

# Ledelsens gjennomgang for Helgelandssykehuset 2023

## Beskrivelse

I det videre presenteres Ledelsens gjennomgang (LGG) for Helgelandssykehuset 2023. LGG er en strukturert gjennomgang av hendelser og aktiviteter fra foregående år, samt redegjørelse for nåværende status og planer for fremtiden. LGG skal sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i HSYK HF som organisasjon. LGG gjennomføres årlig i Helgelandssykehuset

Kravet til systematisk gjennomgang av styringssystemet fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I §8f står det: «*Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten*».

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten](#)
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten](#)
- [MS0987 Styringssystem ledelse og kvalitetsforbedring](#)
- [PR61682 Prosedyre Ledelsens gjennomgang - gjennomføring](#)

Ledelsens gjennomgang (LGG) skal besvare:

- **Oppnås ønskede mål og resultater?**
- **Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?**
- **Fungerer styringssystemet som forutsatt, og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?**

LGG er en egenvurdering innenfor gitte hovedområder som så gis status gjennom trafikklismetoden:

1. Status tiltak etter forrige LGG
2. Organisering
3. Mål og oppgaver
4. Risikostyring
5. Kompetanse styring
6. Dokumentstyring
7. Pasientsikkerhet
8. Pasienthendelses- og avvikshåndtering
9. Medvirkning
10. Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)
11. Eksterne tilsyn og interne revisjoner
12. Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter
13. Personvern og informasjonssikkerhet

Egenvurderingen baseres på følgende kategorisering:

	Forbedring påkreves. Tiltak ansees som nødvendig.
	Bør forbedres. Tiltak må vurderes.
	God. Tiltak vurderes å ikke være nødvendig.

Resultatene gir grunnlagsdokumentasjon for LGG i klinikken. Tiltak og problemstillinger som ikke løses på ens eget organisasjonsnivå løftes til neste nivå. LGG i klinikken gjennomgår resultatene fra alle underliggende avdelinger. Foretakets ledelse behandler innspillene og har et hovedansvar for å kvalitetssikre at resultater fra gjennomgangen er fulgt opp på alle nivå i organisasjonen.

Risikovurderingene i den enkelte klinikk sin LGG er i dette dokumentet sammenfattet i en overordnet risikovurdering for Helgelandssykehuset pr. 1. april 2024. Foretakets ledelse følger opp to ganger i 2024, 2. tertial og 3. tertial.

## 1. Status tiltak etter forrige LGG

Tiltak besluttet i fjorårets LGG skal være fulgt opp. Status settes som **ferdig**, **påbegynt**, **ikke påbegynt**. Ikke ferdige tiltak videreføres i årets LGG.

Vurderingsspørsmål	Ferdig	Påbegynt	Ikke påbegynt
<p>Status tiltak etter forrige LGG/kommentarer:</p> <p>Fokusområder LGG 2023 var følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p>Klinisk gjennomgående organisering (KGO)  <i>Kommentar: HSYK har gjennomført minievaluering av KGO høsten 2023.</i>  <i>Vedtak:</i>  <i>Hovedevaluering skal gjennomføres februar 2025</i>  <i>Alle klinikker skal organiseres klinisk gjennomgående</i></p> </li> <li> <p>Klima og miljø  <i>Kommentar: «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.»</i>  <i>Status:</i>  <b>Vedlegg:</b> Klima og miljø resultater 2022 og 2023 med vurdert risiko.</p> </li> <li> <p>Kvalitetsstyring  <i>Kommentar: Fortsatt for stor mengde ureviderte dokumenter i Docmap. Positiv utvikling vedrørende større fokus på felles prosedyrer, og flere pågående prosjekter. 2023: Betydelig nedgang, ca 20 %, færre registrerte uønskede hendelser. Tendensen den samme for pasienthendelsesskjema.</i></p> </li> <li> <p>Helse, miljø og sikkerhet  <i>Kommentar: Se vedlegg: oppsummerte klima og miljø resultater 2022 og 2023 med vurdert risiko.</i>  <i>Personal: Sykefravær i 2023 ble totalt på 8,4 %, med henholdsvis 2,2 % på korttidsfravær og 6,2 % på langtidsfravær. Totalt er dette en nedgang på 0,5 % poeng sammenlignet med året før.</i></p> </li> <li> <p>Tilsyn/revisjoner/pasientklagesaker  <i>Kommentar: Statens Helsetilsyn har hatt to stedlige tilsyn i 2023. Kvalitetsavdelingen er involvert i alle uønskede alvorlige pasienthendelser, og bistår med systematisk metodikk for utforming av svar til myndigheter. Oppfølging av pålegg og anmerkninger etter tilsyn og revisjoner sikres.</i></p> </li> <li> <p>Informasjonssikkerhet og personvern (er i eget vedlegg u.off, jfr. Off.I§2)  <i>Kommentar: Styret i Helgelandssykehuset behandlet saken informasjonssikkerhet som egen sak 92-2023, under lukket møte. Der tok styret rapportering av status informasjonssikkerhet til orientering.</i></p> </li> </ul>	X	X	
		X	
		X	
		X	
		X	
	X		

## 2. Organisering

Helgelandssykehuset sin ledelse skal ha oversikt over og beskrive organiseringen. Hvordan ansvar og myndighet er fordelt skal fremgå, både på systemnivå (i forhold til enheter, avdelinger og klinikker) og på individnivå (i forhold til den enkelte funksjon), og dette skal være kjent for de ansatte.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK har oppdaterte organisasjonskart	X	X	
HSYK har sikret at medarbeiderne er kjent med enhetenes og avdelingenes oppgaver	X	X	
HSYK har tydeliggjorte ansvarsdelinger mellom klinikker, avdelinger, enheter og andre deler av virksomheten	X	X	
HSYK har utarbeidete og oppdaterte funksjonsbeskrivelser for ledere (og ev. fagansvarlige)	X	X	
Utfyllende kommentarer: Innen dette området er det flere ulike årsaker til at risikobildet best beskrives slik. Utfordringene/manglene er ikke knyttet til noen enkelt klinikk eller avdeling, ledernivå eller lokasjon. Områdets viktigste tiltak knytter seg til funksjonsbeskrivelser. <b>Overordnet status: Gul/grønt, Ca. 50/50 svar fra klinikkene.</b>			

### Tiltak:

1. Funksjonsbeskrivelser skal foreligge innen 1. september 2024 for foretakets ledelse og lederlinjen.
2. HSYK skal evaluere overordnet organisering etter omorganiseringen (LGO) i 2021 innen 1. kvartal 2025.

## 3. Mål og oppgaver

Leder skal ha oversikt over og beskrive mål, oppgaver og aktiviteter, sørge for at disse er kjent og at de gjennomføres. Plikten innebærer også å etterspørre status, følge med på målinger og resultater og sikre at frister for arbeidet overholdes.

Status dato: 01.04.24	Ikke aktuelt	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK jobber for å øke tilgjengeligheten for pasientene ved å oppnå en vesentlig forbedring av ventetider		X		
HSYK jobber for å øke tilgjengeligheten for pasientene ved å oppnå en reduksjon av antallet fristbrudd		X	X	
HSYK jobber for å øke tilgjengeligheten for pasientene ved å oppnå en reduksjon av antallet strykninger			X	
HSYK bidrar til at HSYK utvikles i retning av pasientens helsetjeneste gjennom bruk av Samvalgsverktøy				X
HSYK bidrar til at HSYK utvikles i retning av pasientens helsetjeneste gjennom bruk av Digitale polikliniske konsultasjoner video/telefon			X	
HSYK bidrar til at HSYK utvikles i retning av pasientens helsetjeneste gjennom Kloke valg			X	
HSYK bidrar til at HSYK utvikles i retning av pasientens helsetjeneste gjennom å jobbe med og forbedre Gode pasientforløp uten unødig venting			X	
HSYK jobber med å sikre økonomisk bærekraft gjennom optimalisering av kapasitetsutnyttelse og arbeidsprosesser			X	
HSYK jobber med å sikre økonomisk bærekraft gjennom å redusere avdelingens varekostnader			X	
HSYK jobber med rekruttering og stabilisering for å redusere bruken av dyre personelløsninger			X	
HSYK jobber for å øke tilgjengeligheten for pasientene ved å oppnå en reduksjon i antall pasienter med passert planlagt tid		X		

Utfyllende kommentarer:

Innen dette området har HSYK iverksatt flere konkrete handlings- og tiltaksplaner som forventes å gi effekt allerede i 1. tertial og videre gjennom året. Områdets viktigste tiltak fremover knytter seg til samvalgsverktøy.

**Overordnet status: Gul/grønt, men noen enkelte enheter scorer rødt.**

## Tiltak:

1. HSYK skal jobbe frem tiltak for å utvikle bruken av samvalgsverktøy for pasienter og pårørende.
2. HSYK utvikler en handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse (PUK), og ekstrabevilgning for økt innsats for rekruttering og stabilisering styrebehandles innen juni 2024.

## 4. Risikostyring

Forskriften sier at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter der det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Det må lages en plan for å minimere risiko, og det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

### Foretaksmøte 05.07.23:

#### Sak 21-2023 Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet stadfester at vedlagte Retningslinje for risikostyring gjelder for Helgelandssykehuset HF.
2. I tråd med retningslinjene skal Helgelandssykehuset HF utforme foretaksvise styrende dokumenter for sin interne risikostyring.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK kartlegger områder med risiko for svikt eller mangel		X	X
HSYK følger opp med tiltak der det er avdekket risiko for svikt eller mangel		X	
HSYK følger opp at risikoreducerende tiltak fungerer		X	
Utfyllende kommentarer: I forbindelse med implementering av styresak 9-2023 Overføring av akutt- og døgnfunksjoner fra Mosjøen til Sandnessjøen igangsatte HSYK en grundig og kompleks ROS-analyse som grunnlag for styring av prosjektet i implementeringsfasen. Arbeidet sluttføres våren 2024 når konklusjonen om struktur foreligger fra vår eier Helse Nord. Arbeidet har styrket kompetansen i lederlinje, og sørget for god involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste. I 2023 har området fått betydelig økt fokus sammenlignet med tidligere år. Læringseffekten fra arbeidet skal ha fokus i det videre. <b>Overordnet status: Gul (noen grønne lyspunkt)</b>			

## Tiltak:

1. Risikostyring skal inngå i alle nye prosjekter og prosesser som HSYK iverksetter, og være definierende for daglig drift.
2. HSYK er en lærende organisasjon, og sørger for at læringseffekt overføres på tvers.
3. Vi samarbeider i regionen, deltar i regionalt nettverk for risikostyring, med mål om implementering av helhetlig risikostyring i løpet av 2024.

## 5. Kompetansestyring

Leder skal sikre at det finnes oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, med særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Medarbeiderne i virksomheten skal ha nødvendig kunnskap om og kompetanse i aktuelle fagfelt, relevante regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkreves
HSYK har plan for å sikre riktig kompetansesammensetning i klinikkene, avdelingene og enhetene		X	X
HSYK kartlegger medarbeiderne sine behov for opplæring		X	
HSYK har relevante kompetanseplaner i kompetanseportalen		X	X
HSYKs gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring		X	X
HSYKs gjennomføringsgrad av utviklingssamtaler		X	X
Utfyllende kommentarer: Dette området innen LGG må forbedres. Flere tiltak kommer til å bli iverksatt i sammenheng med tiltak knyttet til budsjett og drift. <b>Overordnet status: Gul (noen grønne lyspunkt)</b>			

### Tiltak:

1. HSYK skal sørge for at oppgavedeling i organisasjonens enheter er optimal på tvers av klinikker, og mellom klinikkene og drift- og eiendom.
2. HSYK skal sørge for økt fokus på stabilisering av helsepersonell gjennom økt fokus på fagutvikling i hele organisasjonen.
3. Alle ansatte som ønsker en utviklingssamtale skal få tilbud om dette i 2024.

## 6. Dokumentstyring

Leder skal sørge for at lokalt utarbeidede dokumenter (prosedyrer, retningslinjer, håndbøker, metoder mm) er oppdaterte og revidert etter frist. Leder har også ansvar for at HSYK's overgripende føringer blir fulgt og at relevant lovverk og forskrifter er kjent for medarbeidere. Alle relevante dokumenter skal være gjort tilgjengelig for medarbeiderne i dokumentstyringsvektøyet Docmap. Docmap er et program som ivaretar systemdokumentasjonen for organisasjonen.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkreves
HSYK bruker Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter		X	
HSYK har superbrukere i Docmap og opplæring blir gitt		X	
HSYK har oversikt over hvilke lover og forskrifter som regulerer ulike deler av virksomheten	X		
<b>Sak/arkiv Elements:</b>			
HSYK bruker Elements for produksjon og arkivering av arkiververdige dokumenter – både interne og eksterne dokumenter		X	
Etterlevelse av HSYKs prosedyre for saksbehandling		X	
HSYK svarer ut henvendelser i Elements innenfor satte frister		X	
HSYK har god nok kompetanse i bruk av sak/arkivsystemet Elements, og kjenner til lovverk som regulerer arkivering og saksbehandling i offentlig forvaltning		X	

Utfyllende kommentarer:

Arkiv har gjennomført egen LGG i januar og følger opp spesifikke tiltak i henhold til egen tiltaksplan.

Overordnet status: Gul (noen grønne lyspunkt)

## Tiltak:

1. Kvalitetsavdelingen bistår der det er behov, for eksempel ved samordning av prosedyrer.
2. Månedlig rapportering av status i foretakets post/arkiv system til HSYKs ledelse fortsetter.

## 7. Pasientsikkerhet

Leder skal ha oversikt over om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. I tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det igangsettes korrigerende tiltak. Det er ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker. Den viktigste delen av arbeidet foregår i de lokale fagmiljøer og i møte med den enkelte pasient.

Status dato: 01.04.24	Ikke aktuelt	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK følger med på om det er arbeidsmiljøutfordringer som kan påvirke pasientsikkerheten		X	X	
HSYK har implementert og følger opp innsatsområder fra det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet		X	X	
Utfyllende kommentarer: Innen dette området er det flere ulike årsaker til at risikobildet best beskrives slik. Utfordringene/manglene er ikke knyttet til noen enkelt klinikk/avdeling, ledernivå eller lokasjon Etter opprettelsen av kvalitetsavdelingen og ansettelse av kvalitetssjef i april 2023 har arbeidsmetodikk og prosesser rundt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet endret seg. Dette området er omfangsrikt og komplekst, og hviler på stor grad av samhandling mellom staber og lederlinja. Overordnet status: Gul/grønt, Ca. 50/50 svar fra klinikkene.				

## Tiltak:

1. Det pågår et kontinuerlig forbedringsarbeid for utvikling av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i HSYK, både på systemnivå og i klinikkene.

## 8. Pasienthendelses- og avvikhåndtering

Leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet. En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser, er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre tiltak for å forebygge lignende hendelse i fremtiden. Dersom uønskede hendelser fører til varsel til Helsetilsynet etter §3-3a skal hendelsesanalyser vurderes.

Status dato: 01.04.24	Ikke aktuelt	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
-----------------------	--------------	-----	---------------	---------------------

HSYK benytter avvikssystemet for å melde uønskede hendelser		X		
HSYK sørger for læring og forbedring lokalt, samt erfaringsutveksling utover egen enhet, avdeling og klinikk etter funn fra avvikshåndtering og uønskede hendelser		X		
HSYK varsler pasienthendelser til Helsetilsynet m.fl. når det er påkrevd jfr §3-3a		X		
HSYK vurderer gjennomføring av forenklet hendelsesanalyse på pasienthendelser varslet til Helsetilsynet jfr §3-3a		X		
Utfyllende kommentarer: Dette området har vært et satsningsområde i 2023, særlig høsten. <b>Overordnet status: Grønn (noen gule, spesielt)</b>				

## Tiltak:

1. Revidering av prosedyre PR54515: Pasienthendelse- avviksbehandling. Alle §3-3a hendelser i 2024 og fremover sikres rapportering oppover i lederlinjen helt til styret.
2. Utarbeidelse av prosedyre for oppfølging av medarbeidere etter alvorlige eller traumatiske hendelser/opplevelser.
3. Samme tiltak som område 7, pasientsikkerhet.

## 9. Medvirkning

Forskriften sier at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal innhentes og tas i bruk. Det skal også sørges for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Status dato: 01.04.24	Ikke aktuelt	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK har etablert faste samarbeidsarenaer mellom leder, tillitsvalgte og verneombud		X		
HSYK sikrer at tillitsvalgt og verneombud får tilstrekkelig tid til å utøve sitt verv		X		
HSYK lar den enkelte medarbeider få mulighet til å medvirke i prosesser og beslutninger som bidrar til enhetens drift og utvikling		X		
HSYK bruker pasienter og pårørende sine erfaringer/tilbakemeldinger i forbedring av våre tjenester		X		
Utfyllende kommentarer: Dette området har HSYK hatt gode rutiner og praksis innenfor gjennom mange år. <b>Overordnet status: Grønn (noen gule enkeltpunkter)</b>				

## Tiltak:

1. Fortsette godt arbeid. Ingen særskilte tiltak.

## 10. Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)

For å kunne styre og lede på en god og forsvarlig måte, er oversikt over HMS-feltet en viktig forutsetning. HMS-håndboka i Personelhåndboka beskriver hvordan det skal arbeides systematisk innen HMS.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkraves
HSYK sitt HMS-arbeid bygger på HMS- håndbokas føringer	X		
HSYKs gjennomføringsgrad av HMS-opplæring for ledere, verneombud og AMR/AMU-medlemmer	X		

HSYK har AMR og AMU som fungerer	X		X
HSYKs enheter, avdelinger og klinikker gjennomfører årlig vernerunde med oppfølging	X		
HSYKs enheter, avdelinger og klinikker gjennomfører brannvernrunder for nyansatte	X		
HSYK gjennomfører årlig egenvurdering av ytre miljø	X		X
HSYK sin sykefraværsoppfølging er satt i system	X		X
HSYKs enheter, avdelinger og klinikker følger opp resultater etter ForBedringsundersøkelsen med tiltak	X		
Utfyllende kommentarer: Innen dette området er det flere ulike årsaker til at risikobildet best beskrives slik fordi det er registrert stor variasjon i rapporteringen. Utfordringene/manglene er i stor grad knyttet til enkelt problemstillinger innenfor den enkelte klinikk/ avdeling/enhet eller lokasjon. <b>Overordnet status: Grønn (noen gule, generelt)</b> *Rød: problem på en lokasjon			

## Tiltak:

1. De enheter som rapporterer rødt skal ha en egen tiltaksplan, som følges opp i 2. og 3. tertial.

## 11. Eksterne tilsyn og interne revisjoner

Det skal etterspørres og kontrolleres at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres i henhold til plan. Rutiner og prosedyrer skal forbedres for å ivareta krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. En skal avdekke forbedringsområder, rette opp feil etter uønskede hendelser, spre læring og ny kunnskap mellom avdelinger og medarbeidere.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkreves
HSYK følger opp funn fra tilsyn og revisjoner med tiltak	X	X	
HSYK følger opp at tiltak etter tilsyn og revisjoner har effekt	X	X	
HSYK sørger for erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner	X	X	
Utfyllende kommentarer: Området må ses sammen med område 7 og 8. <b>Overordnet status: Gul/grønt, Ca. 50/50 svar fra klinikkene.</b>			

## Tiltak:

1. HSYK jobber med standardisering og strukturering av prosesser for bedre oppfølging av funn og tiltak etter tilsyn og revisjoner, i tråd med PDSA-hjulet.
2. I foretakets kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg er det gjensidig informasjonsutveksling. Samhandlingen mellom klinikkene sikres, med mål om å spre læring på tvers i organisasjonen.

## 12. Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

Samarbeidsformer internt i organisasjonen og mot eksterne samarbeidspartnere skal dokumenteres.

Status dato: 01.04.24	God	Bør forbedres	Forbedring påkreves
-----------------------	-----	---------------	---------------------



HSYK har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante eksterne samarbeidsparter	X		
HSYK etterlever og reviderer skriftlige avtaler der disse foreligger			X
Utfyllende kommentarer: Overordnet status: Grønn/rødt, Lokasjonsforskjeller.			

## Tiltak:

1. HSYK jobber gjennom Helsefellesskapet med å utvikle og videreutvikle samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## 13. Personvern og informasjonssikkerhet

Ledelsens gjennomgang av området informasjonssikkerhet rapporteres også i eget vedlegg til foretakets ledelse, foretakstillitsvalgte, foretaksverneombud og styret u. off, jf. OFF.I§2.