

**STYREMØTE 6. november 2023**

Side 1 av 3

Styresak nr.:	76/2023	Sakstype:	Beslutningssak
Saksnr. arkiv:	22/04698		

**Ledelsens gjennomgang (LGG) II 2023 for Sykehuset Østfold HF**

LGG er gjennomført i september 2023 og rapport med anbefaling om områder med behov for forbedring foreligger. Rapporten bygger på resultat fra leders egevaluering innen fem utvalgte internkontrollområder, samt annen relevant styringsinformasjon.

Forslag til vedtak:

Styret tar rapport fra Ledelsens gjennomgang (LGG) til orientering.

Sarpsborg, den 30.10.2023

Hege Gjessing  
administrerende direktør

Styresak nr.: 76-23
---------------------

## 1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjoner

Ledelsens gjennomgang (LGG) viser at styringssystemet i stor grad sikrer at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav i lov, forskrift og føringer fra oppdragsgivere. For områder med behov for forbedring, vil det iverksettes tiltak på overordnet nivå og for enkelte enheter.

Det er ikke grunn til å tro at eventuell manglende mål – og resultatoppnåelse skyldes svakheter i styringssystemet.

## 2. Faktabeskrivelse

LGG er gjennomført i Sykehuset Østfold siden 2005 med ulike maler og prosesser for gjennomføring. Fra 2023 er tilnærmingen endret for å føre LGG tilbake til opprinnelig hensikt og bygge på krav i *Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten*, og føringer gitt av HSØ i *Rammeverk for virksomhetsstyring*.

*Krav i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten:*

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.

*Fra rammeverk for virksomhetsstyring*

Som del av sitt tilsynsansvar skal styret i helseforetaket påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Det skal minst én gang årlig foretas en systematisk gjennomgang av det samlede styringssystemet i helseforetaket Ledelsens gjennomgang(LGG). LGG er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten.

I tillegg til ovennevnte henvisninger er gjennomføring av LGG et krav i *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*, *ISO 14001 Miljøledelse* og i *Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven)*.

Resultat fra LGG er dokumentert i referat fra sykehusledermøtet (SLM). Forbedringstiltak legges inn i handlingsplaner, iverksettes og følges opp av de ansvarlige. Status for oppfølging av tiltak skal ligge til grunn for gjennomføring av neste års LGG.

### *Resultater*

LGG bygger på resultater fra leders egenvurdering og annen relevant styringsinformasjon. Som følge av høy svarprosent fra ledere på alle nivå, anses resultatet å være representativt for foretaket.

Innen *Personvern og informasjonssikkerhet*, og *Forskning* er det høy grad av samsvar på alle nivå i organisasjonen. Her etterleves krav i lov og forskrift, samt interne krav i stor grad, og det er ikke behov for forbedringstiltak innen disse områdene.

For *Generell internkontroll* er det behov for klinikk -, avdelings – og seksjonsvis forbedring for å sikre at føringer for enheten og lederne er utarbeidet, kommunisert og implementert. Her vil det være ledere på ulike nivå som iverksetter tiltak for å forbedre områder der det er avdekket behov for forbedring.

Styresak nr.: 76-23
---------------------

Innen internkontrollområdene *Kvalitet og pasientsikkerhet*, og for *HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø* er det varierende grad av etterlevelse i organisasjonen. Ved å se nærmere på resultatene vurderes det at årsaken kan være sammensatt. For enkelte områder er tydelighet i kravene ikke tilstrekkelig. Det er i tillegg enkelte krav i *Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten*, som ikke gjenspeiles i styringssystemet. Relevante styrende dokumenter skal derfor gjennomgås for å sikre dette.

For å legge til rette for at ledere og medarbeidere etterlever krav til kontrollaktiviteter, vil det være hensiktsmessig å se på mulighet for forenkling og standardisering, slik at ledere og medarbeidere opplever dette som nyttige verktøy i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Det utarbeides en overordnet plan for forbedring basert på vedtak i SLM. I tillegg forutsettes det at ledere på alle nivå iverksetter tiltak for å forbedre områder i egen enhet der det er avdekket svakheter. Ledere på nivå 2 og 3 har tilgang til resultater fra underliggende enheter, og kan vurdere forbedringsbehov på tvers av enheter i virksomheten.

En evaluering av prosessen vil bli gjennomført for å avdekke eventuelle svakheter ved gjennomføringen og for å sikre en omforent praksis. Det vil også avdekke uklårheter i egenvurderingen, rapporten og hvordan ledere skal bruke resultatene til forbedringsarbeid i egen enhet.

Som følge av LGG anbefales det å etablere en systematikk for strategisk og operasjonell risiko, med styrende dokumenter, opplæring og verktøy for gjennomføring. Risikostyring skal være en integrert del av virksomhetsstyringen og foregå på ulike nivåer i virksomheten. Det anbefales at dette forbedringsforslaget prioriteres for å sikre etterlevelse av gjeldende krav og for å integrere risikostyring i virksomhetsstyringen.

### **3. Administrerende direktørs vurderinger**

Som følge av lav svarprosent ba styret om ny gjennomføring. Det er gjort endringer siden forrige gjennomføring basert på evaluering og tilbakemeldinger fra lederne og svarprosenten har økt markant fra juni til september.

Administrerende direktør anser at resultatet som nå foreligger er godt egnet for å sørge for at styringssystemet i stor grad sikrer at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav i lov, forskrift og føringer fra oppdragsgivere.