

Sak 47-2022 – Oppfølging av tiltak etter ledelsens gjennomgang – status oktober 2022

Formål:

Å gi styret en statusoppdatering knyttet til arbeid med handlingsplan etter ledelsens gjennomgang.

Bakgrunn:

Det følger at forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f at ledelsen:

«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»

Ledelsen gjennomgang (LGG) er Betanien sykehus sin oppfølging av forskriften. Det gjøres en **egnevaluering** og sammen med andre evalueringer, vurderer ledergruppen prioriterer med henhold til forbedringsprosjekt i sykehuset.

Betanien sykehus gjennomfører LGG mars årlig.

Status pr oktober 2022:

Mål og strategier:

- Utviklingsplan og mål for Betanien sykehus er publisert på nettsiden.
- Vi følger plan for arbeid med tiltak for å nå målene. Avdelingene har gjort en prioritering med tanke på tiltak som skal arbeides med. Det har vært tre samlinger i 2022 med fokus på strategi. Dagssamling i september med ledere, nærværsgruppen og andre ressurspersoner følges opp 1. halvdel av 2023. Det er laget et felles område i Teams der ledere har tilgang til sitt eget og andre lederes arbeid.
- Leder, med nærværsgruppen følger opp arbeidet med involvering av ansatte mellom samlingene.
- Det gjenstår å gjøre en kvalitetssjekk på om styrende dokumentasjon er lagt i Netpower (kvalitetssystem).

Organisering og ansvar:

- Fullmakter revideres årlig. Gjennom arbeid med utviklingsprosjekt vil det bli endringer som må følges opp i egen handlingsplan. Det må arbeides videre med en tydeliggjøring av ansvar og roller som er definert
- Stillingsbeskrivelser: alle ledere og stabsfunksjoner har stillingsbeskrivelser. De generelle beskrivelsene arbeides det med.
- Fag og forskningslederstilling er utlyst men grunnet den økonomiske situasjonen vil ikke denne bli besatt i 2023. Vi ser på andre muligheter for å løfte opp arbeid med fag og forskning for 2023.
- Veileder godkjent innen kvalitetsforbedring (Helse Vest regi). Fortsatt tilbud om jevnlig veiledning på kvalitetsforbedringsprosjekt internt i stiftelsen

Systemansvar:

- Systemansvarslisten er revideres i tråd med endringer. Oversikt i kvalitetssystemet.

Risiko og tiltak:

- ledere har fått opplæring i ROS-modulen i kvalitetssystemet.

IKT:

- Alle ansatte gjort kjent GDPR (kurs ved personvernombudet). Det er satt opp ekstrakurs i november/desember for de som ikke allerede har gjennomgått kurs (felles med stiftelsen)
- Arbeid med registrering av medisinsk teknisk utstyr, samarbeid med Helse Bergen (MTNU)

Kompetanse og medvirkning:

- Plan er utarbeidet i alle avdelinger. Samordnes før planen skal til drøfting i IDF møte

Brukermedvirkning:

- Mulighet for brukermedvirkningsundersøkelser via mobil undersøkes

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

Saksbehandler: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør