

Sjekkliste - ledelsens gjennomgang - Overordnet

Betanien sykehus:	
Dato:	09.03.2021
Utfylt av:	Ledergruppen Betanien sykehus v/ Dag Thomassen

Svarene vurderes ut fra en verdiskala fra 1 til 5, der 1 er laveste verdi (rødt) og 5 er høyeste verdi (grønt). Det er opp til den enkelte å vurdere i hvilken grad svaret forholder seg til polene 1-5. Det legges ikke inn tall til de spørsmål som ikke er relevante for enheten. Kommenter gjerne 'ikke relevant' her. Når svarfeltene er fylt ut vil det automatisk genereres en gjennomsnittsverdi.

1.	Mål og strategier	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
1a	Er ulike krav til sykehuset identifisert og analysert?	4	Grundig gjennomgang av bestilling med ledere, tillitsvalgte og i AMU når denne kommer.	
1b	Er det utarbeidet egne mål for sykehuset?	4		
1c	Er målene gjort kjent for de ansatte?	4		
1d	Er målene operasjonalisert gjennom strategier, handlingsplaner og aktivitetsplaner?	3	Strategiarbeid er pågående i enheter og i stab.	Sluttføre strategiarbeid
Gjennomsnitt: Mål og strategier		3,8		
2.	Organisering og ansvar	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
2a	Foreligger det et entydig organisasjonskart for sykehuset?	5	Organisasjonskart ligger tilgjengelig i kvalitetssystemet	
2b	Er det utarbeidet stillingsbeskrivelser for alle ansatte i sykehuset?	2	Laget for alle ledere og stab. Prosess ift andre ansatte følges opp i enheten.	mål for forskjellige y grupper
2c	Er faglige og administrative ansvarslinjer tydelig beskrevet?	3	Vil bedres ved ferdigstilling av stillingsbeskrivelser og fullmaktsmatriser	Implementering av fullmaksmatrise
2d	Er organisasjonskart og ansvarsfordeling kjent for ansatte?	4	Lagt i kvalitetssystem og følges opp i avdelingene	følges opp i avdelingene
2e	Er fullmaktsmatriser oppdaterte?	5	godkjent av styre	

2f	Er ansatte informert om sine plikter og rettigheter?	4	Pågående prosess	følges opp med info og i nyansatt kurs
2g	Gjennomføres det regelmessige møter med de tillitsvalgte?	5	månedlige møter. det gjennomføres møter med plasstillitsvalgte ved behov	
Gjennomsnitt: Organisering og ansvar		4,0		
3.	Systemansvar	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
3a	Er systemansvar for DIPS ivaretatt?	5	Generell kommentar: Sykehuset har sammen med stiftelsen og de andre virksomhetene laget oversikt over systemer og definert innhold i rollene systemeier, forvalter og superbruker. Ved revisjon oppdatere skjema til kun å etterspørre om systemansvarlige er definert.	liste over styringssystem og IKT verktøy sammen med oversikt omver roller og ansvar som følger rollen legges i kvalitetssystem
3b	Er systemansvar for GAT ivaretatt?	5		
3c	Er systemansvar for Elements ivaretatt?	5		
	Er systemansvar for personalportalen ivaretatt?	5		
	Er systemansvar for Webcruiter ivaretatt?	5		
	Er systemansvar for Sectra ivaretatt	5		
	Er systemansvar for Netpower ivaretatt?	5		
	Er systemansvar for FNSP ivaretatt	5		
	Er systemansvar for Admincontroll ivaretatt	5		
	Er systemansvar for	5		
Gjennomsnitt: Risiko og tiltak		5,0	Oversikt over roller og ansvar knyttet for systemer gjøres tilgjengelig i kvalitetssystem ila sommeren 2021	
4	Risiko og tiltak	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak

4a	Er det utarbeidet en oversikt over områder i sykehuset hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav?	4	Grundig gjennomgang av bestilling, beredskapsarbeid, oppfølging uønskede hendelser, klager og tilsyn . Fortsatt en del å ta tak i mht personvern/ GDPR	opplæring ROS analyse for ledere og nærværsgroupe i avdelingene
4b	Er det innført tiltak for å redusere risikoen?	3	Vi har etablert et system som hjelper oss med analysen	Det utarbeides handlingsplaner (korrigerende tiltak knyttet til aktivitet ders det er risiko i bestilling, brukerundersøkelser
4c	Fungerer risikoreducerende tiltak tilfredsstillende?	3	Bedre på noen områder enn andre, eks i beredskapsarbeid har dette fungert bra	systematisk arbeid ved bruk av forskrift for ledelse og kvalitetforskrift
4d	Er risikonivået akseptabelt?	4	gode resultat forbedringsundersøkelsen 2020 > 80% , vurderes pånytt etter årest funn. Tilbakemelding på bestilling	kartlegge og lage oversikt som legges ved i LGG
Gjennomsnitt: Risiko og tiltak		3,5		
5	HMS	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
5a	Er det gjennomført medarbeidersamtaler i sykehuset?	5	Årlig medarbeidersamtale	
5b	Er det laget handlingsplan knyttet til resultat i ForBedringsundersøkelsen?	5	laget for året 2020 . Lages for årets undersøkelse når svar foreligger	nærværsgruppens kal gå gjennom forbedringsundersøkelsen og kage utkast til handlingsplan. Overordnet handlingsplan lages av HR og direktør

5c	Er nærværarbeidet fulgt opp i sykehuset?	4		nærværsgupper, trepart . Mal for agenda personalmøter utarbeidet
5d	Er varslingsrutiner gjort kjent?	4		følges opp i nyansatt kurs i tillegg til info på avdelingene
5e	Har de ansatte fått opplæring i kvalitetssystem?	5	Alle har fått opplæring i nytt kvalitetssystem	Drop inn kurs gjennom helse året 2021
5f	Er resultatene fra vernerundene fulgt opp i AMU BS?	5		
Gjennomsnitt: Risiko og tiltak		4,7		
6	IKT	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
6a	Er alle ansatte gjort kjent med informasjonssikkerhetspolicy?	4	rutine ligger i kvalitetssystem og dette følges opp med ansatte ved oppstart arbeidsforhold, og nyansattkurs	
6b	Er alle ansatte er gjort kjent med GDPR regelverk?	2	Ansatte må gjøres kjent gjennom lederne.	Invitere personvernombud til ledermøte enheter, og følges opp i personalmøter mm
6c	Er alle ansatte gjort kjent med aktuelt pasientjournalssystem?	5		kurs og oppfølging i drift på nye funksjoner
6d				
6e				
Gjennomsnitt: Uønskede hendelser		3,7		
7	Uønskede hendelser	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak

7a	Blir alle relevante hendelser observert og registrert?	3	Jobber med avvikskultur i alle avdelingene det er grunn til å tro at det er underrapportering	Gis opplæring ift avvik og melderutiner i tillegg til at det må tas opp som fast punkt i personalmøter og ledermøter i sykehuset
7b	Er alle medarbeidere kjent med melderutinene?	4		grundig opplæring er gitt, i tillegg til dropinn kurs ut 2021
7c	Blir alle registreringer saksbehandlet på en tilfredsstillende måte?	4		Fokus på bl.a flyt i avvik for å få dette behandlet på riktig nivå.
7d	Er det iverksatt korrigerende tiltak for å unngå gjentakelser?	4	vi har gjennom 2020 og 2021 fokus på noen avvik som har gått igjen, medikamentavvik og avik i forhold til vold og trusler	læring på tvers, pasientsikkerhetsvitt, KPU
7e	Har tiltakene hatt en ønsket effekt?	4	Fortsatt arbeid knyttet til områdene medisinavvik og vold og trusler	Tematisert i pasientsikkerhetsviti
	Gjennomsnitt: Uønskede hendelser	3,8		
8	Styrende dokumentasjon	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
8a	Er sykehusets styrende dokumenter samlet i Kvalitetssystemet?	4		det skal meldes avvik dersom man ikke finner styrende dokument slik at dette kan opprettes.

8b	Er dokumentene oppdaterte?	3	I hovedsak oppdaterte men gjenstår noe arbeid	gjennomgang av rutiner som ikke er oppdatert
8c	Er dokumentene enkle å finne for de ansatte når de trenger dem?	4		gode søkeord
8d	Er det tilstrekkelig dokumentasjon for styring av enheten?	4		
Gjennomsnitt: Styrende dokumentasjon		3,8		
9	Måling, registrering og rapportering	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
9a	Foreligger det et tilstrekkelig datagrunnlag for styring av sykehuset?	4		
9b	Er dataene lett tilgjengelige?	4	Innfører nytt system ift økonomirapporter	
9c	Er dataene pålitelige og oppdaterte?	4	Avvik ift tall som hentes ut fra DIPS. Usikkerhet ift tall i rapportsender	enhetlig rapportering og opplæring i bruk av helse vest sitt rapportsender . Bestilling av egne egnede rapporter for å belyse drift
9d	Har enheten innført rapporteringsrutiner som kan danne grunnlag for styring?	3	generelt godt grunnlag. Det tar ut data fra GAT, DIPS, ORFU mm . Forbedring innen økonomi	månedlige rapporter innenfor økonomi
Gjennomsnitt: Måling, registrering og rapportering		3,8		
10	Læringsutbytte av revisjoner og tilsyn	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
10a	Er det gjennomført interne revisjoner eller tilsyn fra offentlig myndighet i perioden?	5		
10b	Er eventuelle avvik og merknader rettet opp og rapportert?	5		

10c	Er det behov for å gjennomføre interne revisjoner, kartlegginger eller undersøkelser innenfor angitte områder?	5	Ja	
	Gjennomsnitt: Læringsutbytte av revisjoner og tilsyn	5,0		
11	Kompetanse og medvirkning	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
11a	Har sykehuset riktig og tilstrekkelig kompetanse?	3		kompetanseplanene vil synliggjøre dette. er under utarbeidelse. Mangler formell avtale på medisinskteknisk utstyr der man er i dialog om formalisering av muntlig avtale
11b	Blir kompetansen utnyttet på en tilfredsstillende og optimal måte?	4	det må gjøres vurderinger i forhold til alle stillinger som blir ledig, hvilke kompetanse trenger man	
11c	Er behovet for kompetanseheving gjennomgått?	4	Vil synliggjøres i kompetanseplaner	
11d	Har medarbeiderne tilstrekkelig mulighet til å påvirke avdelingens drift og utvikling?	4	Innenfor det handlingsrom som er gitt gjennom lovverk og bestilling	
	Gjennomsnitt: Kompetanse og medvirkning	3,8		
12	Miljø	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
12a	Har sykehuset gjennomgått miljømål- og delmål?	4		e- læring

12b	Er samsvarevaluering gjennomgått?	5	ble gjort i forbindelse med årlig revisjon i oktober 2020, gjenntas ved ny revisjon til høsten	miljørevisjon
12c	Er miljøpolitikken velegnet og medarbeiderne kjent med den?	4	internrevisjon gir et bevisst forhold til dette på avdelingene som gjennomfører internrevisjon og revisjon	internrevisjon, revisjon, tematisering personalmøter og via e- læring
12d	Er rapport fra miljørevisjon gjennomgått?	3	Avvik lukket mars 2021	Gjennomgang for alle ledere april
12e	Er miljøavvik gjennomgått, korrigert og forberdret?	5		tilbakemelding 1. mars 2021
12f	Er behovet for kompetanseheving gjennomgått?	3	Gjennomgått i avdelinger som har hatt intern og ekstern revisjon	
12g	Er kostnader, kostnadsbesparelse og ressurser ved miljøarbeid gjennomgått?	2	Ikke oversikt på virksomhetsnivå eller avdelingsnivå. Er ønskelig	
Gjennomsnitt: Miljø		3,7		
13	Brukermedvirkning	Verdi: 1-5	Kommentar	Tiltak
13a	Har sykehuset gjort bruk av pasienters og pårørendes erfaringer i forbedringsarbeid?	4		brukerutvalg deltar i prosjekter med forbedringsarbeid . Det laget handlingsplaner med bakgrunn i brukererfaringsundersøkelser
Gjennomsnitt: Brukermedvirkning				

14	Andre aktuelle virksomhetsområder	Tiltak
14a	Forestående endringer som kan påvirke kvaliteten? Bygg prosjekt DKA	prosjekt følges opp med fod info ut til alle ansatte i stiftelsen som kommer i berøring med arbeidet
14b	Er det gap mellom lovkravene knyttet til drift og egen praksis? Ikke kjent.	vurderes kontinuerlig
14c		

	På grunnlag av gjennomgangen har ledelsen fattet følgende beslutninger:
1.	Strategiarbeid ferdigstilles innen august 2021
2.	Det jobber systematisk og målrettet med kompetanseplaner, ferdig august 2021
3.	stillingsbeskrivelser for profesjoner utarbeides og gjennomgås innen september 2021
4.	nyansatt kurs ferdigstilles før sommeren 2021
	GDPR gjøres kjent ut i linjen
	Oppfølgingsplan:
Tiltak:	se over
Tidsfrister:	
Ansvar:	
Ressursbehov:	

Ansvar	Frist
Sykehusdirektør	løpende
Ledergruppen	aug.21
Ledergruppen	aug.21
Ledergruppen	aug.21
Ansvar	Frist
HR	
Enhetsledere og HR dir	Medio 2021
Økonomisjef og HR direktør	Medio 2021
	Primo 2021
	2020

HR og enhetsledere	ultimo 2021
Sykehusdirektør/ HR og ledere i linjen	etablert
Ansvar	Frist
ledergruppen sammen med stiftelsen	apr.21
Ansvar	Frist

HR / direktør ogenhetsledere	kontinuerlig
direktør	
direktør	løpende
Ansvar	Frist
alle ledere	årlig
HR og direktør, alle ledere for avdelingsvise handlingsplaner tilpasser funn	medio 2021

HR og ledere	løpende
HR og ledere	løpende
prosjektgruppen sammen med kommunikasjonssjef	løpende
HR og direktør	Årlig etter resultatene foreligger
Ansvar	Frist
IKT og ledere	løpende
Enhetsledere og direktør	aug.21
alle ledere	løpende
Ansvar	Frist

Ledere på alle nivå	31.12.2021
Ledere på alle nivå	løpende
alle ledere	løpende
alle ledere	løpende
alle ledere	løpende
Ansvar	Frist
direktør	løpende

revisjonsansvarlig	aug.21
systemforvalter	løpende
stiftelse og virksomhetsledere	løpende
Ansvar	Frist
direktør/ øk. Sjef	løpende
direktør/ øk. Sjef	løpende
direktør/ øk. Sjef	jun.21
øk. Sjef	mar.21
Ansvar	Frist
sykehusdirektør	
avdelings og enhetsledere	løpende

Ansvar	Frist
enhetsledere sammen med avdelingsledere	jun.21
alle ledere	løpende
alle ledere	løpende
alle ledere	løpende
Ansvar	Frist
enhetsledere sammen med avdelingsledere	løpende

Systemkoordinato r sammen virksomhetsledere	oktober 2021
ledere	årlig
systemkoordinato r sammen virksomhetsledere	
Systemkoordinato r sammen virksomhetsledere	01.mar.21
	årlig
systemkommordi nator sammen med ledere	årlig
Ansvar	Frist
ledere og bruerutvalg	løpende

Ansvar	Frist
prosjektleder for informasjonsflyt	mars- oktober 2021
direktør sammen med ledergruppen	kontinuerlig