sortert etter årsak 2021:

Oversikt	Klinikk							Totalsum
Pr. avvikstype og årsak	Diagnostikk og Drift og		Kirurgisk	Medisinsk	Prehospital	PSYK	Akuttmedisinsk	Totalsum
	med. service	eiendom						
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	141	13	131	99	37	36	231	688
⊕ 3.1 Prosedyre	65	5	39	32	17	4	90	252
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	53	2	30	21	10	2	65	183
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	6		4	7	1		9	27
3.1.99 Annet ? prosedyrer	3	1	3		5	1	6	19
3.1.1 Prosedyre mangler	2	1	2	2	1	1	4	13
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre				2			3	5
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1	1					3	5
⊕ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	29	1	29	18	8	7	53	145
3.2.1 Mellom ansatte	13		22	10	1	3	40	89
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	12	1	4	6	4	2	7	36
3.2.2 Med eksternt part	2		3	1	3	1	3	13
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	2			1		1	3	7
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	20	6	24	19	2	12	38	121
3.5.3 Resurser/arbeidsmengde	3		9	8		3	8	31
3.5.99 Annet – organisering/kompetanse/ressurser	6		5	10	1	2	6	30
3.5.1 Opplæring	3					1	3	7
3.5.2 Kompetanse / kompetansesammensetning	1		1	1		1	2	6
3.5.4 Samtidighetskonflikt	1		2		2		1	6
3.5.6 Samspill	2					2	1	5
3.5.5 Uklare ansvarsforhold			1	1		1	1	4
⊕ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	3	1	8	4	5	2	14	37
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	4		9	4	2		10	29
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	4		4	2		1	4	15

Avvik og forbedring i egen avdeling er nest mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik for 2021:

Oversikt	Klinikk							Totalsum
	Diagnostikk og med. service	Drift og eiendom	Kirurgisk	Medisinsk	Prehospital	PSYK	Akuttmedisinsk	
Pr. avvikstype og årsak								
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	141	13	131	99	37	36	231	688
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	56	7	151	179	37	54	148	632
⊕ 3.1 Prosedyre	21		36	37	7	9	38	148
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	16		26	29	5	7	21	104
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	2		3	4	1		10	20
3.1.1 Prosedyre mangler			2	2		2	4	10
3.1.99 Annet ? prosedyrer	3		1	1		1	2	8
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre			1	1			1	3
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar			3				3	3
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	9		30	47	1	8	35	130
3.5.3 Ressurser/arbeidsmengde	8		18	24		2	19	71
3.5.99 Annet – organisering/kompetanse/ressurser			4	12		1	8	25
3.5.2 Kompetanse / kompetansesammensetning			2	1		2	5	10
3.5.1 Opplæring				3		1	1	7
3.5.4 Samtidighetskonflikt			4	1			2	7
3.5.5 Uklare ansvarsforhold			1	4			5	5
3.5.6 Samspill	1		1	2		1	5	5
⊕ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	8	3	30	35	9	6	25	116
3.2.1 Mellom ansatte	3		11	20	2	5	16	57
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling	1		5	6	3	4	3	22
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	2		3	2		1	8	8
3.2.2 Med eksternt part			1				1	2
⊕ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker	6	2	18	10	6	17	8	67
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	2	2	13	18	7	4	20	66
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer	4		4	4	2		2	16

Pasienthendelseskjema var tredje mest valgte avvikstype og årsakene fordelte seg slik for 2021:

Oversikt	Klinikk							Totalsum
	Diagnostikk og med. service	Drift og eiendom	Kirurgisk	Medisinsk	Prehospital	PSYK	Akuttmedisinsk	
Pr. avvikstype og årsak								
⊕ Avvik i annen avdeling, HSYK	141	13	131	99	37	36	231	688
⊕ Avvik og forbedring i egen avdeling, HSYK	56	7	151	179	37	54	148	632
⊕ Pasienthendelseskjema for HSYK	20		146	177	8	22	81	454
⊕ 3.1 Prosedyre	10		44	33	1	2	30	120
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	6		29	26	1	2	17	81
3.1.99 Annet ? prosedyrer	3		9				2	14
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre			3	1			6	10
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	1		2	2			2	7
3.1.1 Prosedyre mangler				3			2	5
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre			1	1			1	3
⊕ 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker			29	64	1	8	6	108
3.6.99 Andre medvirkende faktorer/årsaker			14	29	1	4	4	52
3.6.4 Pasientens atferd/kognitive tilstand			7	28		3	1	39
3.6.3 Alvorlig sykdom			2	4		1	1	8
3.6.2 Kjent komplikasjon/kalkulert risiko			3	2			5	5
3.6.1 Fysisk infrastruktur / lokaler			1	1			2	2
3.6.5 Avstand/lokalisering			2				2	2
⊕ 3.2 Kommunikasjon/samhandling	2		34	22	4	3	22	87
3.2.1 Mellom ansatte	1		18	11		2	12	44
3.2.99 Annet – kommunikasjon/samhandling			8	3	1		6	18
3.2.3 Mellom pasient/pårørende og ansatte	1		6	6	1		1	15
3.2.2 Med eksternt part			2	2	2	1	3	10
⊕ 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser	4		26	31	1	4	8	74
⊕ 3.3 Utstyr/produkter	2		10	16		5	10	43
⊕ 3.4 IKT-Utstyr og -systemer			3	10			5	20
				1	1			2

Samla sett ser vi at årsaken «Prosedyre ikke fulgt», er den mest valgte årsaken innen alle de tre hyppigst valgte avvikstypene. Dette vil det bli satt fokus på i 1ste halvår 2022.

Ellers ser vi at det er årsakene: Kommunikasjon/samhandling og Organisering/kompetanse/ressurser som er blant de tre mest brukte årsakene.

Avvikstype	Årsak
Avvik i annen avdeling	1. Prosedyre
	2. Kommunikasjon/samhandling
	3. Organisering/kompetanse/ressurser
Avvik og forbedring i egen avdeling	1. Prosedyre
	2. Organisering/kompetanse/ressurser
	3. Kommunikasjon/samhandling
Pasienthendelseskjema	1. Prosedyre
	2. Annet – medvirkende faktorer/årsaker
	3. Kommunikasjon/samhandling

Det var et mål i 2021 at andelen «Pasienthendelseskjema» skulle øke og helst bli større enn «Avvik i annen avdeling». For 2021 var andelen ca. 20% pasienthendelseskjemaer og ca. 30% avvik i annen avdeling.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Avviksmeldinger og behandlinger		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Innen området Avviksmeldinger og behandlinger må saksbehandlingstiden reduseres og flere avvik må lukkes innen rimelig tid. er forbedringsarbeidet skal settes inn på topp 3 årsaker til avvikene.

4.3 Pasienthendelser

År	Ant. registrerte pasienthendelser i Docmap
2021	454
2020	419
2019	277
2018	311
2017	272

Utviklingen i antall registrerte pasienthendelser i Docmap ser vi er økt, vi hadde en liten nedgang i 2019 men økte i 2020 og 2021. Det viser forbedring i meldekultur.

Oversikt registrerte pasienthendelser pr. risiko og hendelsestype 2021:

Oversikt	Risiko					
Pr. avvikstype/hendelsestype	Høy	Middels	Lav	(tom)	Totalsum	
Pasienthendelsesskjema for HSYK	83	256	41	74	454	
2.3 Behandling og pleie	19	77	8		104	
2.4 Fall og uhell	17	72	9		98	
				74	74	
2.2 Diagnostikk/utredning	12	33	7		52	
2.1 Pasientadministrasjon	9	26	7		42	
2.5 Dokumentasjon/informasjon	6	23	2		31	
2.7 Legemidler	4	18	6		28	
2.8 Medisinsk/teknisk utstyr	7	5	1		13	
2.9 Pasientatferd	6	2			8	
2.54 Teknisk og IKT	1		1		2	
2.51 Helse, - Miljø og Sikkerhet (HMS)	2				2	
Totalsum	83	256	41	74	454	

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap ser vi at det for 2021 var 83 som ble kategorisert med høy risiko. Innenfor disse var det høyest antall av hendelsestypen: Behandling og pleie, dernest fall og uhell så Diagnostikk/utredning. Kolonnen (tom) angir antall avvik som det ikke er startet saksbehandling på.

4.3.1 Meldte alvorlige hendelser §3-3a

Meldte §3-3a hendelser 2021 i Docmap	Risiko				
Pr. hendelsestype	Høy	Middels	(tom)	Totalsum	
2.3 Behandling og pleie	1	5		6	
2.3.1 Valg av behandlingsmetode/-intensitet		2		2	
2.3.4 Observasjon og overvåking	1	1		2	
2.3.99 Annet – behandling og pleie		1		1	
2.3.8 Fødsel		1		1	
2.7 Legemidler		3		3	
2.7.1 Ordinering		1		1	
2.7.6 Bivirkning / interaksjon av legemidler		1		1	
2.7.4 Utdeling av legemidler		1		1	
2.9 Pasientatferd	3			3	
2.9.4 Selvmord	3			3	
2.2 Diagnostikk/utredning	1	1		2	
2.2.99 Annet – diagnostikk/utredning		1		1	
2.2.1 Klinisk vurdering	1			1	
			2	2	
2.5 Dokumentasjon/informasjon		1		1	
Totalsum	5	10	2	17	

Av de registrerte pasienthendelsene i Docmap som også ble meldt til helsetilsynet som §3-3a hendelser, ser vi at: Behandling og pleie er den kategorien som ble valgt flest ganger, så ser vi at Fall og uhell samt Diagnostikk/utredning kommer på 2. og 3. plass for de som ble meldt til helsetilsynet som §3-3a hendelser.

4.3.2 Hendelsesanalyser

Basert på registrerte pasienthendelser i Docmap, meldte alvorlige hendelser § 3-3a og pasientklagesaker, har HSYK gjennomført hendelsesanalyser i:

- 2021 14 stk.
- 2020 4 stk.
- 2019 3 stk.

Tilsynsmyndighetene etterspør i stadig økende grad om hendelsesanalyse er gjennomført. Vi ser at dette er et viktig verktøy som analyse metode for å bedre forstå årsakene til at hendelser skjer og hva vi kan lære. Denne metoden, sammen med hendelsesgjennomgang (en gjennomgang med noe mindre omfang) har HSYK gjennomført i mye større grad i 2021 enn tidligere år.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasienthendelser		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Vi ser en økende registrering av pasienthendelser dette en positiv utvikling. Risikovurderingene viser at vi må ha fokus på Behandling og pleie, Diagnostikk/utredning samt fall og uhell. Vi bruker de innmeldte pasientklagesakene til å lære av hendelsene og vi benytter i større grad hendelsesanalyser.

Tiltak:

1. Fagstab skal opprette en struktur for utarbeidelse-, rydding i- og oppdatering av prosedyrer/rutiner/sjekklistene mm som vedlikeholder kvalitetssystemet på en måte som er mer personavhengig enn i dag.
2. Fagstab skal gjøre «Pasienthendesskjema» bedre kjent slik at bruken økes.
3. Fortsatt oppmerksomhet på metoden hendelsesanalyser/-gjennomgang slik at den tas mer i bruk. Fagstab bidrar ved behov i opplæring og gjennomføring
4. Økt oppmerksomhet på å bruke læringspunkter fra hendelsesanalyser/-gjennomgang til forbedring i hele organisasjonen. Kvalitetsrådene og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget skal bidra til at viktige læringspunkter spres på tvers i organisasjonen og medfører forbedring
5. Oppfølging av at meldte §3-3a hendelser på melde.no også blir registrert i Docmap, kvalitetsrådgiverne skal bidra til dette.
6. Alle pasientklagesaker besvares fra klinikkssjef- eller foretaksnivå.
7. Klagesaker, avvik og hendelser kan behandles i kvalitetsråd og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget slik at det kan gis anbefaling om oppfølgende forbedringsprosjekter i linjen.

5 Helse, miljø og sikkerhet

Temaer:

- Sykefraværsutvikling
 - Oppsummert om sykefravær
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven
 - Oppsummert om AML brudd
- Personalskader
 - Oppsummert om personskader
- HMS- og stikkskadeavvik
 - Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

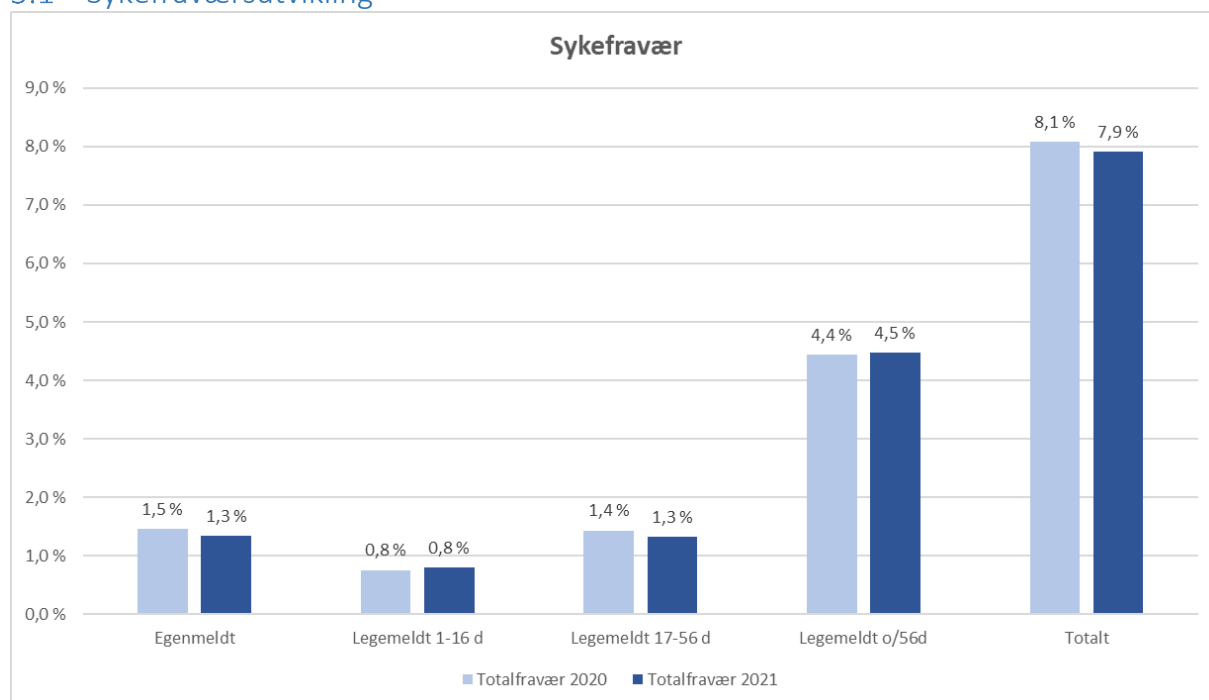
REVISJONER

- Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet
 - Oppsummering tilsyn

OPPSUMMERING

- HMS område i HSYK

5.1 Sykefraværsutvikling



Oppsummert om sykefravær

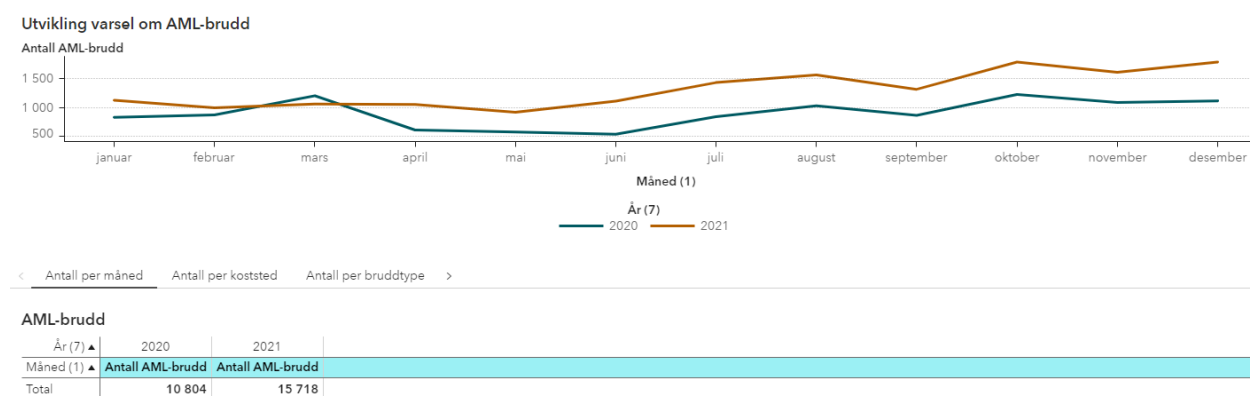
Sykefraværsutviklingen viser at egenmeldt fravær og legemeldt fravær 17-56 dager går litt ned. Legemeldt fravær 1-16d er uendret. Legemeldt fravær o/56d går opp med 0,1 %. Totalt så reduseres fraværet fra 8,1% til 7,9% sammenlignet med året før.

I 2021 har koronarelatert fravær (kodet med koronafraværs koder) en andel på 0,3% av det totale sykefraværet. Det er videre en tydelig økning av sykefraværet i siste tertial mot samme periode året før.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Sykefraværsarbeid		x	

Begrunnelse for risiko valg: HSYK har et sykefravær over Helse Nord sin målsetting på 7,5%, det i seg selv vurderes som risiko som krever tiltak. Fravær har ofte komplekse årsaker og bak alle fraværspresenter er det enkeltpersoner. HSYK er deltaker i et regionalt Nærværnettverk. I den sammenheng er det etablert piloter som skal jobbe med sykefravær utfordringer etter bestemte tilnærminger og metoder. Videre har HSYK en systematisk tilnærming til avdelinger som har fravær over 10%. Her avklares det om fraværet skyldes utfordringer knyttet til arbeidsforhold som fysisk arbeidsmiljø eller psykososialt arbeidsmiljø. Videre om fravær utfordringene håndteres i avdelingen/enheten eller om det ønskes bistand fra f.eks HR-avdeling, BHT eller NAV arbeidslivssenter. Økningen i siste tertial viser økning for både korttids- og langtidsfravær. Det anses å ha en sammenheng i en generell økning av covid-19 smitte blant befolkningen.

5.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven



Oppsummert om AML brudd

- I 2021 ble antall AML brudd økt med 31 % sammenlignet med 2020. Etter at Covid-19 hadde rammet Norge, ble det inngått sentrale dispensasjoner på arbeidstidsbestemmelsene mellom partene i spesialisthelsetjenesten. Denne generelle utvidelsen bidro i betydelig grad til en reduksjon av antall AML brudd i 2020. Denne sentrale avtalen var gjeldende fom.14.mars til 13.sep 2020. Etter dispensasjonsperioden, kom det økning i antall AML brudd. Økningen på 31% er derimot noe mindre enn reduksjonen på 39% året før.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Antall AML brudd		x	

Begrunnelse for risiko valg: AML brudd har stort fokus i HSYK. Ledere og tillitsvalgte har ønske om færrest mulige brudd. Det gis «dispensasjoner» på arbeidstidsbestemmelsene i hht. tariff på mange tjenesteområder hvert år mellom tillitsvalgte og avdelinger. I tillegg rapporteres AML brudd til Arbeidsmiljøråd og AMU.

Tiltak:

- Fortsatt fokus fra ledelsen og tillitsvalgte i å utarbeide gode kalenderplaner som reduserer risikoen for AML brudd.
- Ledere må følge opp når inngåtte dispensasjoner på utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene er utløpt, at disse blir revurdert og eventuelt fornyet

- I samarbeid mellom lederlinje og HR sikre at inngåtte dispensasjoner blir lagt inn korrekt i systemet for arbeidstidsregistrering slik at kvaliteten på styringsdataene forbedres.

5.3 Personalskader

Det var i 2021 registrert 31 avviksmeldinger knyttet til typen «Skademelding Personal» i vårt avvikssystem. Året før (2020) var dette tallet 23.

Oppsummert om personskader

De fleste personskadene som er registrert, er knyttet til fall eller feil belastning ved forflytning/håndtering av pasienter.

Det gjøres oppmerksom på at det innenfor typen avviksmelding «HMS» kan «skjule» seg enkelte registreringer som inneholder personskader. En slik manuell kontroll/telling er ikke gjennomført.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Personalskader	x		

Begrunnelse for risiko valg: Registrering og behandling av avvik knyttet til personskader fungerer etter hensikten i HSYK. Slike avvik får berettiget oppmerksomhet på oppstått nivå og i Arbeidsmiljørådet da de kan omhandle skade med fravær eller feil/mangle på utstyr.

5.4 HMS- og stikkskadeavvik

	2020	2021	Endring
HMS	212	106	-106
Stikkskade	21	38	+17

Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

I HSYK benyttes avvikssystemet aktivt for å melde HMS-avvik. Den store reduksjon mellom 2020 og 2021 skyldes to forhold.

- Omkring 100 HMS avvik i 2020 knyttes til «kreftkirurgi-saken»
 - Ca.20 avvik som ble meldt i starten på pandemien i 2020 knyttes til mangel på eller feil på smittevernutstyr eller mangler ved rutiner i som omhandlet smittevern
- Justert for de omtalte avvikene over, er HSYK stabil i antall HMS avvik. Når det gjelder stikkskader er det en økning sammenlignet med året før på +17 stk.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. HMS avvik	x		
2. Stikkskade avvik	x		

Begrunnelse for risiko valg:

1. Registrering og behandling av HMS avvik fungerer etter hensikten i HSYK
2. Økningen anses som positivt, da man har hatt antagelser om underrapportering. Har årsak i at det tidligere har blitt meldt om hindre som vanskelig å praktisere rutine og skrive stikkskadeavvik.

5.5 REVISJONER

Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet

Avsluttet	Pålegg	Avd	Område
28.10.21	4	VOP MSJ	Klinikk for psykisk helse og rus
Pågår		Ambulansetj.	PREH (oppfølgingstilsyn avholdt 9.12.2021)
6.5.2021	2	BUP Br.sund	Psykiatritjenesten
6.5.2021	2	VOP og Rus Br.sund	Psykiatritjenesten

Oppsummering tilsyn

Foruten tilsynet mot Ambulansetjenesten og VOP Mosjøen, var alle øvrige tilsyn strategiske tilsyn. Tilsynet ved VOP Mosjøen var i tilknytning til inneklima og systematisk HMS arbeid og videre oppfølging/tiltak i forbindelse med dette.

Alle pålegg er oppfylt.

Når det gjelder ambulansetjenesten avventer de en rapport fra Arbeidstilsynet etter det avholdte oppfølgingstilsynet.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
1. Oppfyllelse av pålegg	x		

Begrunnelse for risiko valg:

1. Håndtering og oppfølging av tilsyn fra Arbeidstilsynet kan ofte være omfattende og involvere mange parter, som krever både koordinering og inneholder tidsfrister. Det er derfor viktig å følge dette tett og ha tydelige avklaringer internt.

Ekstraordinære arbeidsmiljøtiltak i 2020

Helgelandssykehuset har gjennom 2021 gjennomført ekstraordinært tiltaksarbeid knyttet til arbeidsmiljø blant annet med bakgrunn i beslutningen om å endre sykehusstrukturen på Helgeland og kreftkirurgisaken. I forbindelse med etableringen av ny klinisk gjennomgående struktur i HSYK, ble det nedsatt ei partssammensatt arbeidsgruppe ledet av HR. Gruppas oppdrag var å jobbe fram ett eller flere forslag til slik struktur.

Ved overgang til klinikkstruktur (23.08.21) ble det opprettet arbeidsmiljøråd (AMR) i hver av de 6 klinikkene samt i drift og eiendom.

Totalt er det nå etablert 7 AMR, som er underutvalg av AMU. AMR møter har vært gjennomført i både gammel og ny struktur i driftsåret 2021.

AMR er partssammensatt, ledes av klinikkjef og tilrettelegges av HR. Gjennom arbeid i AMR`ene er det lagt en struktur for å sikre at alle klinikker og staber ivaretar HMS på systemnivå.

Målet er at ordinær HMS-systematikk skal være tilfredsstillende for å ivareta arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset.

Videre har det vært fokus på at utviklingsprosesser gjennomføres på en måte som støtter arbeidsmiljøutviklingen. Dette har vært viktig for å sikre god medvirkning, og å skape forutsigbarhet og trygghet.

Klinikker og staber følger opp funn i ForBedringsundersøkelsen 2021 i henhold til vanlig praksis.

Hver klinikk og stab utarbeider bl.a. på bakgrunn av ForBedringsrapport, vernerunder og utviklingssamtaler og egne HMS handlingsplaner med konkrete tiltak for eget arbeidsmiljø.

Det er i løpet av 2021 lokalisert kvalitetsrådgivere til fagstab. Disse arbeider tett opp mot klinikkledergruppene. HR ressurser og sekretærfunksjon fra HR stab, jobber også tett opp mot klinikkledergruppene.

I opplæringen av verneombud og AMU representanter er det i 2021 gjort avtale med en ny leverandør av den elektroniske delen av opplæringen, som kombineres med fysiske kursdager.

5.6 OPPSUMMERING

HSYK har mange HMS relaterte aktiviteter. Arbeidsmiljøutvalget gjennomførte 5 møter og behandlet 55 saker. De sju arbeidsmiljørådene gjennomførte tilsammen 28 møter.

AKAN har utarbeidet handlingsplan for 2021 og bidratt til å styrke organisasjonens kunnskap om AKAN ved deltakelse på ledermøter, avdelingsmøter, verneombudssamlinger og på opplæringsprogram for nye ledere.

Helgelandssykehuset har i 2021 økt bruken av bedriftshelsetjenesten. De har bl.a. vært brukt til å gjennomføre helsekontroller, arbeidsplassvurderinger, saker knyttet til inneklima og arbeidsmiljø. Bedriftshelsetjenesten har også hatt møter i klinikkene for å informere om hva de kan tilby, og plan for bruk av BHT (handlingsplaner). HR koordinerer møtene mellom BHT og klinikkene.

Inneklima Psykiatrisk senter Mosjøen;

AMA v/UNN (Arbeids- og miljømedisinsk avdeling) har på forespørsel i 2021 bistått i arbeidet og levert en rapport med forslag til forbedring.

Arbeidstilsynet gjennomført tilsyn og gitt pålegg knyttet til inneklimaet, disse ble lukket i 2021.

Det er oppnevnt en partssammensatt gruppe som i hovedsak jobber med forbedringsforslagene i AMA rapporten.

Arbeidsmiljøprosesser/lederstøtte;

I 2021 har det vært gitt bistand i 8 arbeidsprosesser av varierende lengde.

ForBedringsundersøkelsen;

Er en prioritert oppgave i foretaket, og det har vært jobbet for at organisasjonen skal få et aktivt forhold til den. Undersøkelsen gir et godt grunnlag for videre HMS arbeid, dersom svarprosent er tilstrekkelig høy. Arbeidsmiljøprosesser som gjennomføres i foretaket tar ofte utgangspunkt i avdelingens resultater fra undersøkelsen.

Sykefraværsoppfølging;

Alle leder som ønsker hjelp til sykefraværsoppfølging får bistand fra HR. I oppfølgingen avdekkes det tidvis at hvis fraværet er arbeidsrelatert kan det være behov for en større arbeidsmiljøprosess i avdelingen.

HSYK er med i nasjonalt bransjeprogram IA i sykehus, og ledet det Regionale Nærværnettverket i Helse Nord. Bransjeprogrammet har utviklet arbeidsmetodikken «Der skoen trykker» som er rettet mot avdelinger med høyt fravær og arbeidsmiljøutfordringer. Foretaket deltar i dette arbeidet.

Ledelse;

Er helt essensielt for å styrke arbeidsmiljøet i organisasjonen. Ledere er rollemodeller og sentrale kulturbærere i forhold til sine medarbeidere. Det er et etablert program for nye ledere, og det satses videre på utvikling av lederne og ledergruppene.

6 Tilsyn/revisjoner og pasientklagesaker

6.1 Tilsyn

I 2021 ble det gjennomført følgende tilsyn/revisjoner:

Saksnr	Innhold	Status	Avs/Mot	Avdeling
2021/829	Tilsyn - Sandnessjøen helikopterplass	Avvikene er lukket	Luftfartsverket	Drift og eiendom
2021/1441	Miljørevisjon KIWA 2021	Status ikke oppdatert i Elements	Kiwa	Drift og eiendom
2020/1656	Miljørevisjon KIWA 2020	Avvik og observasjoner er lukket	Kiwa AS	Drift og eiendom
2020/502	Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og MTU i helseforetakene	Status ikke oppdatert i Elements	Riksrevisjonen	Drift og eiendom
2019/1913	Tilsyn - Branntilsyn MSJ 2019 - 2021	Pågår	Vefsn Kommune	Drift og eiendom
2020/617	Tilsyn - Helgelandssykehuset HF - BUP Br.sund	Krav er oppfylt	ARBEIDSTILSYNET	Org. stab, HR-avdeling
2020/618	Tilsyn - Helgelandssykehuset HF - VOP Br.sund	Krav er oppfylt	ARBEIDSTILSYNET	Org. stab, HR-avdeling
2021/784	Tilsyn - Voksenpsykiatrisk senter Mosjøen	Krav er oppfylt	ARBEIDSTILSYNET	Org. stab, HR-avdeling
2020/695	Tilsyn - Helgelandssykehuset HF - BUP SSJ	Krav er oppfylt	Arbeidstilsynet	Org. stab, HR-avdeling
2020/868	Oppfølging av: Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene	Svar er sendt	Riksrevisjonen	Org. stab, Øk-avdeling
2020/914	Tilsyn - Luftambulansetjenesten/AMK SSJ	Rapport mottatt, funn er beskrevet	STATENS HELSETILSYN	Prehospital klinikk
2021/1830	Revisjon luftambulanse fly 2021, medisinsk innredning	1 avvik, 5 forbedringsforslag	Babcock international	Prehospital klinikk
2019/1020	Tilsyn - Psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana	Avsluttet	STATSFORVALTEREN	PSYK, VOP Mo i Rana
2021/3026	Tilsyn av Takeda ved blodbanken - Sandnessjøen (Blodplasma)	Observasjonene er lukket	Takeda	Klinikk for Diagnostisk og medisinsk service
2021/3027	Tilsyn av Takeda ved blodbanken - Mosjøen (Blodplasma)	Observasjonene er lukket	Takeda	Klinikk for Diagnostisk og medisinsk service
2021/3028	Tilsyn - Takeda ved blodbanken - Mo i Rana (Blodplasma)	Observasjonene er lukket	Takeda	Klinikk for Diagnostisk og medisinsk service

Av de 16 tilsynene/revisjonene er 13 ferdig og lukket, ved 2 er status ikke oppdatert og 1 pågår fortsatt. Tilsyn/revisjoner følges godt opp internt.

6.2 Internrevisjoner

I 2021 ble det gjennomført følgende internrevisjoner:

Saksnr	Tittel	Status
2021/3108	Smittevern - Intern revisjon. Resistente mikrober, MRSA, ESBL, VRE	5 anbefalinger. Oppfølging pågår
2021/956	Interne Miljørevisjoner 2021 - 2022	7 intern miljørevisjoner ble gjennomført. Oppfølging pågår
2021/816	Internrevisjon - Farmasøytisk tilsyn blodbank Mo i Rana	Ingen avvik eller anbefalinger

Kun 3 internrevisjoner ble utført i 2021, hvorav Miljørevisjonen ble utført ved 7 avdelinger. 1 internrevisjoner er lukket mens de 2 andre pågår oppfølging.

6.3 Internrevisjoner fra Helse Nord RHF

I 2021 ble det gjennomført følgende internrevisjoner fra Helse Nord RHF:

Saksnr	Innhold	Status
2019/2173	Oppfølging av: Internrevisjon - Antibiotikabruk i Helgelandssykehuset HF	Oppfølgingsmøte er avholdt
2020/756	Revisjon av digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå	Ingen innspill, de syns den er bra
2021/2105	Internrevisjon RHF - Nasjonale helsefaglige retningslinjer	9 anbefalinger til HN RHF, 3 anbefalinger til HSYK. Oppfølging pågår
2021/378	Internrevisjon: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helgelandssykehuset	4 anbefalinger, status på anbefalingene er sendt.
2020/1231	Oppfølging av internrevisjon - Behandlingsprotokoll	Svar er sendt
2019/1584	Oppfølging av: Internrevisjon - Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser	Svar er sendt
2019/3345	Oppfølging av: Internrevisjon - Innleie av helsepersonell	Svar er sendt

Av de 7 internrevisjonene vi hadde fra Helse Nord RHF, er 6 ferdig og 1 pågår. Også her følges disse internrevisjonene godt opp internt.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Tilsyn og internrevisjoner		X	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Tilsyn og interne revisjoner er at tilsyn følges godt opp internt. Av egne interne revisjoner for 2021 ble det bare gjennomført en. De interne revisjonene utført fra Helse Nord RHF var oppfølginger på tidligere gjennomførte internrevisjoner, og her ble oppfølgingsvar sendt.

6.4 Pasientklagesaker

Fylkesmannens tilsynssaker 2018	Fylkesmannens tilsynssaker 2019	Fylkesmannens tilsynssaker 2020	Statsforvalteren i Nordland 2021
26	16	22	39
NPE saker 2018	NPE saker 2019	NPE saker 2020	NPE saker 2021
48	48	59	43
Pasient- og brukerombud 2018	Pasient- og brukerombud 2019	Pasient- og brukerombud 2020	Pasient- og brukerombud 2021
8	3	2	4
Andre klager fra pasienter 2018	Andre klager fra pasienter 2019	Andre klager fra pasienter 2020	Andre klager fra pasienter 2021
11	14	27	60
			Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 2021
			13

Saksbehandlingstiden på mange pasientklagesaker er veldig høy, det er ikke unormalt at det tar 1-2 år før saken er avsluttet. Vi får svært ofte purringer i disse sakene.

- Antall saker via Pasient- og brukerombudet er fortsatt lavt, dette mener arkivpersonalet kan skyldes at de sakene går nå oftere direkte til Statsforvalteren. Der ser vi en økning fra tidligere år.
- Antall NPE saker har vært stabile inntil 2020, da økte det med 11 stk. I 2021 hadde vi en nedgang på 16 saker.
- Andre klager fra pasienter har økt fra 2020 til 2021.
- Av 43 NPE saker har:
 - o 22 saker fått vedtak: Erstatningskrav ikke tatt til følge
 - o 7 saker fått vedtak: Avslag på erstatningssøknad
 - o 4 saker fått vedtak: Saken er sendt til Pasientskadenemnda
 - o 3 saker fått vedtak: Foreløpig svar på søknad om erstatning
 - o 3 saker fått vedtak: Sakkyndig vurdering
- Av de 60 klagen fra pasienter er:
 - o 25 Klager på behandling
 - o Resten er av ulike typer; vurdering, henvisning, avslag, vedtak, journal f.eks.
- Av de 39 sakene fra Statsforvalteren er:
 - o 9 saker tilsynssaker
 - o 7 saker er anbefalt å ta ved lokal avklaring
 - o 17 saker som er oversendelse av klage på behandling fra pasient
 - o 5 saker der de ber om ytterligere opplysninger

HSYK skal behandle sakene blir innen offentlig saksbehandlingstid organisasjonen skal lære av hendelsene.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Pasientklagesaker		x	

Begrunnelse for risiko valg:

Oppsummert vurdering av delområde: Behandling av pasientklagesaker tar ofte tid.

Forbedringspotensialet her er at det søkes om utsettelse dersom svar ikke kan gis innen fristen. God kommunikasjon er et forbedringsområde i mange av sakene og dette skal tas videre som læringspunkt på tvers i organisasjonen.

Tiltak:

1. Saksbehandlingstiden i mange pasientklagesaker er for høy
2. Fagstab/klinikkene reviderer rutineene rundt ansvar og oppgaver i saksbehandlingen
3. Fagstab/Org.stab kan utføre kontroll når vi mottar sak fra NPE om hendelsen er registrert i Docmap, ansvarlig, Arkiv.

7 Informasjonssikkerhet og personvern

Innhold er i eget vedlegg u.off, jfr. Off.l§24

8 Arkivtjenesten

Det ble gjort en gjennomgang av arkivfunksjonen (ROS-analyse) 21.1.21, som viste et samlet risikonivå hvor foretaket hadde høy risiko på alle tre områdene; 1) oppfylle myndighetskrav på systemnivå 2) tilstrekkelig forankring og oppslutning 3) oppfylle myndighetskrav fysiske arkiver. Enkelte risiki hadde rød score, og de fleste gul score. ROS-analysen bekreftet oppfattelsen av området, og resulterte i en plan for lukking av mangler. Sykehusledelsen vedtok arkivplan og plan for lukking og mangler i SL-sak 48/2021 den 16.2.21, og gjennomføring av planen ble påbegynt umiddelbart.

Gjennom 2021 har det blitt jobbet systematisk med å forbedre arkivholdet i foretaket, noe som blant annet fordrer at området er en del av ledelsens gjennomgang og risikostyring.

Den 9. og 10. juni gjennomførte arkivverket tilsyn med arkivholdet i Helgelandssykehuset. Tilsynet bekreftet langt på vei det gjenstående arbeidet i plan for lukking av mangler i tillegg til at det ble satt fokus på noen nye områder. Den endelige tilsynsrapporten «Endelig tilsynsrapport og pålegg om utbedring, 19.8.21» har vært god hjelp og veiledning i det videre arbeidet med å få arkivholdet i orden.

Rapporten gav 7 pålegg, med tilsammen 16 underpunkter/oppgaver, hvorav de aller fleste på det tidspunktet var påbegynt. Frist for lukking av pålegg er 22.2.22 og 20.8.22.

Pålegg 1: Utarbeid og følg opp rutiner for journalføringspliktig dokumentasjon

Pålegg 2: Kartlegg og dokumenter aktive og avsluttede elektroniske systemer som inngår i organets arkiv

Pålegg 3: Utarbeid rutiner for elektronisk behandling av arkivdokumenter

Pålegg 4: Utarbeid en plan for langtidsbevaring av elektronisk administrativt arkivmateriale

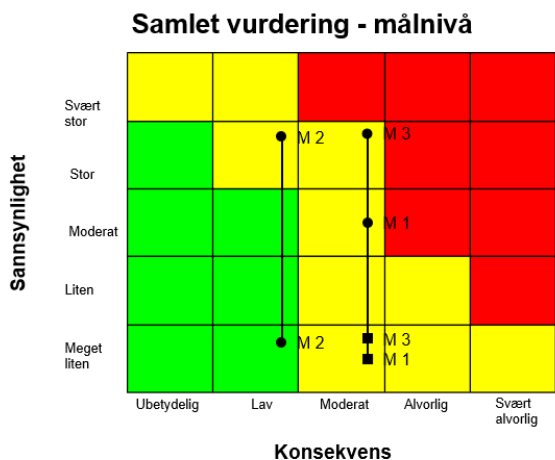
Pålegg 5: Utarbeid kassasjonsfrister

Pålegg 6: Utarbeid en plan for langtidsbevaring av eldre og avsluttede administrative papirarkiver

Pålegg 7: Sikre bortsatte, eldre og avsluttede arkiver

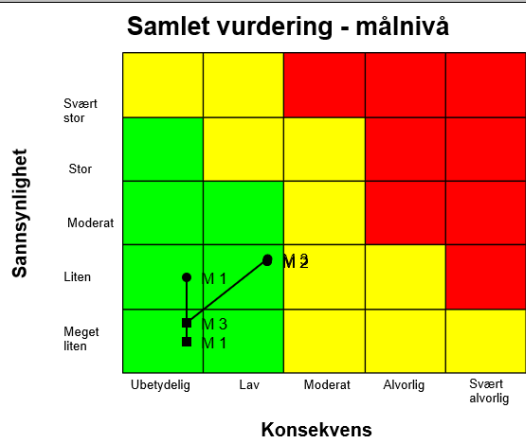
Pr. februar 2022 er 12 av 16 underpunktene lukket, og de gjenstående har frist 20.8.22. Det er bedt om forlenget frist på ett underpunkt. Dette betyr at 3 av påleggene er helt lukket, mens resterende har restanser.

ROS-analyse 21.1.21:



5 Svært alvorlig; Virksomheten stenges og/eller foretaket kan risikere bøter (eller andre straffer)
4 Alvorlig; Lover og forskrifter oppfylles ikke, og foretaket kan få avvik ved tilsyn, omdømmetap
3 Moderat; Lover og forskrifter oppfylles ikke helt, og foretaket kan få merknader ved tilsyn
2 Lav; lover og forskrifter er oppfylt, men dokumentasjonsplikten oppfylles ikke helt pga manglende dokumentasjonsfangst/oppslutning
1 Ubetydelig; lover og forskrifter er oppfylt, men foretaket har fortsatt forbedringspotensiale på arkivfunksjonen

ROS-analyse 14.2.22:



Gjennom det målrettede arbeidet som er gjort, er risiko på området betraktelig forbedret og risiko på området er nå grønt på overordnet nivå. På detaljert nivå er det til sammen 5 gule og 1 rødt av totalt 48 risikoområder. Det foreligger planer for å også få disse på grønt nivå

Områder hvor det fortsatt gjenstår betydelig arbeid er;

- Ivareta journalplikten fra systemer hvor vi i dag ikke har integrasjon eller automatisk journalføring. Det er særlig fra fagsystemene som benyttes til våre byggeprosjekter dette er problematisk. Dette er fagsystemer som håndterer en stor mengde dokumenter og data, og hvor dagens løsninger krever manuell overføring til journalsystemet – noe som er ressurskrevende. Vi har også en stor mengde eldre data fra tidligere systemer som ikke er ivaretatt på en god nok måte. Det jobbes med løsninger og rutiner for å få dette på plass.
- Ivareta materiale i fysiske arkiver. Helgelandssykehuset har store mengder eldre (og noe nyere) fysiske arkiver. Det er både administrative arkiver og pasientarkiver. Gjennom 2021 har vi skaffet god oversikt over tilstanden på alle disse arkivene opp mot kravene i lov og forskrift. Foretaket har fått godkjenning av vår registrering av dette. Det er også laget en overordnet plan for å avvikle alle de fysiske arkivene, som arkivverket har godkjent. Planen er omfattende og krever både ressurser/kompetanse og ikke minst midler. Det er et ønske om å avvikle alle fysiske arkiver før Nye Helgelandssykehuset står klart. I mellomtiden vil man være nødt til å flytte noen arkiver til mer egnede lokaler for å unngå tap av dokumentasjon. Avvikling av arkiver kan gjøre ved en blanding av kassasjon, deponering, digitalisering og evt. bortsetting/leie av lokaler – hvor alt må følge lovkrav. Noe arkivmateriale må trolig også behandles for mugg/fukt. I dagens økonomiske situasjon er det krevende å få til dette, men det er satt av noen midler til å påbegynne undersøkelsesarbeidet. For pasientarkiv har det gjennom 2021 og 2022 pågått et prosjekt for pålagt avlevering av pasientarkiv til Norsk helsearkiv. Etter planen skal dette arbeidet skal være avsluttet sommeren 2022, og man står da igjen med årlige rutiner for fortløpende avlevering etterhvert som pasientarkivene omfattes av avleveringsordningen.

Klinikker og staber har gjennom 2021 gjort et omfattende arbeid med forankring, oppslutning og kompetanseheving knyttet til arkivholdet, med god bistand og påtrykk fra arkivtjenesten. Det er fortsatt mye å lære, men oppslutningen og kompetansen er nå adskillig høyere enn for ett år siden.

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Arkivtjenesten	x		

9 Oppsummering

Oversikt over alle fokusområdene:

Samlet vurdert risiko (måloppnåelse/lover/styring) innenfor:	Ok	Følges opp	Tiltak
Klima og miljø			x
Kvalitetsstyring			
• Styrende dokumenter		x	
• Avviksmeldinger og behandlinger		x	
• Pasienthendelser		x	
Helse Miljø og sikkerhet			
• Sykefraværarbeid		x	
• Antall AML brudd		x	
• Personalskader	x		
• HMS avvik og stikkskader	x		
• Revisjoner	x		
Tilsyn/revisjoner og pasientklagesaker			
• Tilsyn/revisjoner og internrevisjoner		x	
• Pasientklagesaker		x	
Informasjonssikkerhet og personvern			
Arkivtjenesten	x		

Evt. tiltak og oppfølging ble beskrevet innen hvert fokusområde.

Risiko gjennomgått med tanke på måloppnåelse/lover/styring.

Tiltak vedtatt i sykehusledelse møte 08.03.22.