

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2022

Helgelandssykehuset HF

19.04.2023

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Klinisk gjennomgående organisering (KGO).....	4
3	Klima og miljø.....	4
4	Kvalitetsstyring.....	6
4.1	Styrende dokumenter	6
4.2	Avviksmeldinger og behandling	6
4.2.1	Åpne/lukkede uønskede hendelser(avvik) for 2022	7
4.2.2	Uønskede hendelsestyper og årsaker for 2022:	7
4.3	Pasienthendelser(pasienthendelsesskjema).....	8
4.3.1	Pasienthendelsesskjema	8
4.3.2	Meldte alvorlige hendelser §3-3a:	9
4.3.3	Hendelsesgjennomganger:	9
5	Helse, miljø og sikkerhet	10
5.1	Sykefraværsutvikling	10
5.2	Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven	11
5.3	Personalskader	11
5.4	HMS- og stikkskadeavvik.....	12
5.5	Revisjoner	12
5.6	Oppsummering.....	13
6	Tilsyn/revisjoner og pasientklagesaker	15
6.1	Tilsyn	15
6.2	Internrevisjoner.....	15
6.3	Internrevisjoner fra Helse Nord RHF	15
6.4	Pasientklagesaker	15
	Ser en betydelig økning i klagesaker fra Statsforvalteren og NPE for 2022	16
7	Informasjonssikkerhet og personvern	17
8	Oppsummering.....	18

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 2022 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.I§2)

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

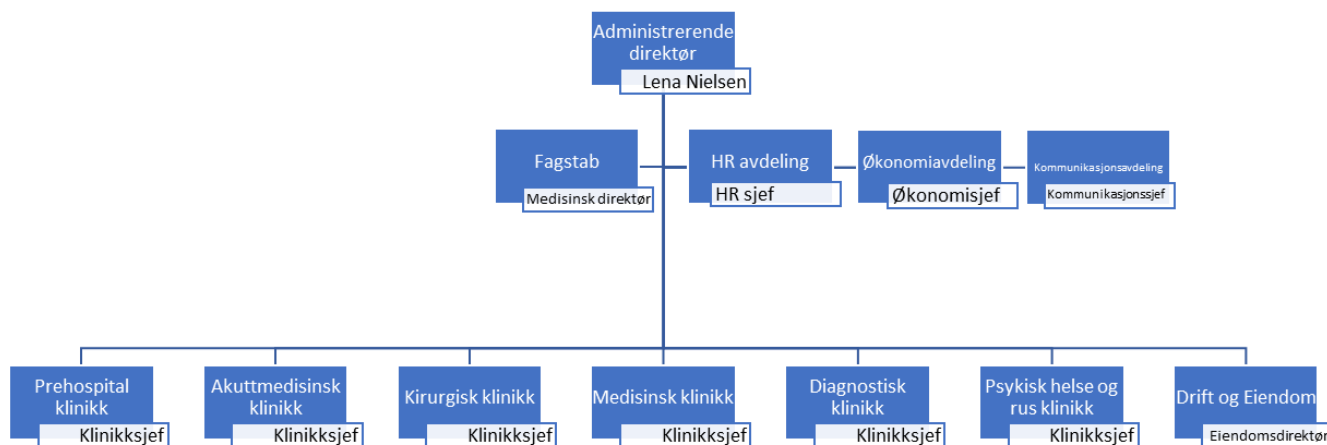


Fig.1: Nytt organisasjonskart Helgelandssykehuset fra 01.04.23

Den nye organisasjonsmodellen har fungert et helt driftsår. 2022 har vært utfordrende med flere konstitueringer, og en negativ økonomisk utvikling som har preget organisasjonen.

Organisasjonsmodellen i Helgelandssykehuset 31.12 2022 har klinikkene Psykisk helse og rus, Kirurgisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk og Medisinsk klinikk prinsippet om stedlig ledelse på avdelingsledernivået og/eller enhetsledernivå. Prehospital klinikk, klinikk for diagnostikk og medisinsk service og Drift og eiendom er organisert etter fag på samme nivå. Klinikkene har derfor utviklet organisasjonen på nivå 2-4 med noe varians. Våren 2023 skal klinikksjefene med bistand fra stab gjøre en mini-evaluering med det mål å standardisere på tvers, herunder se på de økonomiske konsekvensene av omorganiseringen i 2021. Det er varians i lederstøtte på tvers av klinikkene, og lederstøtte har i 2022 vært organisert i HR. En standardisering av lederstøtte vil bli vurdert i mini-evalueringen. Organisasjonsdirektør-stillingen er inndratt og stabslederne i organisasjonsstab rapporterer direkte til Administrerende direktør fra 1. april 2023.

Sykehusledelsen har besluttet at en bred evaluering av organiseringen med det formål å korrigere vil finne sted i 2024. Tillitsvalgte og vernetjeneste involveres tidlig i begge arbeidene.

3 Klima og miljø

Spesialisthelsetjenestens klima- og miljømål 2022-2030	Krav	Status 2022	R
1. Innen 2030 redusere CO2e-utslipp med 40 prosent (uten/med gjenvinningskraft)	-40%	-1% uten / -15% med	
2. Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner	Redusere	Andel 2,5%	

3. Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andelen gjenvinningskraft	-20%	+28,3%	
4. Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent	20%	12,3%	
5. Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030	-50%	+25,2%	
6. Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030	-75%	-60,0%	
7. Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusere reisevirksomhet for medarbeidere	-100%	-13,7%	
8. Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter	Høy score	74%	

Oppsummerte forslag til tiltak

1. Innen 2030 redusere CO₂e-utslipp med 40 prosent (uten/med gjenvinningskraft)

- Redusere strømforbruket der vi kan
- Øke andelen gjenvinningskraft
- Det jobbes med tiltak for å ta ned bruken av taxi (øke antall reisende pr. tur) og antall flyreiser til Tromsø (på kontroller som UNN har satt opp, her kan det se ut som at de har endra rutine sine her da det nå ser ut som at det er en nedgang her. Status følges månedlig.)
- Ambulansetjenesten har et stort forbruk av diesel. Prehospital klinikk har utredet muligheten for overgang til nullutslipp ambulanserbiler og -båter. Batteridrift og hydrogen som energibærer har vært vurdert. El-ambulanser har med dagens teknologi for kort rekkevidde, og aktuelle bilmodeller tilbys ikke med hydrogen ennå. Det har vært utredet om det er grunnlag for en innovativ anskaffelse av nullutslipp ambulanserbåter i ny kontrakt fra 2017. Konklusjonen er at teknologien ikke er moden og risikoen derfor for høy. Den raske tekniske utviklingen antas å åpne for nullutslipp ambulansenheter om ganske få år.

3. Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andelen gjenvinningskraft

- Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp, et vesentlig tiltak vil her være å øke andelen gjenvinningskraft (radiatorene må bl.a byttes ut for å kunne øke andelen her)
- Gjennomføre ENØK-tiltak (varme fra gamle ventilasjonssystem byttes til fjernvarme)
 - HSYK har etterslep på bygg og tekniske installasjoner. I påvente av nybygg og oppgraderinger vil dette påvirke energiforbruket stort sammenlignet med nybygg i Helse Nord.
- Generelle strømreducerende tiltak (redusere lys og varme der det ikke er behov for det).

4. Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent

- Lære av andre foretak som har høyere andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon.
- Oppsøkende aktivitet vedr. opplæring av systemene som skal benyttes her.
- Fasilitetene kan bedres (sette opp 1 rom pr lokasjon for å få økt bruk.)
- Få gode historier fra de som bruker video og telefon konsultasjoner.

5. Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030

- Matsvinnet må reduseres, det som lages må også spises. (Systemet Food Waste viser detaljert oversikt som angir hvilke områder vi bør sette inn konkrete tiltak).

6. Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030

- Kun kjøpe og benytte produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer i pasient/-ansattnære kategorier
- Kun kjøpe og benytte produkter med anerkjente miljømerker i relevante kategorier
- Sørg for at legemidler ikke medfører unødvendig utslipp (skal f.eks ikke kastes i toalett, eller ved urinering)

7. Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusere reisevirksomhet for medarbeidere

- Egne og leide tjenestebiler skal være el-biler.
- Erstatte flyreiser med tog, el-bil eller Teams i større grad

4 Kvalitetsstyring

4.1 Styrende dokumenter

Klinikk	Ant. Dokumenter i Docmap	Ant. Ikke reviderte	Andel ikke reviderte
Klinikk for diagnostikk og medisinsk service	2276	183	8%
Akuttmedisinsk klinikk	1806	259	14%
Kirurgisk klinikk	1434	254	18%
Medisinsk klinikk	1164	409	35%
Klinikk for psykisk helse og rus	699	59	8%
Prehospital klinikk	351	52	15%
Drift og eiendom	162	26	16%
Fagstab	27	3	11%
Organisasjonsstab	44	4	9%
Spesialistpoliklinikk DMS BRS	3	0	0
HF	940	202	21%
Sum	8906	1451	16%

Kommentar:

Andel ikke reviderte har falt fra 25% til 16%.

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

Fortsette samme tiltak som 2022.

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

Meldte uønskede hendelser:

I 2022 ble det meldt 2370 uønskede hendelser(avvik)

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.

Kommentar:

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

4.2.1 Åpne/lukkede uønskede hendelser(avvik) for 2022

Klinikk	Totalt antall avvik	Åpne avvik	Lukkede avvik	Andel ikke lukket
Klinikk for diagnostikk og medisinsk service	323	134	189	41%
Akuttmedisinsk klinikk	367	92	275	25%
Kirurgisk klinikk	394	124	270	31%
Medisinsk klinikk	790	256	534	32%
Klinikk for psykisk helse og rus	274	71	203	26%
Prehospital klinikk	123	17	106	14%
Drift og eiendom	56	31	25	55%
Fagstab	19	12	7	37%
Organisasjonsstab	7	4	3	57%
Spesialistpoliklinikk DMS BRS	0	0	0	0
HF	12	0	12	0
Sum	2370	744	1626	31%

Kommentar:

Enkelte klinikker har i perioder for mange åpne avvik samtidig, men dette følges med på av kvalitetsrådgiverne og tas opp med jevne mellomrom i klinikkens kvalitetsrådsmøter.

4.2.2 Uønskede hendelsestyper og årsaker for 2022:

Uønskede hendelsestype	Totalt antall
Uønsket hendelse og forbedring i egen avdeling	636
Uønsket hendelse i annen avdeling	625
Pasienthendelseskjema	538

Kommentar:

Vi ser at det ble meldt flere uønskede hendelser og forbedring i egen avdeling enn i annen avdeling i 2022. Dette er en ønsket utvikling og har blitt hyppig kommunisert fra kvalitetsrådgiverne til lederlinja. Tanken bak denne strategien har vært å endre fokus fra «de andres feil til egen kvalitetsforbedring».

Uønskede hendelsestype	Mest fremtredende årsaker	Totalt antall
Uønsket hendelse i annen avdeling	1. Prosedyre	197
	2. Kommunikasjon/samhandling	173
	3. Organisering/kompetanse/ressurser	106
Uønsket hendelse og forbedring i egen avdeling	1. Organisering/kompetanse/ressurser	199
	2. Prosedyre	135
	3. Kommunikasjon/samhandling	104

Pasienthendelsesskjema	1. Prosedyre	147
	2. Kommunikasjon/samhandling	139
	3. Organisering/kompetanse/ressurser	105
	4. Annet – medvirkende faktorer/årsaker	85

Kommentar:

Årsaken «prosedyre ikke fulgt» er fortsatt den største, når nærmeste leder gjør sin ROS-analyse ved førstegangshåndtering av ovenfor nevnte uønskede hendelser. Lik fjoråret følger så kommunikasjon/samhandling og organisering/kompetanse/ressurser på de neste plassene.

Tiltak:

1. Fagstab gjennomgår rutiner for saksbehandling av uønskede hendelser og sikrer at omforente rutiner er kjent.
2. Fagstab utarbeider bedre opplæringsrutiner vedrørende uønskede hendelseshåndtering.

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

4.3 Pasienthendelser(pasienthendelsesskjema)

År	Ant. registrerte pasienthendelser i Docmap
2022	538
2021	454
2020	419
2019	277
2018	311
2017	272

Kommentar:

Utviklingen i antall registrerte pasienthendelsesskjema i Docmap ser vi fortsetter å stige. En betydelig stigning sist år. Sannsynligvis skyldes dette økt fokus på slike hendelser, drevet av kvalitetsrådgiverne. Slik målsettingen fra fjoråret var skissert.

4.3.1 Pasienthendelsesskjema

Hendelsestype (NOKUP)	Risiko			Totalt
	Høy	Middels	Lav	
2.1 Pasientadministrasjon	31	64	14	109
2.2 Diagnostikk/utredning	17	38	9	64
2.3 Behandling og pleie	28	71	24	123
2.4 Fall og uhell	10	74	6	90
2.5 Dokumentasjon/informasjon	7	16	2	25
2.7 Legemidler	6	27	18	51
2.8 Medisinsk/teknisk utstyr	1	4	0	5
2.9	5	5	0	10

Pasientadferd				
(tom)				61
Sum	105	299	73	538

Kommentar:

Av de 538 registrerte pasienthendelsesskjemaene i Docmap er 477 merket som disse hendelsestyper. Raden (tom) er uønskede hendelser som ikke er satt i prosess eller ikke er ferdigbehandlet hos nærmeste leder. Dette gjaldt 74 stk i 2021, men er sunket til 61 stk i 2022.

4.3.2 Meldte alvorlige hendelser §3-3a:

I Docmap er det registrert på 6 pasienthendelsesskjema at pasienthendelsen er meldt til Helsetilsynet etter §3-3a. Går en inn i det digitale arkivsystem(elements) er det registrert 18 saker som er meldt til helsetilsynet etter §3-3a.

Kommentar:

Kun en tredjedel av alle §3-3a sakene i 2022 ligger registrert i Docmap.

4.3.3 Hendelsesgjennomganger:

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

- 2022 17 stk (9 medisinsk klinikk, 5 kirurgisk klinikk, 1 akuttklinikken og 2 prehospital klinikk)
- 2021 14 stk.
- 2020 4 stk.
- 2019 3 stk.

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

Begrunnelse for risiko valg:

Kommentar:

Vi ser at det i 2022 har fortsatt med økende registrering av pasienthendelser, som er en ønsket positiv utvikling. Risikovurderingene viser at vi må ha fokus på Behandling og pleie, Pasientadministrasjon og Diagnostikk/utredning. Vi har fortsatt å bruke de innmeldte pasientklagesakene til å lære av hendelsene og vi benytter i større grad hendelsesgjennomganger.

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. Fortsatt oppmerksomhet på metoden hendelsesanalyser/-gjennomgang slik at den tas mer i bruk. Fagstab bidrar ved behov i opplæring og gjennomføring.
3. 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.
4. Økt fokus på oppfølging av at meldte §3-3a hendelser på melde.no. Kvalitetsrådgiverne må sterkere bidra i arbeidet med å få disse sakene også registrert i Docmap, slik at de blir behandlet i kvalitetssystemet.
5. Alle pasientklagesaker besvares fra klinikksjef- eller foretaksnivå.
6. 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

År	Korttid			%	År	Langtid				%
	År	%	%			1-3 dager	4-16 dager	>16 dager til 8 uker	Over 8 uker	
2021	2,13%	5,80%	7,93%	2021	1,12%	1,01%	1,31%	4,49%	7,93%	
2022	2,89%	6,06%	8,94%	2022	1,35%	1,54%	1,58%	4,48%	8,94%	

År	Egenmeldt		%
	År	%	
2021	1,38%	6,55%	7,93%
2022	2,01%	6,93%	8,94%

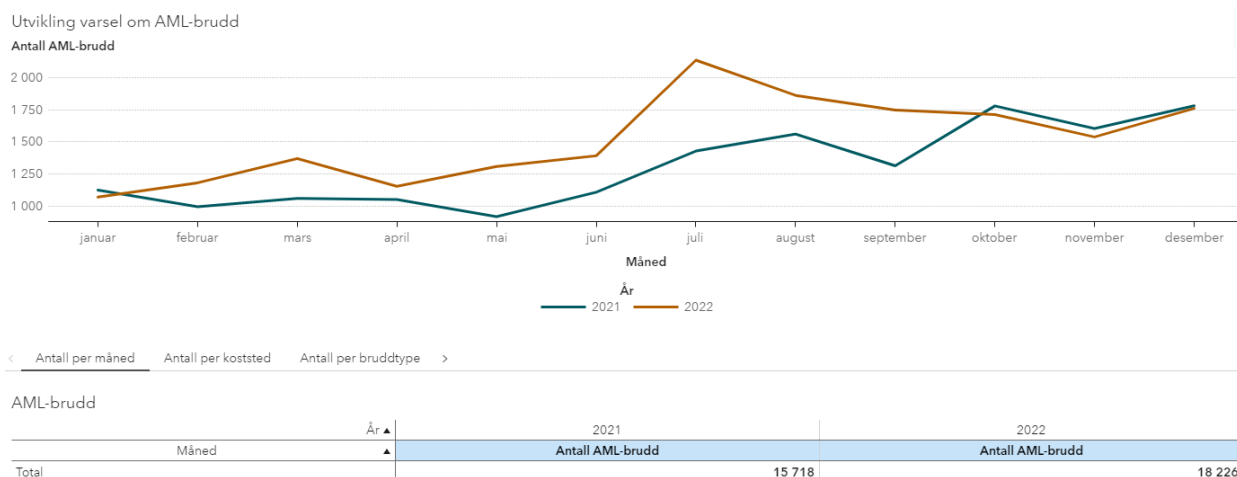
Oppsummert om sykefravær

Sykefraværsutviklingen viser at nesten alle typer fravær øker. Fravær over 8 uker (o/56d) er uendret. Generelt øker korttidsfraværet 1-16d mest. Perioden februar og mars i 2022 hadde mye fravær og bruk av egenmelding i tilknytning en covid-19 bølge. Desember var også preget av en ny covid-19 bølge, i tillegg til årets influensaseson og RS-virus. Dette påvirker sykefraværet og vår drift i fht. å beskytte våre pasienter.

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 fraværsprosentene er det enkeltpersoner. HSYK har som en del av ulike tiltakspakker for å bedre den økonomiske situasjonen, tiltak for redusere fraværet i tillegg til det arbeidet som ellers gjøres.

5.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven



Oppsummert om AML brudd

- I 2022 ble antall AML brudd økt med 14 % sammenlignet med 2021.
- Sykefravær og AML brudd har en sammenheng. Ved fravær må ofte kompetente vikarer hentes fra våre faste medarbeidere som ellers skulle ha fri. Da oppstår som regel AML brudd. En del av økningen på AML brudd for 2022 har årsak i økt fravær.

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 årsplaner som reduserer risikoen for AML brudd.
- Ledere må følge opp når inngåtte dispensasjoner på utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene utløper og at disse blir tatt opp med tillitsvalgte og avtalt på nytt
- 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 2022 registrert 31 avviksmeldinger knyttet til typen «Skademelding Personal» i vårt avvikssystem. Året før (2021) var dette tallet 32.

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

	2021	2022	Endring
HMS	106	204	+98
Stikkskade	38	26	-12

Oppsummering HMS- og stikkskadeavvik

I HSYK benyttes avvikssystemet aktivt for å melde ulike uønskede hendelser. Den store økningen mellom 2021 og 2022 har vi ingen konkret forklaring på. På generelt grunnlag oppfordres det til å benytte dette systemet og hovedårsaken til økningen ligger nok her. I tillegg kom det inne en del hendelser knyttet til høye innetemperaturen på varme dager. Dette var satt spesiell fokus på og det å registrere dette i avvikssystemet var en del av kartleggingen.

I fht. innhold i avvikene ser man at mange er knyttet til arbeidspress og bemanning.

Når det gjelder stikkskader er det vanskelig å si hva reduksjonen skyldes, annet at det er mer sannsynlig å tro at færre skader oppstår enn at det unnlates å registrere slike skader.

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. Reduksjonen er trolig reel. Har årsak i at det tidligere har blitt meldt om hindre som vanskelig å praktisere rutine og skrive stikkskadeavvik. Etter økning i 2021 så går antallet ned i 2022 uten at praksis er endret.

5.5 Revisjoner

Eksterne systembaserte tilsyn fra Arbeidstilsynet

Avsluttet	Pålegg	Avd	Område
X	0	PREH, Ambulansetj.	Postalt tilsyn

Oppsummering tilsyn

Ingen pålegg jf. 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 2022

Det har dette året ikke blitt gjennomført noen ekstraordinære arbeidsmiljøtiltak, men det kan nevnes at Stabene fikk opprettet et felles AMR i 2022.

Øvrige arbeidsmiljørettede aktiviteter

- HR gir bistand til ledere i enkeltsaker knyttet til sykefraværshåndtering, konflikthåndtering og arbeidsmiljøutfordringer
- Det er gitt bistand til arbeidsmiljøprosesser og nærværarbeid som omfatter hele avdelinger, ofte knyttet til ForBedringsundersøkelsen
- HSYK er med i nasjonalt bransjeprogram IA i sykehus og det Regionale Nærværnettverket i Helse Nord
 - Planlegging/oppstart fire nye enheter med «Der skoen trykker» i klinikk for Diagnostikk- og Med.service
- Lederprogrammet «Ny som leder i Helgelandssykehuset» ble gjennomført i kombinasjon på Temas og fysiske samlinger
- Nytt lederprogram for alle ledere: Ledelse, Kultur og Pasientsikkerhet i form av fire av fem samlinger som ble gjennomført i 2022
- Prosjektet «Nye Helgelandssykehuset» deltar og rapporterer fast i AMU
- I 2022 ble det inngått en avtale med bedriftshelsetjenesten i fht. yrkesvaksinering av medarbeidere. I praksis betyr dette at HSYK går fra kollegavaksinering til å benytte bedriftshelsetjenesten. Hensikten er å sikre på en bedre måte at alle medarbeidere tilbys relevant vaksine.

I opplæringen av verneombud og AMU representanter gjennomføres vha. et digitalt HMS kurs og en fysisk samling. Den fysiske samlingen ble utsatt og senere gjennomført på Teams.

Verneombudssamling ble ikke gjennomført i 2022, men delvis erstattet med et kortere webinar fra Arbeidstilsynet med tema omstilling og verneombud samt varsling. Årsaken til at fysiske samlinger ikke ble gjennomført, ligger i beslutningen om å redusere reisevirksomhet til det mest nødvendige (økonomisk tiltak).

5.6 Oppsummering

HSYK har mange HMS relaterte aktiviteter. Arbeidsmiljøutvalget gjennomførte 6 møter og behandlet 57 saker. De åtte arbeidsmiljørådene gjennomførte tilsammen 27 møter og hadde 198 saker.

AKAN utvalget hadde ingen spesiell aktivitet i 2022 med unntak i å bidra på lederutviklingsprogrammet «Ny som leder»

Helgelandssykehuset har i 2022 økt bruken av bedriftshelsetjenesten. De har bl.a. vært brukt til å gjennomføre helsekontroller, arbeidsplassvurderinger, saker knyttet til innklimate 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. Det er inngått avtale med BHT i fht. yrkesvaksinering av våre ansatte.

Inneklimate Psykiatrisk senter Mosjøen;

Partssammensatt gruppe har i hovedsak jobbet med forbedringsforslagene i AMA rapporten fra 2021. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse for de som har sentret som arbeidsplass.

Arbeidsmiljøprosesser/lederstøtte;

I 2022 har det vært gitt bistand i 7 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 ledere 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. 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 2022 ble det gjennomført følgende tilsyn/revisjoner:

Tema	Avdeling	Pålegg/anbefalinger	Avsluttet
Tilsynsmessig oppfølging fra Statsforvalteren	PHR Sandnessjøen, sak 22/1211	Foreløpig rapport mottatt	Nei, pågår

6.2 Internrevisjoner

I 2022 ble det gjennomført følgende internrevisjoner:

Tema	Avdeling	Pålegg/anbefalinger	Avsluttet
	Lab/blodbank Mosjøen		Ja
	Lab/blodbank Sandnessjøen		Ja
Internrevisjon av forskningsprosedyrer	Fagstab		Ja

6.3 Internrevisjoner fra Helse Nord RHF

I 2022 ble det gjennomført følgende internrevisjoner fra Helse Nord RHF:

Tema	Avdeling	Pålegg/anbefalinger	Avsluttet
Gjennomføring av omstillingstiltak i helseforetakene	HSYK	7 anbefalinger	Nei, pågår
Virksomhetsstyring i Helse Nord	HSYK	1 anbefaling	Ja

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 2022 ble det kun gjennomført innenfor lab/blodbank og forskning.

En av internrevisjonene fra Helse Nord er fortsatt under arbeid og dermed ikke avsluttet.

6.4 Pasientklagesaker

Ser en betydelig økning i klagesaker fra Statsforvalteren og NPE for 2022

Fylkesmannens tilsynssaker 2018	Fylkesmannens tilsynssaker 2019	Fylkesmannens tilsynssaker 2020	Statsforvalteren i Nordland 2021	Statsforvalteren i Nordland + Troms/Finnmark
26	16	22	39	58 + 2
NPE saker 2018	NPE saker 2019	NPE saker 2020	NPE saker 2021	NPE saker 2022
48	48	59	43	73
Pasient- og brukerombud 2018	Pasient- og brukerombud 2019	Pasient- og brukerombud 2020	Pasient- og brukerombud 2021	Pasient- og brukerombud 2022 Nordland + Troms/Finnmark
8	3	2	4	3 + 2
Andre klager fra pasienter 2018	Andre klager fra pasienter 2019	Andre klager fra pasienter 2020	Andre klager fra pasienter 2021	Andre klager fra pasienter 2022
11	14	27	60	50
			Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 2021	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 2022
			13	21

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

Bakgrunn for valg av risiko er at slike saker følges godt opp i klinikkene, men vi må likevel ha kontinuerlig fokus på dette arbeidet. Vi har gode rutiner i sykehuset for å følge opp saker som kommer til statsforvalteren og andre meldte avvik og meldte saker brukes til forbedring av tjenestene. Om disse tallene representerer en økende tendens til svikt i tilbudet kan vi ikke si sikkert, men uansett hvor mange uønskede hendelser vi opplever i sykehuset tar vi alle alvorlig og følger opp. Slike saker følges systematisk opp i klinikkens kvalitetsråd.

7 Informasjonssikkerhet og personvern

Innhold er i eget vedlegg u.off, jfr. Off.l§2

8 Oppsummering

Oversikt over alle fokusområdene:

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

Evt. tiltak og oppfølging ble beskrevet innen hvert fokusområde.

Risiko gjennomgått med tanke på måloppnåelse

Tiltak vedtatt i sykehusledelse møte 18.04.22