

Sak 11-2023– Ledelsens gjennomgang 2023

Formål:

Å informere styret om funn ved ledelsens gjennomgang 2023.

Bakgrunn:

Det følger av 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, hvor det gjøres en egevaluering. LGG sikrer at ledelsen i Betanien sykehus gjør en totalevaluering av (jf. forskriftens § 8 a-e):

- at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

I tillegg gjøres det evaluering av om styringssystemene fungerer som forutsatt og bidrar dette til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Hovedområdene som gjennomgås er følgende (hvert hovedområde har flere underpunkt):

- Mål og strategier
- Organisering og ansvar
- Systemansvar
- Risiko og tiltak
- HMS
- IKT
- Uønskede hendelser

- Styrende dokumentasjon
- Måling, registrering og rapportering
- Læringsutbytte av revisjoner og tilsyn
- Kompetanse og medvirkning
- Miljø
- Brukermedvirkning
- Andre aktuelle virksomhetsområder

Gjennomgangen gir ledelsen et godt grunnlag for å treffe beslutninger om forbedringsområder. De identifiserte forbedringsområdene nedfelles i en handlingsplan. Dette omfatter de områdene som får lavest skår/høyeste risiko og som følgelig krever oppfølging og forbedring.

Som et ledd i prosessen involveres avdelingene og enhetene som foretar en evaluering av status innenfor de ulike områdene. Dette blir drøftet, evaluert og avstemt i ledergruppen.

Status for handlingsplan blir evaluert halvårlig.

Medbestemmelse:

- Alle ledere i sykehuset har vært involvert i arbeid med LGG.
- Vernetjeneste og tillitsvalgte involveres på avdelingsnivå og informeres i IDF-møte og AMU.
- Brukerutvalget informeres og bes vurdere LGG 2023.

Verdier:

Bygger opp om våre verdier:

- **Kvalitetsbevissthet:** LGG øker kvaliteten gjennom en omfattende og kritisk evaluering av status. Noe som gir en tydelig og forpliktende retning for forbedringsarbeidet.
- **Åpenhet:** Ved at forbedringsområder kommuniseres ut i hele virksomheten.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar handlingsplan for oppfølging av ledelsens gjennomgang til orientering. Direktør informerer om status etter evaluering høsten 2023.

Vedlegg:

1. Handlingsplan etter ledelsens gjennomgang

Saksbehandlere: Ledergruppen og stabsledere
Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, direktør