

# LEDELSENS GJENNOMGANG VURDERING AV STYRINGSSYSTEM 2024

Oslo universitetssykehus 2024

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Formålet med rapporten .....	2
Innledning .....	4
Bakgrunn og hensikt med styringssystemet i spesialisthelsetjenesten.....	4
Avgrensninger og metodikk .....	4
Vurdering og analyse av nåværende styringssystem.....	6
Generelt lederansvar .....	6
Kvalitet og HMS.....	9
Forskning.....	13
Samlet vurdering av modenhet av styringssystemet.....	15
Videre arbeid LGG 2024.....	17
Fremdriftsplan.....	17

## Forord

### Formålet med rapporten

Oslo universitetssykehus sitt samfunnsoppdrag er å sørge for god pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, sikre kvalitet i våre tjenester og god ressursutnyttelse. God styring skal sikre at vi leverer på dette samfunnsoppdraget og følger opp mål og prioriteringer på en effektiv måte, innenfor våre disponible rammer.

Gode planer og prosesser forutsetter et velfungerende styringssystem med ledere som gir retning, ser muligheter og ønsker resultater. Hver leder er bindeleddet mellom styringslinjen i sykehuset og fagmiljøet de leder. Vi er lovpålagt å ha et helhetlig styringssystem hvor våre prosesser og aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Disse systematiske aktivitetene, for å nå sykehusets mål, forvalte ressurser, sikre forsvarlig beslutninger og god kvalitet i våre tjenester er et lederansvar.

Ledelsens gjennomgang (LGG) er den årlige kontrollerende delen av styringen. I LGG evalueres styringssystemet for å identifisere områder som bidrar til forbedringer og økt effektivitet i styringen. LGG skal også besvare om ønskede mål og resultater oppnås og hvorvidt gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes. Basert på evalueringen tilpasses styringssystemet for å møte endrede behov og krav. <sup>1</sup> Formålet med denne rapporten er å dokumentere vurderingen av styringssystemet. Vurdering av måloppnåelse og resultatoppfølging følges opp i styringslinjen i henhold til administrerende direktørs årsplan for virksomhetsstyring.

Denne rapporten gir en første overordnet gjennomgang av resultater på utvalgte spørsmål/områder med anbefalte forbedringsområder. Arbeidet med å identifisere og iverksette forbedringstiltak i klinikkene startes opp høsten 2024 i ny "Rød tråd"-prosess for samlet gjennomgang av styringssystem og risikoområder med tilhørende datakilder, basert på den tidligere prosessen for HMS-årsrapport. Dette oppsummeres samlet i en rapport som ferdigstilles første kvartal 2025.

---

<sup>1</sup> [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - - Lovdata](#)

## Oppsummering av hovedfunn og anbefalinger

God virksomhetsstyring er avgjørende for måloppnåelse med effektiv ressursbruk. Et sentralt mål med forbedring av virksomhetsstyringen er å forenkle og tydeliggjøre styringssystemet, øke etterlevelse av føringer, styrke omstillings- og endringstakten, samt utvikle en mer helhetlig og balansert styring. Et godt styringssystem skal bidra til en tydeligere kobling mellom overordnede mål og ansvaret på de ulike ledernivåene i helseforetaket, sikre tydelige prioriteringer og bidra til at ledere på alle nivåer bruker kapasiteten på de deler av virksomheten som er vesentlig for måloppnåelse. Funns og anbefaling fra gjennomgangen av styringssystemet er i tråd med prinsippene i OUS 2.0. En sentral forutsetning for å lykkes med god styring er at våre ledere forstår sitt ansvar og utøver sitt lederoppdrag. For å sikre dette må vi sørge for effektive, koordinerte og forutsigbare prosesser som bidrar til tydelige forventninger til krav og mål som skal oppnås. God styringsdialog og evne til å se foretaket som en helhet, innsikt i sammenhenger, prioritering og utnyttelse av kompetanse og ressurser på tvers av sykehusene må sikres gjennom tilpasset systemstøtte og tilstrekkelig informasjon.

Funns fra vurderingen av styringssystemet har vist områder av styringssystemet med behov for videreutvikling og forbedring. Det vil være ulike forhold som definerer et umodent styringssystem og dermed utgjør en risiko for at styringssystemet ikke sikrer at foretaket gjennomfører oppgavene effektivt og når sine mål. Mange og skiftende mål, liten konsistens mellom mål og rapportering, varierende grad av god styringsinformasjon i styringen, og manglende risikostyring er forhold som påvirker den helhetlige styringen. Hver for seg representerer ikke disse svakhetene en stor risiko, men samlet vil et umodent styringssystem med ineffektive prosesser føre til manglende oppfølging av kvaliteten i våre tjenester. Dette igjen kan påvirke pasientsikkerheten og behandlingsresultatene negativt. Svakheter i styringssystemet vil også påvirke tjenestenes produktivitet og kostnadseffektivitet med resultat at vi ikke når mål om en bærekraftig helsetjeneste.<sup>2</sup>

### Utvalgte forbedringsområder på foretaksnivå

- Mål og handlingsplaner: Helseforetakets mål og planer skal være operasjonalisert og gjort kjent på tvers av organisatoriske nivåer. Det er forbedringspotensial i foretakets styringssystem for prioritering, implementering og oppfølging av mål og handlingsplaner.
- Risikostyring: Det er behov for å videreutvikle og operasjonalisere en helhetlig risikostyring, samt økt kompetanse og forståelse for risikostyring som metode for å nå mål. En rekke tiltak er allerede beskrevet og arbeidet med å videreutvikle helhetlig risikostyring i OUS er påbegynt.
- Det er behov for å gi lederne ytterligere opplæring i bruk av styringsdata og utvikle og tilgjengeliggjøre oppdaterte styringsparametere slik at de blir bedre beslutningsstøtteverktøy.
- Gjennomgang av styrende dokumenter i eHåndbok med sikte på forbedring og forenkling av struktur og innhold.

---

<sup>2</sup> [en-barekraftig-helsetjeneste.pdf \(helseomsorg21.no\)](https://www.ous-research.no/en-barekraftig-helsetjeneste.pdf)

## Innledning

### Bakgrunn og hensikt med styringssystemet i spesialisthelsetjenesten

Kravene til systematisk styring er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a tredje ledd, 3-4 a og 2-2. Krav til styringssystem følger av plikten til å sørge for forsvarlige helsetjenester og innebærer å sikre systematisk styring av virksomheten slik at den oppfyller krav i helse- og omsorgslovgivningen. Øverste leder for virksomheten har det overordnede ansvaret for styringssystemet. I tillegg gjelder kravene i helsepersonell loven § 16 om å organisere tjenestene slik at helsepersonellet skal kunne overholde sine lovpålagte plikter.<sup>3</sup>

I Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring er begrepet definert i § 4:<sup>4</sup> «I denne forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens prosesser og aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.» Det omfatter både innholdet i tjenestene, organisering og arbeidsprosesser. Et velfungerende styringssystem skal bidra til at foretaket har oversikt over at tjenestene har ønsket kvalitet, om det er behov for forbedring og til at tiltakene blir gjennomført.

Styret skal gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt følge med på om foretaket har et forsvarlig styringssystem. Styret må også sørge for å være informert om helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet.<sup>5</sup> Basert på gjennomgangen må det vurderes hvorvidt det er behov for endringer.<sup>6</sup> Styret skal minimum én gang i året foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av tiltak for å følge opp avvik.

### Avgrensninger og metodikk

Ledernes vurdering av styringssystemet gir en tilbakemelding på hvor godt styringssystemet er innrettet som redskap for å ha styring og kontroll på tjenestene i sykehuset, og om det er områder av styringen som bør forbedres. Vurderingene fra lederlinjen sett opp mot øvrig styringsinformasjon vil gi en indikasjon på hvilke områder av styringssystemet som bør forbedres.

Vurdering av styringssystemet er våren 2024 utformet i fire digitale skjemaer utviklet i OUS sitt forbedringssystem Achilles. Skjemaene dekker ulike lederansvarsområder og er inndelt i åtte gjennomgående tema. Skjemaene Generelt lederansvar, Kvalitet og HMS og HR og Økonomi ble sendt til 1126 ledere på alle nivåer N2-N6 i OUS' 15 klinikker. Skjemaet for forskning ble sendt til 324 ledere med antatt ansvar for forskning. I denne runden ble det ikke tid til å kvalitetssikre dette i forkant med klinikkene. Resultatene må tolkes med forsiktighet da det er usikkerhet om vi har fått svar fra alle ledere med ansvar for forskning. Ledere i Direktørens stab mottok ikke skjemaene grunnet pågående endringer i staben. I OUS' organisasjonsstruktur er det registrert enheter med lederstilling i organisasjonsstrukturen uten at de har personal- og resultatansvar. Vi kan derfor ikke

<sup>3</sup> [Krav til styringssystem og systematisk kvalitetsarbeid - Helsedirektoratet](#)

<sup>4</sup> [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

<sup>5</sup> [Styringssystem - ansvar og definisjon - Helsedirektoratet](#)

<sup>6</sup> [styrekvalitetpasientsikkerhet.pdf \(riksrevisjonen.no\)](#)

legge til grunn et eksakt antall ledere med personalansvar i virksomheten, og enkelte besvarelser kan komme fra medarbeidere med fag- eller driftsansvar (men uten personalansvar).

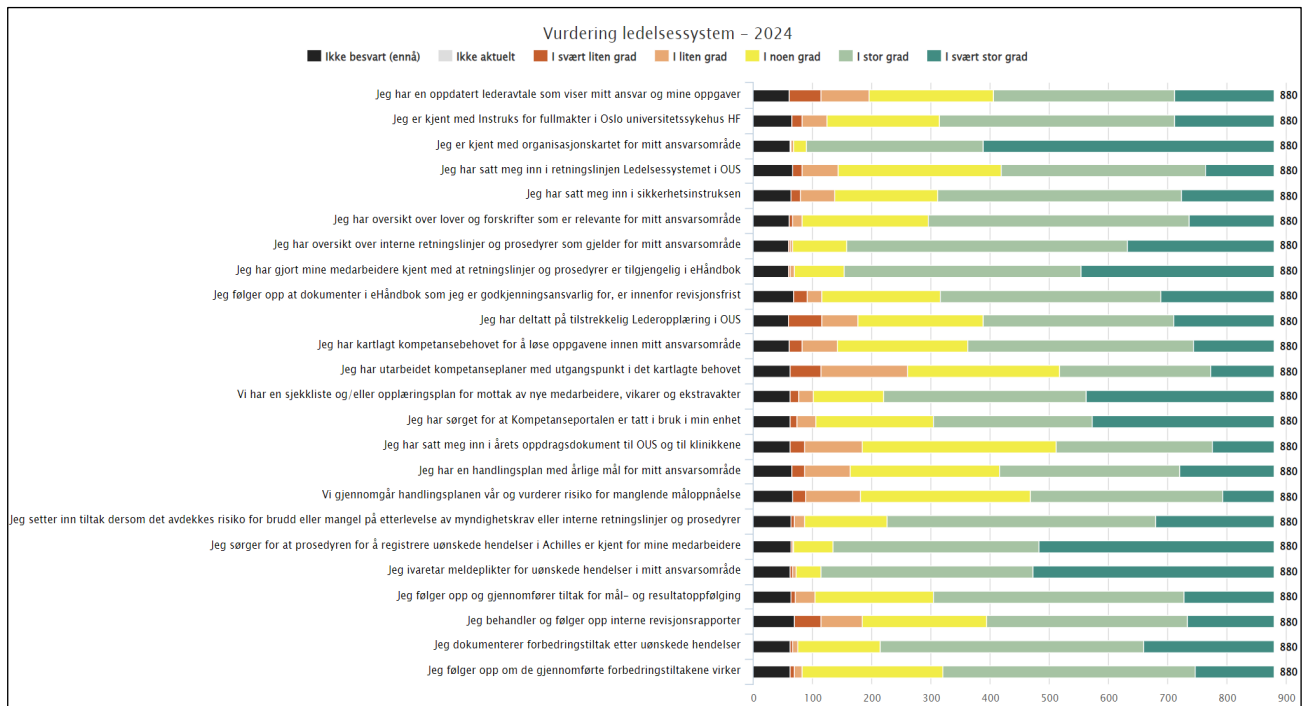
Metoden med spørsmål til hver leder har hatt en pedagogisk effekt, målt ut fra tilbakemeldinger i form av kommentarer fra en rekke ledere. Gjennom lenker fra det enkelte spørsmål til styrende dokumenter, systemer og kurs har ledere på en effektiv måte fått en samlet oversikt over viktige bestanddeler av styringssystemet, og etter egne utsagn, lært noe de ikke kunne fra før. Denne effekten kan være en stor gevinst i seg selv, ved bevisstgjøring om lederrollens bredde og økt kompetanse i viktige bestanddeler av styringssystemet.

Den sorte andelen i resultatene er påbegynte skjemaer der det aktuelle spørsmålet ikke er besvart. Denne varierer og er størst i det første skjemaet. Det skyldes i stor grad at utfylling av skjemaet ikke er ferdig, og til dels at leder ikke har funnet et passende svaralternativ. Beregning og gjengivelse av svarfordeling i prosent på det enkelte spørsmål i denne rapporten er derfor *prosentvis andel av de som har svart på spørsmålet*.

For gjennomføring se retningslinje for [Ledelsens gjennomgang vurdering av styringssystem](#).

# Vurdering og analyse av nåværende styringssystem

## Generelt lederansvar



Se vedlegg til rapport for større figurvisning

Innenfor “Generelt lederansvar” pågår det flere ulike initiativ knyttet til forbedring av prosesser og aktiviteter i styringssystemet. En god struktur med velfungerende beslutningsprosesser, klar fordeling av ansvar og myndighet, hensiktsmessige informasjons- og kommunikasjonsprosesser er avgjørende for at foretaket skal kunne gjennomføre sine strategier og nå sine mål. En forutsetning er at det er klarhet og omforent forståelse rundt hva som er virksomhetens mål og at risikostyring er en sentral del av virksomhetsstyringen. Helhetlig risikostyring er et viktig virkemiddel for å nå målene i foretaket som å levere god kvalitet i tjenestene, at tilbudet er likeverdig og tilpasset pasientens behov, reduserte ventetider og motvirker pasientskader. <sup>7</sup> Ledelsen skal både kjenne til og aktivt håndtere forhold som kan true måloppnåelse.

I OUS er det vedtatt strategiske mål på sentrale områder i OUS Utviklingsplan 2040. Årlig kommuniseres oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst og klinikkvisse oppdrag ut i styringslinjen.

- Kun 44 % av lederne vurderer at de i stor grad eller svært stor grad har satt seg inn i årets oppdragsdokument til OUS og til klinikkene
- Ytterligere 40 % svarer i noen grad. 42 % av lederne har i stor grad eller svært stor grad satt seg inn i OUS sin Handlingsplan pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø.
- 56 % av lederne bekrefter at de i stor grad eller svært stor grad har en årlig handlingsplan med mål for sitt ansvarsområde.

<sup>7</sup> [Sykehusene jobber lite systematisk med risikostyring \(riksrevisjonen.no\)](https://riksrevisjonen.no/sykehusene-jobber-lite-systematisk-med-risikostyring)

- 51 % av 813 lederne bekrefter at de i stor grad eller svært stor grad gjennomgår handlingsplanen og vurderer risiko for manglende måloppnåelse.

Når mål ikke er tilstrekkelig kommunisert i lederlinjen kan det medføre ineffektivitet, manglende prioritering og retning samt usikkerhet blant ledere og medarbeidere om hva som forventes av dem. Uten felles forståelse av målsetninger, blir det krevende å gjennomføre nødvendige endringer og forbedringer. Pågående arbeid for å styrke helhetlig virksomhets- og risikostyring, inkl. omorganisering i stab, forventes å gi målbar endring på disse spørsmålene fra 2025.

Manglende helhetlig risikostyring øker sannsynligheten for at uventede og uønskede hendelser påvirker virksomheten evne til å nå sine mål. <sup>8</sup> Risikoer som ikke er håndtert kan utfordre pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene og medføre økonomiske merkostnader og redusert omdømme og tillit fra pasienter og ansatte. Det er derfor viktig at det jobbes systematisk med helhetlig risikostyring hvor vesentlig risiko identifiseres og vurderes og at effektive tiltak iverksettes for å redusere den. Dette vil bidra til tryggere, gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. I OUS er det gjennom ulike tilsyn avdekket forbedringsområder i den helhetlige risikostyringen. Risikostyringen i foretaket er noe fragmentert og understøtter i varierende grad strategi, oppdrag og prioriteringer. Det er ikke tydelig sammenheng mellom mål og de tiltakene som iverksettes. Dette begrunnes med manglende systematikk i planarbeidet som vanskeliggjør god risikostyring i virksomheten, samt lite målrettet oppfølging og rapportering. <sup>9</sup> Lederes vurdering av risikostyring i styringssystemet bekrefter dette.

- 50 % av lederne vurderer at de i stor grad eller svært stor grad gjennomgår handlingsplanen og vurderer risiko for manglende måloppnåelse.
- Lederes vurdering av spørsmål om de sørger for at medarbeidere er kjent med de farer og risikoer som er knyttet til utførelsen av deres arbeidsoppgaver viser at 82 % opplyser at risikoområder i stor grad eller svært stor grad kjent. Men det er behov for økt kompetanse og gjennomføringsgrad i risikovurderinger.

Pågående arbeid med videreutvikling av helhetlig risikostyring gjør at vi forventer forbedret resultat på dette området i 2025:

- Etablering av team i Direktørens stab som styrker helhetlig virksomhets- og risikostyring
- Utvikling av opplæring, inkl. regionale kriterier for sannsynlighet og konsekvens
- Standardisering av handlingsplaner for risikostyring på mål og oppdrag
- Løpende risikovurdering inngår i jevnlig resultatrapportering
- Tematiske risikovurderinger av pasientsikkerhet, kvalitet og HMS vil erstatte HMS-runder
- Risiko og vurdering av styringssystemet (LGG) vil inngå som en «Rød tråd» i en samlet rapport

Utviklingssamtalen er et verktøy i lederutviklingen basert på lederens behov og virksomhetens mål hvor det legges vekt på forutsetningene for å nå målene. Samtalen er et obligatorisk lederansvar og skal gjennomføres årlig og resultere i en forpliktende handlingsplan for kommende periode.

---

<sup>8</sup> [Hvorfor bør styret stille tydeligere krav til risikostyringen? - IIA](#)

<sup>9</sup> [Sykehusene jobber lite systematisk med risikostyring \(riksrevisjonen.no\)](#)



- 58 % av lederne vurderte at de i stor grad eller svært stor grad har en oppdatert lederavtale som viser ansvar og oppgaver.

Statistikk på leder til leder-samtale hentet fra Kompetanseportalen viser en økning i gjennomførte dokumenterte samtaler:

2023: Påbegynte samtaler: 181, fullførte samtaler: 286

2024: Påbegynte samtaler: 283, fullførte samtaler: 260

Digitalt skjema for utviklingssamtalen ble innført september 2023. Erfaringsmessig vil implementeringen av nye rutiner og verktøy ta noe tid og det er å forvente at antallet fullførte ledersamtaler vil fortsette å øke gjennom året. HR vil vurdere hvordan dette skal følges opp i det videre i hele organisasjonen.

Kompetansebehovet i sykehusene er i endring. Oppgaver og ansvarsområder utvikles med endringer i befolkningens behov for helsetjenester, nye behandlingsformer og pasientforløp samt teknologisk og medisinsk utvikling. God praksis for kompetanse styring forutsetter at virksomheten planlegger, gjennomfører og evaluerer tiltak for å sikre at den enkelte medarbeider har nødvendig kompetanse for å utføre sine oppgaver og nå mål og krav.<sup>10</sup>

- 63 % av lederne vurderer at de i stor grad eller svært stor grad har kartlagt kompetansebehovet for å løse oppgavene innen sitt ansvarsområde
- 44 % vurderer at de i stor grad eller svært stor grad har utarbeidet kompetanseplaner med utgangspunkt i det kartlagte behovet.

For å møte behovet for helsepersonell og for å sikre ivaretagelse av verdifull kompetanse, har HR iverksatt flere tiltak. Strategisk rekruttering, oppgavedeling, bedre bruk av ansattes kompetanse og samarbeid med utdanningsinstitusjonene, har vært fokusområder i flere år ved sykehuset.

Sykehusets mal for kompetansekartlegging, bruk av kompetanseplaner og mal for utviklingssamtalen i Kompetanseportalen er alle nyttige verktøy for klinikkene i denne prosessen. Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK) har siden 2023 satt i gang et arbeid med kompetansekartlegging av dagens og fremtidens behov, hvor målet er å styrke utnyttelse av kompetansen TIK allerede besitter og løse kompetanseutfordringer TIK står ovenfor. Erfaringene fra dette arbeidet vil være grunnlag for videre utrulling i virksomheten. Kartleggingen omfatter punktene nedenfor:

- Utarbeidelse av jobbanalyser med formål, oppgaver og kompetansekrav
- Utarbeidelse av nye bemanningsplaner med kompetansekrav
- Få oversikt over nåværende kompetanse
- Utarbeidelse av plan for å møte behovet
- Utarbeidelse av individuelle mål for den enkelte medarbeider i Kompetanseportalen

Ved OUS er det per juni 2024 laget 2165 kompetanseplaner. Disse er unikt tildelt 204107 ganger til medarbeidere i OUS.

---

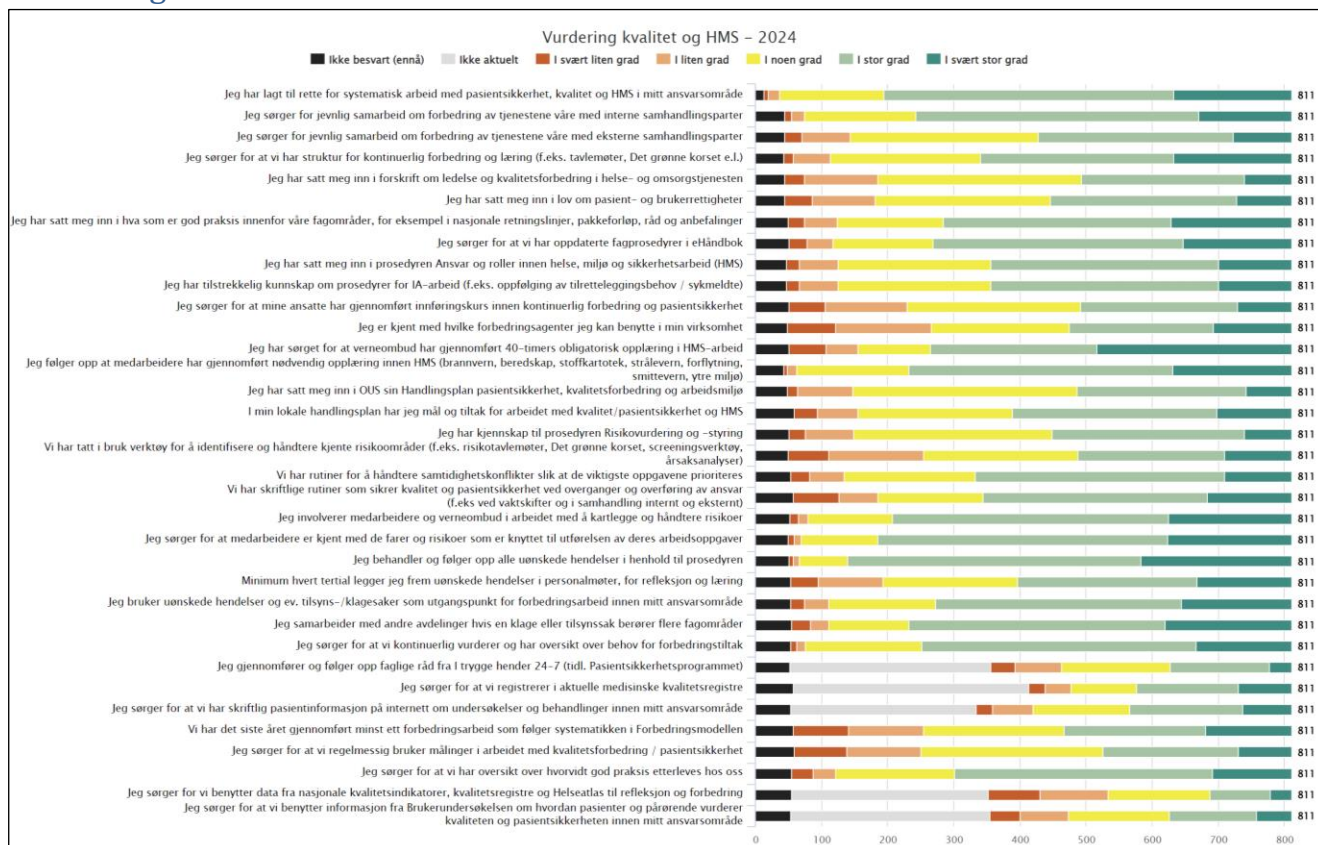
<sup>10</sup> [Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus](#)

## Internrevisjon:

- 60 % av lederne i OUS svarer at de i stor grad eller svært stor grad behandler og følger opp interne revisjonsrapporter.

Internrevisjonen i OUS vurderer at det fremdeles er en restanse på oppfølging lokalt av tidligere revisjoner. Det er ikke mange avdelinger som har hatt internrevisjoner fra nivå 1 de siste årene. Det er stor variasjon i revisjonsaktivitet mellom klinikkene (egenrevisjoner), selv om det er vedtatt at alle klinikker skal ha egen revisjonsplan. Det er varierende modenhet i klinikkene når det gjelder gode/effektive tiltak på revisjonsfunn. Avdeling for revisjon og tilsyn vil i større grad ha fokus på oppfølging av funn med igangsetting av tiltak i framtiden. Dette er i tråd med ny standard for internrevisjon, som trer i kraft fra 1. januar 2025.

## Kvalitet og HMS



Se vedlegg til rapport for større figurvisning

Pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. I trygge hender 24-7 med tiltaksplan er en videreføring og videreutvikling av arbeidet i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013) og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018). Rammeverket bygger på WHO sin globale handlingsplan for pasientsikkerhet, som Norge har forpliktet seg til å implementere. Rammeverket angir visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder og gir hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

Pasientsikkerhet handler om at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel. Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Kvalitetsforbedring er nødvendig for å utvikle og forbedre tjenestene slik at pasient, bruker og pårørende til enhver tid mottar den beste tilgjengelig diagnostikk, behandling og oppfølging. Kvalitetsforbedring er en del av et helhetlig kvalitetssystem som skal være til stede i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.<sup>11</sup>

Ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet handler om å bygge en kultur, sikre kompetanse og utvikle systemer som understøtter en helse- og omsorgstjeneste der kvaliteten på våre tjenester gjenspeiler seg i alt vi gjør. Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal være en integrert del av virksomhetsstyring, og gode systemer og strukturer for styring er en grunnleggende forutsetning.<sup>12</sup>

[OUS Delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025](#) beskriver at de overordnede målene for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet er ingen forebyggbare skader på pasienter og at vi har et strukturert og effektivt kvalitetsforbedringsarbeid. Oppfølgingen av denne delstrategien er blant annet strukturert gjennom [Handlingsplan pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025](#). Handlingsplanen er vedtatt, men i varierende grad implementert. Når det gjelder målet om et strukturert og effektivt forbedringsarbeid er det utviklet både elektroniske - og klasseromskurs der man får kunnskap om metode og verktøy. Klinikken har egne forbedringsagenter som kan fasilitere og bistå i forbedringsarbeid samt at det finnes ansatte i de sentrale stabene som innehar kompetanse for å kunne bistå klinikken ved behov.

- Ledernes vurdering viser at 44 % i stor grad eller grad og svært stor grad har oversikt over forbedringsagenter de kan benytte i klinikk til forbedringsarbeid
- 77 % vurderer at de i stor grad eller svært stor grad har lagt til rette for systematisk arbeid med pasientsikkerhet, kvalitet og HMS i sitt ansvarsområde
- 42 % opplyser at de i stor grad eller svært stor grad har sørget at ansatte har gjennomført innføringskurs innen kontinuerlig forbedring og pasientsikkerhet.

Rapport fra Læringsportalen viser at grunnkurs i Kontinuerlig forbedring har 12174 fullførte kursgjennomføringer (skal gjennomføres én gang). En medvirkende faktor til dette er at kurset er relativt nytt. HMS-kursene har eksistert i en årrekke, og 75 % av lederne svarer at de i stor / svært stor grad følger opp at medarbeiderne har nødvendig opplæring. På disse områdene vil fortsatt implementering av Kompetanseportalen, samt utvikling av rapportmodulen der være et viktig tiltak for styrket oppfølging av gjennomføringsgrad av kurs og kompetanseplaner.

- 71 % svarer at de i stor grad eller svært stor grad benytter uønskede hendelser og ev. tilsynssaker i forbedringsarbeidet imens 88 % svarer at de følger opp alle uønskede hendelser i henhold til prosedyren. Her er en mulig intern inkonsistens, siden hensikten med prosedyren er forbedringsarbeid. Tolkningen kan være at det mange ledere av naturlige grunner ikke er i kontakt med tilsynssaker.
- Ledernes vurdering viser at 81% i stor grad eller svært stor grad dokumenterer forbedringstiltak etter uønskede hendelser

<sup>11</sup> [Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - Helsedirektoratet](#)

<sup>12</sup> [kunnskapsgrunnlag-delstrategi-pasientsikkerhet-og-kvalitet.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

- 68 % følger opp om de gjennomførte forbedringstiltak har effekt.

Det er imidlertid stor variasjon mellom avdelinger og klinikker i hvilket omfang forbedringstiltak blir dokumentert og evaluert. Mye godt arbeid er i for liten grad dokumentert i vårt forbedringssystem Achilles. OUS forbedringssystem er tilgangsstyrt gjennom lederlinjen og således vil medarbeidere ikke kunne benytte seg av dette systemet i sitt daglige forbedringsarbeid med tiltaksoppfølging. Dette utfordrer læring på tvers i organisasjonen på en effektiv og systematisk måte. OUS har et Sentralt kvalitetsutvalg (SKU) bestående av blant annet AD, stabsdirektører og klinikkledere. Saker til SKU fremmes i stor grad av stabene. Man erkjenner at aktuelle saker ikke tas videre ned i organisasjonen for læring på tvers. Det er en pågående prosess for å se på deltakere, saker som meldes inn og hvordan disse kan benyttes nettopp til læring på tvers i organisasjonen.

Målinger er sentralt for [systematisk forbedringsarbeid](#) og en grunnleggende forutsetning for å lykkes med kvalitetsforbedringer. Det er avgjørende for å få oversikt over status og dokumentere hva vi leverer. Gjennom målinger identifiseres utvikling og forbedring over tid, og vi ser om vi er på rett nivå. Det er anbefalt å benytte et sett med målinger som består av resultat, prosess, og balanserende indikatorer. Ulike systemløsninger har vært forsøkt uten at man har lykkes i arbeidet med målinger. Spørsmålet som flest ledere har vurdert som uaktuelt, er bruk av medisinske kvalitetsregistre. Det kan kanskje forklares, da det er mest aktuelt for ledere som er leger samt avdelings-/klinikkledere med overordnet ansvar for klinisk virksomhet.

- 59 % svart i stor grad eller svært stor grad sørger for de benytter data fra nasjonale kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og Helseatlas til refleksjon og forbedring.

Kjente barrierer mot dette er tilgang til effektive verktøy for å registrere strukturerte kvalitetsdata underveis i behandlingen, utover det man har dekket i kliniske systemer. Bred bruk av kvalitetsregistre er ressurskrevende, både i etablering og forvaltning av verktøy og i form av at bruk utgjør merarbeid for klinisk personell. Det er i 2024 gjort en anskaffelse for å prøve ut enklere opprettelse og administrering av kvalitetsregistre. Bruk av medisinske kvalitetsregistre er et høyt prioritert område og vil være en spennende indikator å følge i årene fremover. Til høsten skal det gjennomføres en internrevisjon på bruk av kvalitetsregistre i virksomhetsstyring.

- 74 % av lederne har i stor grad eller svært stor grad oversikt over behov for forbedringstiltak
- 88 % benytter i stor grad eller svært stor grad uønskede hendelser til forbedring iht. prosedyrene. Det er imidlertid stor variasjon mellom avdelinger og klinikker på i hvilket omfang forbedringstiltak blir dokumentert og evaluert. Mye godt arbeid er i liten grad dokumentert i forbedringssystemet.

[I trygge hender 24-7](#) finner man verktøy for å forhindre ulike typer pasientskader. Dette kan være aktuelle normerende retningslinjer, veiledere eller faglige råd.

- 40 % av lederne vurderer at de i stor grad eller svært stor grad gjennomfører og følger opp faglige råd fra I trygge hender 24-7 (tidl. Pasientsikkerhetsprogrammet)

Resultatet må tolkes med forsiktighet, siden flere av tiltakspakkene *I trygge hender* ikke er aktuelle for alle enheter og tiltak kan være i bruk uten at de settes i sammenheng med det tidligere Pasientsikkerhetsprogrammet. Nesten like mange ledere svarer "Ikke aktuelt" på dette spørsmålet.

Men det er kjent at flere av tiltakene er krevende å innføre, og at det er teknologiske avhengigheter som har stor betydning. Et eksempel er integrasjoner og informasjonsflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten innen legemiddelområdet. Det pågår en mer detaljert kartlegging av de enkelte innsatsområdene i 24-7 der foreløpige tilbakemeldinger tyder på at ledere av sengeposter i stor grad følger opp innsatsområdene. Måling av gjennomføringsgrad bør i fremtiden inngå i rapporter fra klinisk administrative systemer.

Pasientinformasjon på internett: OUS sine internettsider og digitale innkallingsbrev er pasientens første møte med sykehuset. Dette gjør internettsidene til en viktig kanal for sikre at pasientene er trygge i møtet med sykehuset, og at de stiller forberedt til timen sin. Målet med nasjonal pasientinformasjon er enhetlig informasjon på tvers av alle sykehusene i landet. OUS leverer innhold til to ulike nettsteder med nasjonal pasientinformasjon:

- Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (tekster som beskriver behandling og undersøkelser)
- Helsenorge.no (tekster som beskriver en diagnose eller en tilstand)

Innholdet vi leverer til disse nettstedene gjenbrukes på våre egne nettsider.

- 32% opplyser at de i stor grad eller svært stor grad sørger for pasientinformasjon på internett.
- 37 % svarer at dette ikke er relevant.

Det er allerede etablerte initiativer som følger opp pasientinformasjon på internett.

Kommunikasjonsavdelingen bistår klinikkene i arbeidet med å overføre pasientinformasjon fra eHåndbok til Helsenorge.no og felles nettløsning på internett. Dette arbeidet vil strekke seg innover i 2025. Stab MHB leder en tverrfaglig arbeidsgruppe som ser på pasientinformasjon, pasient- og pårørendeopplæring og pasientbrev (fraser).

- 74 % av lederne vurderer at de i stor grad eller og svært stor grad sørger for jevnlig samarbeid om forbedring av tjenestene våre med interne samhandlingsparter. Tilsvarende tall er 50 % for jevnlig samarbeid med eksterne samhandlingsparter.

Spørsmålene gir rom for ulike vurderinger så resultatet må tolkes med varsomhet. Gode prosesser og systematisk arbeid med å etablere god samhandling internt og mellom spesialisthelsetjenesten og kommune er avgjørende for å sikre god pasientbehandling og koordinert omsorg i effektive pasientforløp. Systematisk samhandling sikrer at overganger skjer sømløst slik at pasientene får kontinuerlig oppfølging. God samhandling bidrar til bedre kvalitet i tjenestene og reduserer risikoen for feil. En sentral forutsetning for dette er tydelige roller og ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene.

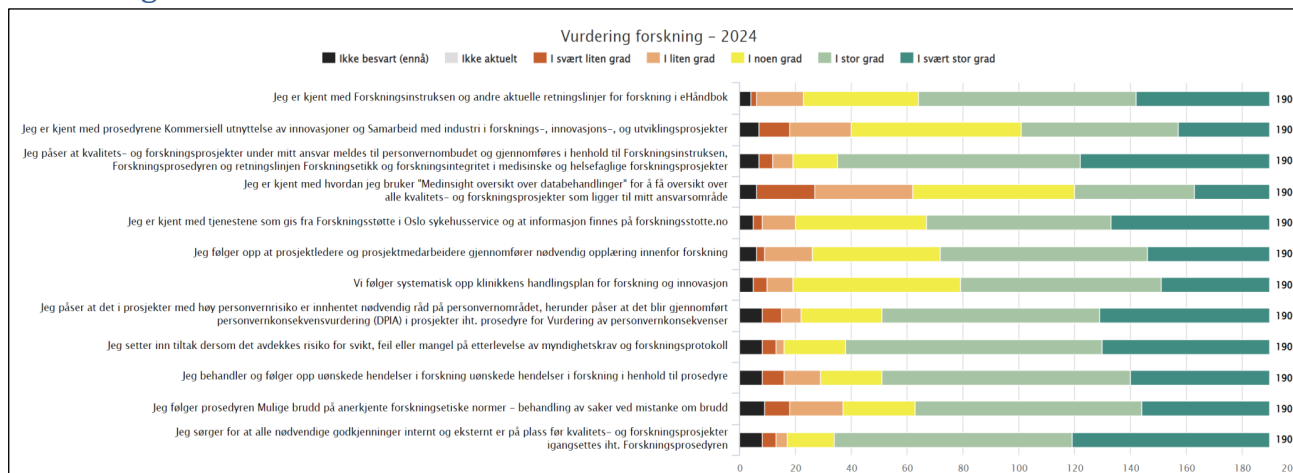
Gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Det krever tett lederoppfølging og en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring og brukes i planleggingen og styringen av helseforetaket. For å lykkes med kontinuerlig forbedring er det avgjørende at informasjon og erfaringer fra medarbeidere og brukere benyttes. God lederforankring er en suksessfaktor for arbeidet med forbedring. Det krever at ledere har praktisk kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid og at det er etablert prosesser og systemer for å følge opp arbeidet med forbedring på alle nivåer i helseforetaket. Det må videre

legges til rette for at ledere og medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine på en faglig forsvarlig og god måte.<sup>13</sup>

- 54% av lederne vurderer at de minimum hvert tertial legger frem uønskede hendelser i personalmøter, for refleksjon og læring

Dette understøttes av funn gjort i Konsernrevisjonens rapport *Bruk av uønskede hendelser i kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet 10/2018*.<sup>14</sup>

## Forskning



Se vedlegg til rapport for større figurvisning

Samlet vurdering er at de viktigste og mest kritiske områder er godt kjent. Dette omhandler ansvar og myndighet i forskning (Forskningsinstruksen) samt leders oppfølging av at nødvendige godkjenninger foreligger før oppstart av prosjekter. Det har vært økt oppmerksomhet om dette de senere årene, blant annet som følge av en nasjonal revisjonsrapport fra Helsetilsynet, samt den mye omtalte Norwait-studien. Lederne ansvar for å følge med på at regelverk og pålegg følges har vært viktig i disse sakene, og ble særskilt fulgt opp i Ledelsens gjennomgang oktober 2022. Styrende dokumenter er deretter revidert og fremlagt i Ledermøtet og for forskningslederne. Vi ser likevel at det er et forbedringspotensial i flere klinikker. De områder som er mindre godt kjent eller følges opp i for liten grad, er områder det jobbes med å forbedre. Noe er temaer som lederne sjeldnere kommer borti, eksempelvis retningslinjer for kommersialisering og håndtering av saker som omhandler brudd på vitenskapelige normer. Som ventet varierer svarene også mellom klinikkene. Det er betydelig usikkerhet om tolkning av svarene som følge av at antall ledere som skulle besvare skjemaet ikke var tilstrekkelig avklart i forkant og at svarprosent blant de som mottok spørsmålene er om lag 60. Forbedringsområder:

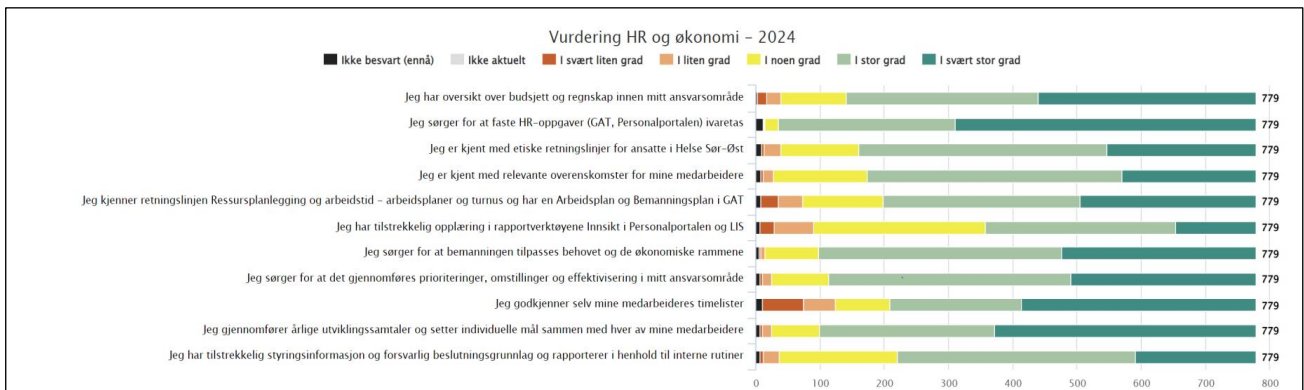
- Utvikle et bedre og mer strukturert system for å følge opp at tilstrekkelig opplæring gis til forskerne, gjennom bruk av Kompetanseportalen. Innhold i aktuelle kurs må også spisses og lages mer kortfattede og pedagogiske.
- Demonstrasjon fra Forskningsstøtte i klinikkens ledergrupper av hvordan man som leder får oversikt over pågående og avsluttede studier, gjennom oppslag i register i Medinsight

<sup>13</sup> [kunnskapsgrunnlag-delstrategi-pasientsikkerhet-og-kvalitet.pdf \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no/49e479/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2019/002.pdf)

<sup>14</sup> <https://www.helse-sorost.no/49e479/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2019/002.pdf>



## HR og økonomi



Se vedlegg til rapport for større figurvisning

- Innenfor økonomiområdet svarer en høy andel av lederne at de har god oversikt over budsjett og regnskap. Det betyr at de fleste lederne har fått tilstrekkelig opplæring og har satt seg inn i sin enhets økonomiske status.
- Lederne svarer at de i stor grad tilpasser bemanningen til behovet og de økonomiske rammene, samt at de foretar prioriteringer, omstillinger og effektivisering innenfor deres ansvarsområder. Regnskapet hittil i år (per mai 2024) viser at kun 3 av 15 klinikker holder seg innenfor sine økonomiske rammer. For de fleste klinikkene er derfor ikke ledernes omstillinger og effektiviseringer tilstrekkelig til å oppnå økonomisk balanse.
- Ca. 30% av lederne svarer at de ikke har god nok styringsinformasjon.

Ledelsesinformasjonssystemet og Innsikt i Personalportalen i OUS inneholder mange rapporter som er relevante for lederne, men flere av rapportene brukes i liten grad av lederne.

- HR-oppgaver som har med tekniske, administrative prosesser å gjøre ivaretas. En høy andel av ledere, over 90% vurderer at faste HR-oppgaver ivaretas, at overenskomster er kjent og utviklingssamtaler gjennomføres.

Undersøkelsen tyder på at man må arbeide mer med forståelsen og anvendelsen av verktøy for planlegging og styring av kompetanse og bemanning.

- Nær halvparten av lederne 55% har besvart at de i stor grad eller svært stor grad har tilstrekkelig opplæring i rapporteringsverktøyene Innsikt og LIS.

Dette sammenholdt med at opp mot en tredjedel av ledere ikke har god nok styringsinformasjon og ikke kjenner godt nok til retningslinje for ressursplanlegging og arbeidstid, viser at til tross for både tett oppfølging av arbeidstid og opplæringsvirksomhet, må det rettes tiltak inn mot dette området. Det etableres i år en tjeneste i OSS Personal og ressursstyring, en tjeneste for å bistå ledere med å følge opp og utføre bemanningsplanlegging og ressursstyring, og som følger årshjul for ressursstyring gitt i nivå 1 retningslinjer om ressursplanlegging og arbeidsplan.

- 81% vurderer at de i stor grad eller svært stor grad sørger for at det gjennomføres prioriteringer, omstillinger og effektivisering i mitt ansvarsområde.

HR har etablert en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal gjøre det enklere for ledere i omstilling, ved å samordne og forenkle policy, veiledninger og risikovurdering på organisering, organisasjonsutvikling og omstilling.

- 30 % av lederne vurderer at de har deltatt på tilstrekkelig Lederopplæring i OUS

Forståelsen av lederrollen og det mangfoldige innholdet i en leders funksjon, er læringsmål i sykehusets innholdsrike lederopplæring. HR videreutvikler programmet for nye ledere med mål å styrke lederne i praktiske ferdigheter og de mer relasjonspregede. Parallelt arbeides det med utvikling av OUS ledelsesplattform (inkludert lederkrav), der vi samarbeider med andre sykehus i regionen.

- HR tester også ut ulike typer prosess-støtte innen både bemanningsplanlegging, kompetansekartlegging, kompetanseplanlegging og rekruttering, og har utviklet kompetansepakker til bruk i ledergruppe for refleksjon og utvikling i lederrollen.

Oppsummert (for HR og økonomi) kan det tyde på at ledere har kjennskap til rammene for virksomheten, men at både bemanningsstyring og økonomistyring samt det å innrette omstillings- og effektiviseringstiltak riktig i praksis er krevende å få til.

## Samlet vurdering av modenhet av styringssystemet

Det vil være ulike forhold som definerer et umodent styringssystem og dermed utgjør en risiko for at styringssystemet ikke sikrer at foretaket gjennomfører oppgavene effektivt og når sine mål. Mange og skiftende mål, varierende grad av måloppnåelse over tid, liten konsistens mellom mål og rapportering, varierende kvalitet og tilgjengelighet av styringsinformasjon og manglende risikostyring er forhold som påvirker den helhetlig virksomhetsstyring. Hver for seg representerer ikke disse svakhetene en stor risiko, men samlet vil et umodent styringssystem med ineffektive prosesser føre til manglende oppfølging av kvaliteten i våre tjenester. Dette igjen kan påvirke pasientsikkerheten og behandlingsresultatene negativt. Svakheter i styringssystemet vil også påvirke tjenestenes produktivitet og kostnadseffektivitet med resultat at vi ikke når mål om en bærekraftig helsetjeneste.<sup>15</sup>

Basert på analyse av ledernes vurdering av styringssystemet er det identifisert områder og prosesser med potensial for utvikling og forbedring. Utvalgte områder må ses i sammenheng med initiativene i OUS 2.0 og arbeidet med etablering av ny struktur i direktørens stab.

### Utvalgte forbedringsområder på foretaksnivå

- Mål og handlingsplaner: Helseforetakets mål og planer skal være operasjonalisert og gjort kjent på tvers av organisatoriske nivåer. Det er forbedringspotensial i foretakets styringssystem for prioritering, implementering og oppfølging av mål og handlingsplaner.
- Risikostyring: Det er behov for å videreutvikle og operasjonalisere en helhetlig risikostyring, samt økt kompetanse og forståelse for risikostyring som metode for å nå mål. En rekke tiltak er allerede beskrevet og arbeidet med å videreutvikle helhetlig risikostyring i OUS er påbegynt.

---

<sup>15</sup> [en-barekraftig-helsetjeneste.pdf \(helseomsorg21.no\)](#)



- Det er behov for å gi lederne ytterligere opplæring i bruk av styringsdata og utvikle og tilgjengeliggjøre oppdaterte styringsparametere slik at de blir bedre beslutningsstøtteverktøy.
- Gjennomgang av styrende dokumenter i eHåndbok med sikte på forbedring og forenkling av struktur og innhold.

## Tilbakemeldinger og erfaringer fra gjennomføring av LGG 2024

I prosessen har vi erfart utfordringer knyttet til felles forståelse av prosesser, terminologi og begreper som kommuniseres i styringen. Uklarheter og misforståelser i kommunikasjonen kan ha påvirkning på beslutninger og handlinger og bremse arbeidsprosesser. Prosesser og terminologi knyttet til prinsipper og krav i styringen har potensial for forenkling og operasjonalisering.

Før utsendelse ble metoden presentert i OUS' ledermøte, dialogmøte, klinikkhovedverneombud og de fleste av klinikkens ledermøter. Hensikten var å forankre metode og terminologi, og sikre oppslutning om gjennomføringen. Videre ble det spilt inn en video med administrerende direktør som forklarer hensikten med evaluering av styringssystemet. Videoen spilles av som introduksjon til skjemaene i forbedringssystemet Achilles.

Det ble også gjennomført brukertesting i tre ledergrupper. Tilbakemeldingene var svært nyttig i utforming av spørsmål og det tekniske rammeverket. Flere av spørsmålene ble justert og muligheter for feil og misforståelser ble forsøkt minimert underveis i brukertesting. Likevel er det nødvendig med kontinuerlig forbedring av metoden. I de utsendte skjemaene finnes et fritekstfelt for leders evaluering / tilbakemelding om spørsmålene.

Flere ledere beskriver at det var nyttig og lærerikt. *“Dette er nyttig og gir meg mulighet til refleksjon.”* og *“Det gir en oversikt over hvilke områder leder skal ha kunnskap om/kjennskap til”* er eksempler på slike kommentarer. Mange opplever at skjemaene ikke helt treffer deres behov, og/eller har for mange spørsmål. Dette er på den ene siden påregnelig ut fra at det er mange spesialiserte enheter i OUS, både i retning medisinske og forskningsrettede emner og i kontorfaglig/administrativ og teknisk retning (for eksempel eiendomsforvaltning). Derfor vil noen spørsmål oppleves som lite relevante for en del ledere. Samtidig kan det være et uttrykk for at ikke alle har den samme forståelsen av lederansvaret som et helhetlig ansvar og ikke bare et fagansvar. Målet var at skjemaene hadde spørsmål som dekket de viktigste bestanddelene i styringssystemet. Tilbakemeldingene benyttes til å videreutvikle spørsmålene og svaralternativene frem mot neste år. Før neste års gjennomføring er det nødvendig med:

- Gjennomgang av spørsmålene: Forbedre formuleringer, fjerne spørsmål som har liten verdi eller kan dekkes av andre datakilder
- Forbedring av hjelpetekster for å forklare begreper og gjøre spørsmål relevant for flere grupper
- Flere spørsmål bør ha “Ikke aktuelt” som svaralternativ
- Forbedrede rapporter med filtreringsmuligheter ut fra tilganger og enhetstyper

De fleste ledere har brukt omkring 5 minutter per skjema, noen vesentlig mer og de fleste noe kortere. Ved neste gjennomføring vil det være aktuelt å se over og justere egen vurdering fra året før. Tidsbruk vil da reduseres, samtidig som man får en påminnelse og kan vurdere forbedringsområder i egen praksis.

## Videre arbeid LGG 2024

### Klinikkenes vurdering av styringssystemet

Høsten 2024 vil vurdering av styringssystemet inngå i klinikkenes samlede vurdering av systematikk og forbedringsområder i arbeidet med "Rød tråd". Dette bygger videre på strukturen fra tidligere HMS-årsrapport, der hver klinikk setter sammen en intern arbeidsgruppe bestående av representanter fra klinikkledelse, avdelinger, faginstanser (virksomhetsstyring, kvalitet og arbeidsmiljø/BHT). Klinikkhovedverneombud og arbeidstakersiden er også representert. Gruppen gjør en skjønnsmessig vurdering av tilstand og modenhet basert på datagrunnlaget fra vurderingene av styringssystem og tematiske vurderinger av risiko innenfor pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. Deretter foreslås tiltak innenfor et begrenset antall områder der det er forbedringspotensial, som behandles i klinikkens ledermøte, pasientsikkerhetsråd og AMU. Samlet vurdering av den overordnede og de klinikkvise gjennomgangene skal gi grunnlag for prioriterte tiltak på foretaksnivå.

### Fremdriftsplan

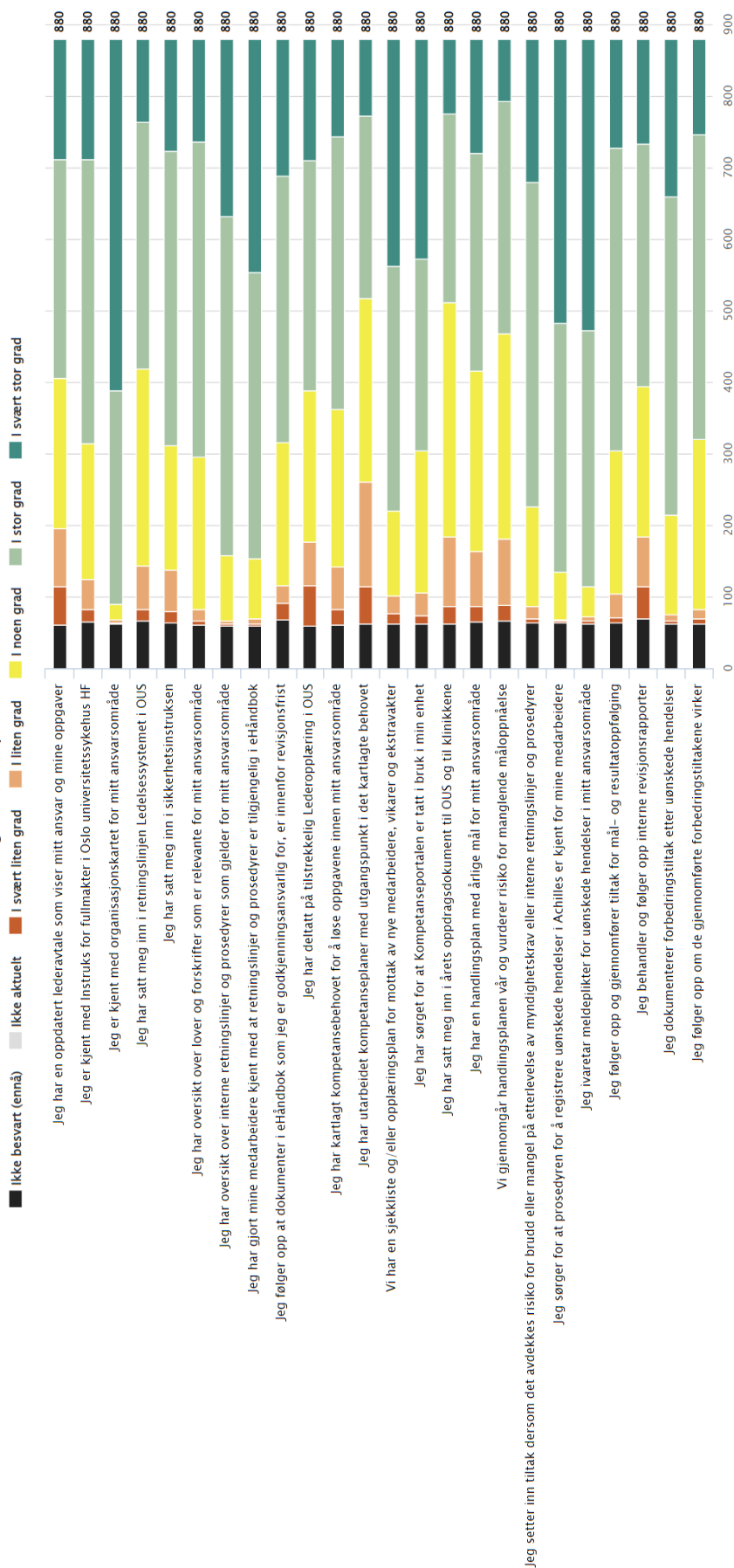
Uke 17	Utsending av LGG	23. april
Uke 17-19	Digital gjennomføring og vurdering/tilbakemelding fra ledere N2-N5 på styringssystemet	Frist 31. mai
	Hver avdeling/klinikk får samlet rapport over sine enheter. Prioritering av felles forbedringsområder i hver avdeling.	Uke 23
	ADs ledermøte: Foreløpig gjennomgang av resultater og vurdering av styringssystemet på foretaksnivå.	25. juni
Høst 2024	"Rød tråd" Arbeidsgruppe i hver klinikk gjør en helhetlig gjennomgang av styringssystem og risikoområder kvalitet/HMS og ForBedring. Klinikkerne identifiserer forbedringsområder og prioriterte tiltak.	Desember 2024
Høst 2024	Samlet vurdering av den overordnede og de klinikkvise gjennomgangene skal gi grunnlag for prioriterte fellestiltak i planprosessen i 2025.	

## Vedlegg

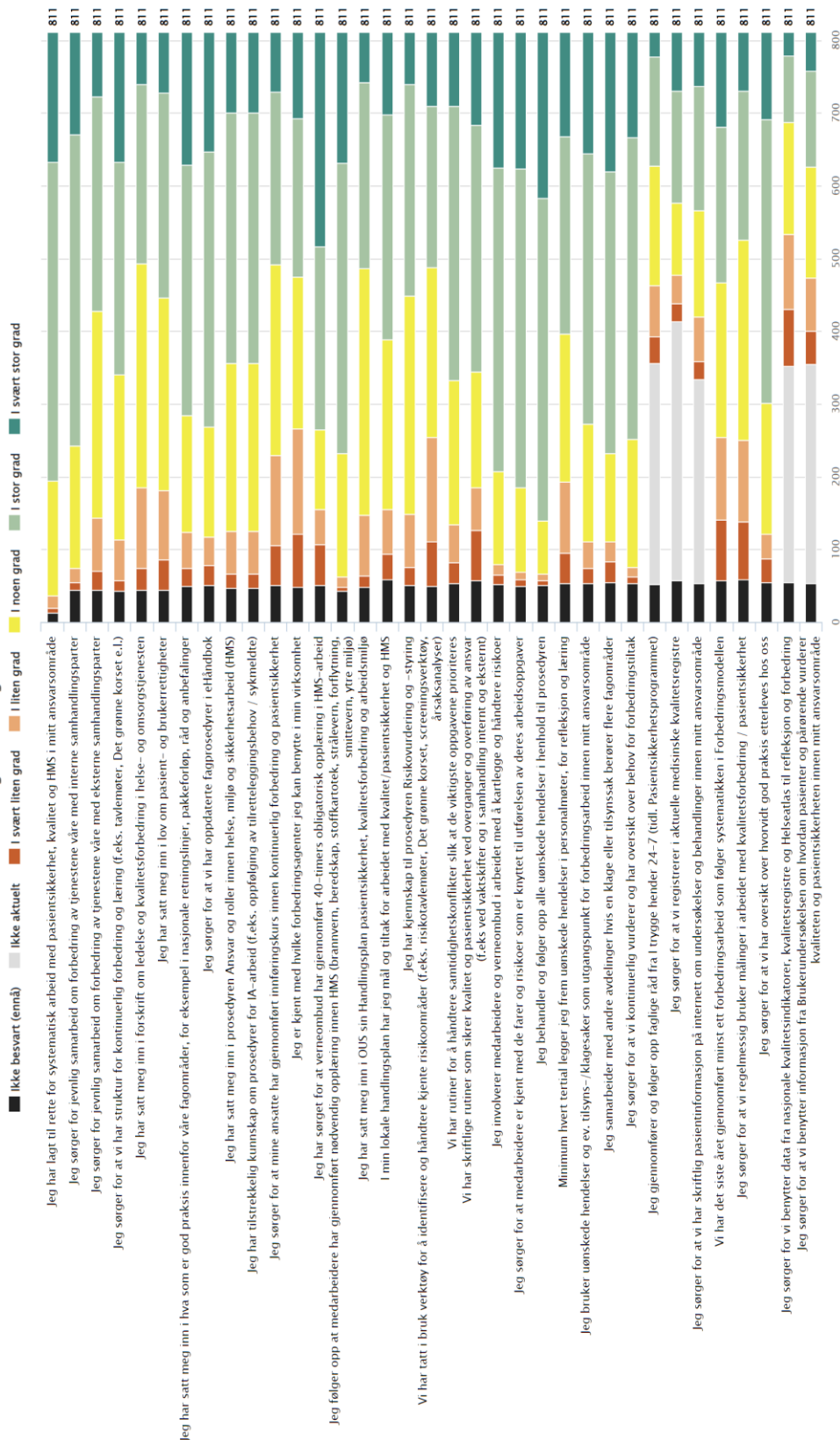
Video om LGG fra Bjørn Atle Bjørnbeth:

[http://kommunikasjon.net/files/2024/BALB\\_om\\_LGG\\_2024\\_captions.mp4](http://kommunikasjon.net/files/2024/BALB_om_LGG_2024_captions.mp4)

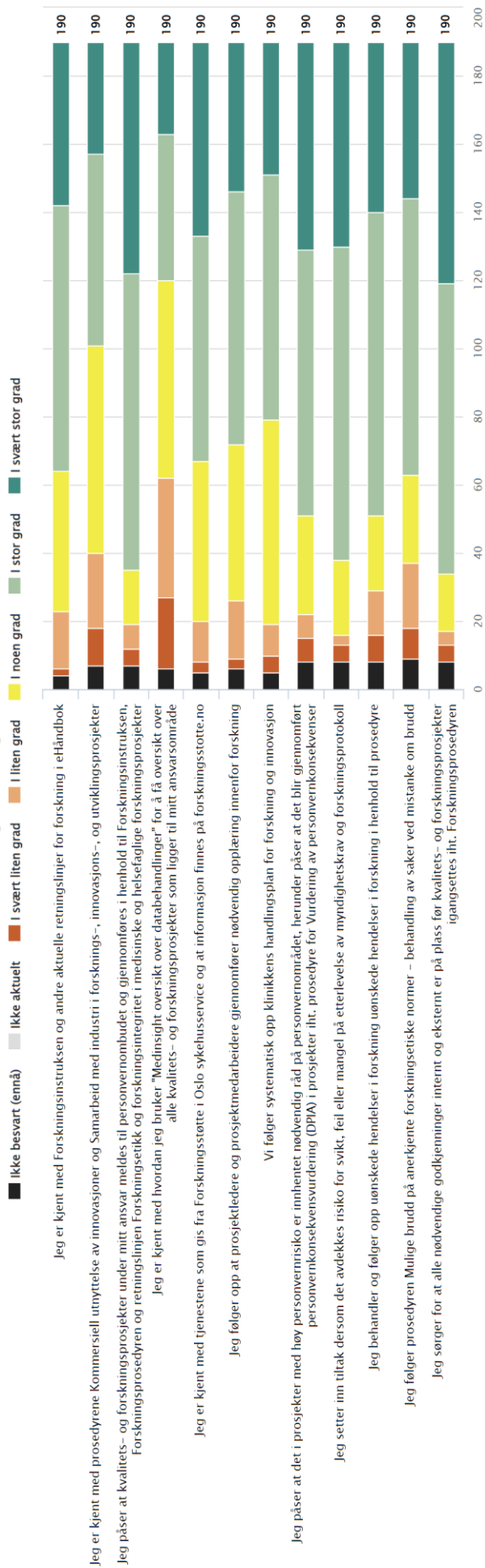
### Vurdering ledelsessystem – 2024



Vurdering kvalitet og HMS – 2024



### Vurdering forskning – 2024



### Vurdering HR og økonomi – 2024

