

Ledelsens gjennomgang 2023

Styremøte 06.11.23



Bakgrunn

- Ny tilnærming for LGG i SØ fra 2023.
- Som følge av lav svarprosent fra lederne ba styret om ny gjennomføring.
- Det er gjort endringer siden forrige gjennomføring basert på evaluering og tilbakemeldinger fra ledere.
- Svarprosent fra ledere har økt fra 28 %- 30 % i juni til 76 % - 86 % i september.

Hovedpunkter (Generell internkontroll)

- Organisering, ansvar og myndighet
 - Mangler stillingsbeskrivelse og beskrivelse av virksomheten for enkelte enheter.
- Kompetanse og opplæring
 - Resultat viser at kompetanseportalen ikke er tilstrekkelig implementert.
- Risiko
 - Stor variasjon i gjennomføring og oppfølging. Behov for å etablere systematikk for strategisk og operasjonell risiko, med styrende dokumenter, opplæring og verktøy for gjennomføring.
- Uønskede hendelser og avvik.
 - Stor variasjon på antall saker og saksbehandlingstid. Avvente ytterligere tiltak til evaluering av pågående tiltak.

Resultat – Kvalitet og pasientsikkerhet, inkl MTU

	Avdeling for billeddiagnostikk	Klinikk for akuttmedisin	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Senter for laborator	Sum	
Jeg har satt meg inn i mandatet for KU (Kvalitetsutvalget)	87	44	68	87	55	70	100	62	68
Det er etablert Kvalitetsråd/Kvalitetsgruppe i min enhet	100	66	76	87	72	89	0	75	79
I min enhet har vi oppdaterte (kunnskapsbaserte) fagprosedyrer som dekker de viktigste områdene av vår virksomhet	100	100	100	100	94	89	66	100	94
Jeg er kjent med håndbok for medisinsk teknisk utstyr og det ansvaret og de oppgavene som er lagt til min funksjon	87	77	80	100	55	94	66	87	82
Jeg er kjent med ansvar og oppgaver i forbindelse med opplæring og vedlikehold av kompetanse knyttet til MTU som er lagt til min funksjon	100	88	96	100	77	89	100	87	90
Jeg har satt meg inn i pasientrettigheter, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gjelder for mitt ansvarsområde	87	77	72	87	77	89	100	100	83
Min enhet har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet basert på krav og føringer nedfelt i prosedyrer, lover og forskrifter	75	77	68	75	61	70	66	87	70
Jeg benytter relevante forbedringsverktøy i forbedringsarbeid i min enhet	87	77	88	87	72	81	33	87	81
Min enhet jobber systematisk med å identifisere risikoområder knyttet til pasientsikkerhet	87	88	76	87	77	75	100	75	79
Min enhet iverksetter tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt i pasientbehandlingen	100	100	92	100	94	94	100	100	95
Jeg gjennomgår jevnlig uønskede pasienthendelser med medarbeidere i egen enhet, for refleksjon, læring og forbedring	100	88	84	87	83	83	100	100	87
Jeg bruker uønskede hendelser/tilsyns- og klagesaker mm som utgangspunkt for forbedringsarbeid i min enhet	100	77	92	100	83	97	66	100	92
Jeg har satt meg inn i saksgang knyttet til behandling av pasientsaker (inkl NPE)	75	55	84	75	61	59	100	100	70
Min enhet gjennomfører tiltak og følger opp innsatsområdene fra I trygge hender24-7	75	66	68	62	72	67	100	100	71
Min enhet benytter resultater fra pasient- og brukerundersøkelser til forbedring	75	66	68	87	66	70	100	100	73
Min enhet har tatt i bruk FNSP (Felles nasjonal skriftlig pasientinformasjon)	62	55	56	25	33	40	33	100	48
Jeg løfter pasientrelaterte saker som involverer flere enheter til Kvalitetsråd i egen klinikk, eller til Kvalitetsutvalget	100	88	76	87	66	94	100	62	83
Jeg tilbakefører informasjon fra Kvalitetsråd/Kvalitetsutvalg til mine ansatte	100	88	84	87	72	89	100	75	85
Jeg benytter informasjon fra nasjonale kvalitetsindikatorer til refleksjon og forbedring	62	66	60	75	72	62	66	62	64
Min enhet involverer pasienter og pårørende i forbedringsarbeid	50	44	56	37	27	40	66	87	46
	85	75	77	81	68	77	78	87	77

Hovedpunkter (Kvalitet og pasientsikkerhet)

- Alle klinikker har behov for å iverksette tiltak på flere områder.
- Varierende kjennskap til håndbok for Medisinsk Teknisk Utstyr, og til krav til kompetanse.
- Kvalitetsutvalg er lite kjent i organisasjonen.
- Kvalitetsindikatorer og pasient – og brukerundersøkelser brukes i liten grad til evaluering og forbedring. Opprettet arbeidsgruppe bør bruke dette resultatet til målrettet forbedringsarbeid.
- For enkelte kontrollerte områder, er det behov for å tydeliggjøre krav i lov og forskrift inn i våre prosedyrer i tillegg til å øke grad av etterlevelse.
- *Risikovurdering pasientsikkerhet er godt ivaretatt. Pasientsikkerhetsvisitter bekrefter dette.*

Hovedpunkter (HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø)

- Ledere er godt kjent med krav i internkontroll innen HMS.
- Egenvurderingen er mer positiv hva gjelder saksbehandling i Synergi enn i reell saksbehandling. Jf Generell internkontroll – flere pågående tiltak knyttet til meldekultur og saksbehandling.
- Varierende grad av dokumentasjon av mål og tiltak i elektronisk handlingsplan.
- Få gjennomførte/dokumenterte risikovurderinger knyttet til forskriftskrav.

Hovedpunkter (Personvern, informasjonssikkerhet)

- Gjennomgående høyt fokus og stor bevissthet knyttet til personvern og informasjonssikkerhet.
- Det ble iverksatt tiltak etter *Undersøkelse om informasjonssikkerhetskulturen (2021/2022)*. Vurdere om disse skal styrkes etter resultat fra undersøkelse i 2023.
- Pågående tiltak videreføres.

Hovedpunkter (Forskning)

- God korrelasjon mellom de med pågående forskningsprosjekter og som kjenner kravene.
- Funn knyttet til handlingsplan kan relateres til utydighet i kravene beskrevet i forskningsstrategien og bør gjennomgås.
- Iverksatte tiltak videreføres.

Styringsystemet

- Styringsystemet skal sikre at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i lovgivningen som omfatter foretaket. Dette innebærer i praksis å sikre at det dekker krav i lover og forskrifter, krav og føringer fra Helse Sør-Øst, og at det bidrar til samordning og koordinering av prosesser for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaket.

Samlet vurdering av Styringssystemet

- 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, iverksettes det 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.
- Vi er ikke kjent med forestående endringer som vil berøre virksomheten (eks forskriftsendringer, nye nasjonale veiledere og retningslinjer, nye krav fra eiere) som medfører behov for endringer i styringssystemet.

Videre arbeid

- Utarbeide overordnet handlingsplan basert på vedtak i SLM
- Iverksette tiltak for områder med behov for forbedring i egen enhet
- Evaluere LGG prosess sammen med fagansvarlige.
- Vurdere risikobasert tilnærming for neste gjennomføring.

Ekstra

Resultat – Generell

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for billedagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for akuttmedisin	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Krettsavdelingen	Medisin og helsevern og rusbehandling	Senter for laboratoriemedisin	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum	
Jeg har en stillingsbeskrivelse som viser mitt ansvar og mine oppgaver	50	100	85	85	100	88	62	86	84	100	75	87	42	66	83
Jeg er kjent med hvilke fullmakter jeg har i kraft av min lederrolle	100	87	80	100	100	96	75	95	100	100	100	100	71	100	93
Min enhet har et oppdatert dokument som viser attestasjons - og ansvarsmyndighet	50	100	70	100	88	88	75	90	84	100	50	75	57	100	82
Min enhet har et oppdatert organisasjonskart	100	100	100	85	77	88	87	95	81	66	100	75	100	100	89
Min enhet har et oppdatert dokument som beskriver virksomheten jeg er leder for	0	87	70	71	88	80	75	72	81	100	75	87	14	33	74
Jeg har gjort medarbeidere i min enhet kjent med at retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelige i EK	100	100	95	85	100	92	100	95	87	66	87	100	85	100	92
Min enhet har en kvalitetshåndbok (prosedyresamling) som inneholder styrende dokumenter	0	100	95	85	88	84	87	86	78	100	87	100	100	100	87
Min enhet har utarbeidet kompetanseplaner i kompetansemodule	100	100	60	42	88	88	87	86	78	100	87	62	42	33	77
Jeg følger opp at kompetanseplaner blir gjennomført	50	100	55	57	88	88	50	72	69	100	87	100	100	33	75
Jeg har satt meg inn i styrende dokumenter som gjelder for mitt ansvarsområde	100	100	85	100	77	88	87	86	84	100	87	100	85	100	88
Jeg har satt meg inn i Oppdrag og bestilling og de mål og oppdrag som er relevante for min enhet	100	100	85	85	88	88	100	81	87	100	100	100	100	100	90
Min enhet gjennomfører risikovurderinger innen eget ansvarsområde.	50	75	80	85	77	88	62	77	81	100	87	87	85	33	80
Jeg følger opp gjennomførte risikovurderinger som jeg er ansvarlig for, herunder iverksetter nødvendige risikoreduserende tiltak	100	87	90	71	77	96	87	81	90	100	87	87	100	33	87
Jeg har satt meg inn i prosedyre for håndtering av uønskede hendelser/avvik	100	100	95	100	100	96	100	100	93	100	100	100	100	100	97
Jeg har gjort prosedyre for håndtering av uønskede hendelser/avvik kjent for mine medarbeidere	50	100	90	71	88	92	100	90	81	66	75	100	100	33	87
Jeg følger opp saker meldt i Synergi, herunder planlegger, iverksetter og følger opp tiltak	100	100	100	100	100	92	87	95	100	100	100	87	100	33	95
Jeg ivaretar meldeplikten som gjelder for uønskede hendelser/avvik	100	100	100	100	100	96	100	95	96	100	87	100	100	100	97
Jeg har satt meg inn i den interne varslingsordningen	100	100	85	100	100	92	100	86	96	100	62	100	100	66	92
Jeg har gjort den interne varslingsordningen kjent for mine medarbeidere	100	100	75	85	77	72	87	72	81	33	50	75	85	33	76
Jeg ivaretar krav til månedlige, tertialvis og årlig rapportering i tråd med rapporterings - og oppfølgingsprosesser	50	100	95	85	88	92	87	86	90	100	100	87	85	100	90
Jeg behandler og følger opp interne revisjoner i tråd med gjeldende krav	100	100	95	100	100	100	100	95	96	100	87	100	100	100	97
Jeg behandler og følger opp eksterne tilsyn i tråd med gjeldende krav	100	100	100	100	100	100	100	95	100	100	87	100	100	100	98
Jeg evaluerer de tiltak som gjennomføres på bakgrunn av gjennomførte internkontrollaktiviteter for å se om de har hatt ønsket effekt	100	87	85	71	77	80	100	86	81	100	75	87	100	66	84
	78	96	85	85	90	89	86	87	87	92	84	91	85	72	87

Resultat – HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø

	Administrerende direktør med st.	Avdeling for bildediagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for akuttmedisin	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Medisin og helsevern i	Senter for laboratoriemedisin	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum	
Jeg er kjent med arbeidsgivers ansvar for valg av verneombud, inkludert at det skal inngås skriftlig samarbeidsavtale mellom verneombud og leder	100	100	95	100	100	95	100	90	100	100	87	100	100	75	96
Jeg er kjent med verneombudets rolle og ansvar, og krav om at navn på verneombud er kunngjort ved oppslag i enhetene	100	100	95	100	100	95	100	95	100	100	100	100	100	75	97
Jeg er kjent med at verneombud, medarbeidere og deres tillitsvalgte skal medvirke til planlegging og gjennomføring av det systematiske HMS-arbeidet slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes	100	100	100	100	100	95	100	95	100	100	100	100	100	100	98
Jeg er kjent med at det skal oppnevnes og dokumenteres hvem som er ergonomi-/forflytningskontakt, brannvernkontakt, strålevernkontakt, smittevernkontakt og stoffregisteransvarlig - der dette er påkrevd	50	100	100	100	100	95	100	95	89	100	100	87	100	75	94
Jeg har bevisstgjort medarbeidere som rapporterer til meg om at informasjon om det systematiske HMS- og arbeidsmiljøarbeidet er tilgjengelig på intranett i HMS-portalen og i Elektronisk kvalitetssystem (EK)	50	100	95	85	90	83	87	72	86	66	87	87	100	50	85
Jeg er kjent med krav til obligatorisk HMS-opplæring for medarbeidere som rapporterer til meg	50	100	95	100	100	95	100	95	94	66	100	100	100	50	94
Jeg sørger for at relevant HMS-opplæring gjennomføres og dokumenteres for medarbeidere som rapporterer til meg (inkl ergonomi-/forflytningskontakt, brannvernkontakt, strålevernkontakt, smittevernkontakt og stoffregisteransvarlig)	50	87	90	100	80	91	87	81	89	100	100	100	100	50	88
Jeg sørger for at medarbeidere som rapporterer til meg har gjennomført obligatorisk opplæring i smittevern	50	100	90	100	90	95	100	86	86	100	100	100	100	75	91
Jeg sørger for at medarbeidere som rapporterer til meg har gjennomført obligatorisk opplæring i brannvern	100	100	90	100	90	87	87	81	92	66	75	100	100	25	88
Jeg sørger for at medarbeidere som rapporterer til meg har fått nødvendig informasjon, kompetanse og øvelse i forebygging og håndtering av utagering, vold- og trusselsituasjoner	100	100	75	85	50	91	87	63	76	33	87	87	100	75	78
Jeg sørger for at medarbeidere som rapporterer til meg har gjennomført obligatorisk opplæring i sykehusets miljøledelsessystem (Grønt sykehus)	50	87	95	71	90	87	100	72	73	66	100	100	85	0	81
Jeg har satt meg inn i regelverk, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som gjelder for HMS-arbeidet (arbeidsmiljø og ytre miljø) for mitt ansvarsområde	100	75	90	100	90	91	100	90	89	100	87	100	100	50	90
Jeg er bevisst på gjensidige avhengigheter mellom helsefremmende arbeidsmiljø og god pasientsikkerhet	100	100	100	100	90	95	100	95	94	100	100	100	100	100	97
Jeg har utarbeidet og dokumentert enhetens mål og tiltak for det systematiske arbeidet med HMS (arbeidsmiljø og ytre miljø) i handlingsplan, og har gjort disse kjent for medarbeiderne som rapporterer til meg	50	100	90	57	70	87	75	72	65	66	62	87	100	50	76
Jeg sørger for at medarbeidere som rapporterer til meg kjenner sykehusets overordnede mål for ytre miljø	50	87	90	85	80	83	100	72	81	33	75	87	100	0	80
Jeg har siste år identifisert farer og problemer på bakgrunn av enhetens risikoforhold og kompleksitet, og vurdert risiko og nødvendige forebyggende tiltak	100	75	80	85	70	83	87	63	84	100	87	87	100	100	81
Min enhet jobber systematisk med risikovurderinger knyttet til:															
i. organisatoriske forhold, herunder hvordan arbeidet er organisert, lagt til rette og gjennomført	100	75	80	85	80	83	75	77	65	66	100	75	100	75	78
ii. psykososiale forhold	100	100	85	71	80	83	87	77	86	66	75	75	100	50	82
iii. fysiske forhold, herunder lokaler, støy, brannvern mm	50	100	85	71	90	79	62	77	81	33	75	87	100	50	79
iv. ergonomi	50	87	85	71	70	87	50	72	73	66	75	75	100	50	76
v. kjemiske forhold (håndtering og eksponering av kjemikalier er en fare for medarbeiders helse og sikkerhet)	100	75	100	100	70	95	62	81	92	100	62	87	100	100	88
vi. biologiske forhold (smittsomme og ikke-smittsomme biologiske faktorer, mikroorganismer og cellekulturer)	100	100	95	100	80	95	87	77	92	100	75	100	100	100	91
vii. stråling	100	100	95	100	100	100	100	86	94	100	87	100	100	100	95
viii. ytre miljø	100	87	85	85	60	79	62	68	73	66	75	87	100	50	76
Jeg er kjent med krav om risikovurdering for arbeidsmiljø og ytre miljø ved endringer og omstillinger (eks: pasientbehandling/teknologi/organisering/arbeidsprosess/arbeidsstidsordning)	50	87	95	100	100	75	87	81	89	100	62	87	100	25	85
Jeg dokumenterer tiltak i elektronisk handlingsplan dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av krav i lov, forskrift og interne krav	50	87	85	85	80	79	87	72	86	66	50	75	100	25	79
Jeg behandler og følger opp uønskede HMS-hendelser / avvik i enheten	100	100	100	100	100	95	100	100	97	100	100	100	100	100	98
Jeg gjennomfører og følger opp faste kartleggings- og forbedringsaktiviteter (HMS-vernerunde, medarbeidersamtaler, ForBedring, annet i tråd med årshjul)	50	100	95	85	90	87	100	90	94	66	100	87	100	25	80
Jeg registrerer tiltak etter kartleggings- og forbedringsaktiviteter i elektronisk handlingsplan, og presenterer disse i relevante fora	50	87	85	57	70	75	75	72	65	66	75	87	100	50	73
Jeg løfter HMS-relaterte saker som involverer flere enheter til neste nivå for behandling i samarbeidsmøte, kvalitetsråd eller AMU	100	87	85	100	100	79	100	81	92	100	87	100	100	75	89
Jeg formidler informasjon fra faste partssammensatte arenaer med verneombud og tillitsvalgte (samarbeidsmøte / kvalitetsråd) til medarbeidere i egen enhet	50	100	90	100	100	91	100	77	92	33	87	87	100	75	89
	75	93	90	89	85	88	88	81	86	78	85	91	99	61	87

Resultat – Personvern og informasjonssikkerhet

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for bildebildagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for akuttmedisin	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Medisinsk helsevern og rusbehandling	Medisinsk helsefag	Senter for laboratoriediagnostikk	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum
Jeg har satt meg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet	100	100	95	100	88	96	100	81	94	100	87	100	100	100	94
Jeg har satt meg inn i ledelsessystem for informasjonssikkerhet	100	87	65	100	88	80	100	68	78	66	75	87	100	75	79
Det blir lagt til rette for at medarbeidere i min enhet er i stand til å ivareta taushetsplikten gjennom bevisstgjøring og nødvendig opplæring	100	87	95	100	100	88	100	90	97	100	100	100	100	75	94
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med retningslinjer knyttet til bruk av e-post og mobil	100	100	90	100	88	96	100	81	94	100	87	100	100	75	92
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med retningslinjer knyttet til bruk av sosiale medier	100	87	85	71	88	92	87	81	92	100	87	75	100	75	87
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med retningslinjer knyttet til håndtering av taushetsbelagt informasjon om pasienter ovenfor pårørende	100	87	95	100	100	92	100	86	97	100	87	100	100	75	94
Jeg har gjort det kjent at medarbeidere ikke kan bruke hverandres passord eller låne hverandres adgangskort og PIN-kode	100	100	95	100	100	96	100	100	100	100	87	100	85	100	97
Jeg vurderer risiko for brudd på personopplysningsvern ved nye eller endrede arbeidsprosesser	100	100	95	100	88	88	87	90	84	100	87	100	100	75	90
Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for brudd eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav eller interne retningslinjer og prosedyrer	100	100	100	100	88	96	100	95	94	100	100	100	100	75	96
Jeg bruker uønskede hendelser knyttet til taushetsplikt til læring og forbedring blant medarbeidere i min enhet	100	87	95	85	88	92	100	95	84	66	87	100	100	75	90
Jeg har kontroll med at egne medarbeidere har nødvendige tilganger til IKT-systemer og at medarbeidere som har sluttet deaktiveres i alle IKT-systemer	100	87	90	100	66	100	87	81	86	100	87	87	100	100	89
Jeg har oversikt over behandlinger av personopplysninger i min enhet. For eksempel gjennomgang av lagringsområder og interne kvalitetsprosjekter	100	87	85	100	77	80	87	77	81	100	100	87	100	75	84
Jeg løfter personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå	100	100	95	100	100	84	87	95	94	100	100	87	100	100	94
	100	93	90	96	89	90	95	86	90	94	90	94	98	82	91

Resultat – Forskning

	Avdeling for billedediagnostikk	Klinikk for akuttmedisin	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Senter for psykiisk helsevern	Sum	
Min enhet har pågående forskningsprosjekter	100	66	60	100	66	66	0	66
Jeg er kjent med at Sykehuset Østfold har et forskningsutvalg	100	100	90	100	100	100	100	96
Jeg har gjort meg kjent med prosedyrer og retningslinjer for forskning i EK: Forskningsprosjekt og kvalitetssikringsstudie - oppstart	100	100	70	100	83	83	100	83
Jeg har gjort meg kjent med prosedyrer og retningslinjer for forskning i EK: Forskningsstilling, ansettelse	100	100	80	100	83	50	100	80
Jeg er kjent med sykehusets prosjektregister for forskningsprosjekter	100	100	80	100	66	66	100	80
Jeg følger opp at prosjektledere og prosjektmedarbeidere gjennomfører nødvendig opplæring innenfor forskning	100	66	80	100	50	66	100	73
Jeg er kjent med at forskningsavdelingen har ansvar for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før forskningsprosjekter igj	100	100	90	100	100	100	100	96
Jeg er kjent med ansvarsfordelingen i forskningsprosjekter ved SØ	100	100	70	100	50	33	100	66
Min enhet har utarbeidet handlingsplan for forskning	0	33	60	100	16	0	0	36
Jeg er kjent med prosjektleders ansvar for å melde uønskede og uventede medisinske hendelser som antas å ha sammenheng med pågående forskni	100	66	90	100	83	100	100	90
	90	83	77	100	70	66	80	77